

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 1096

Verslag van een schriftelijk overleg
Vastgesteld 8 maart 2021

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan minister voor Medische Zorg over de brief van 6 januari 2021 over het ontwerpbesluit houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met de invoering van het vereveningscriterium DKG's en van maatregelen voor het vereveningsjaar 2021 (Kamerstuk 29 689, nr. 1091).

De vragen en opmerkingen zijn op 21 januari 2021 aan minister voor Medische Zorg voorgelegd. Bij brief van 5 maart 2021 zijn de vragen beantwoord.

De voorzitter van de commissie,
Lodders

Adjunct-griffier van de commissie,
Heller

Inhoudsopgave

- I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties**
- II. Reactie van de minister**

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben kennisgenomen van het ontwerpbesluit houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met de invoering van het vereveningscriterium DKG's en van maatregelen voor het vereveningsjaar 2021. Zij hebben hierbij nog enkele vragen.

De leden van de VVD-fractie lezen dat de derde stap voor de vaststelling van het normatieve bedrag van een zorgverzekeraar, bestaat uit de toepassing van de regeling voor hogekostencompensatie indien dat bij ministeriële regeling is bepaald¹. De Regeling risicoverevening 2021 zal die toepassing regelen. Op basis van de regeling voor hogekostencompensatie worden de kosten voor verzekerden met zeer hoge ggz-kosten gedeeltelijk herverdeeld onder de zorgverzekeraars. Op basis waarvan wordt besloten welke zorgverzekeraars een gedeelte van de ggz-kosten toebedeeld krijgen? Is bekend welk percentage van de kosten wordt herverdeeld? Welke (in)directe gevolgen kunnen individuele verzekerden merken van deze herverdeling?

Voorts lezen de leden van de VVD-fractie dat een betere verevenende werking een betere voorspelling betekent van de zorgkosten die een zorgverzekeraar voor een individuele verzekerde maakt. Voor een individuele verzekerde heeft dit geen directe gevolgen. Welke indirecte gevolgen kan een individuele verzekerde hiervan ondervinden?

Over het zorgprestatie-model lezen de leden van de VVD-fractie dat de invoering gepaard gaat met het per 31 december 2021 verplicht afsluiten van lopende DBC's en producten basis-ggz die anders nog zouden blijven doorlopen in 2022. Dit leidt tot een grote eenmalige vermindering van de ggz-schadelast in 2021, die op het niveau van individuele verzekeraars verschillend kan uitpakken. Kan de minister deze verschillende gevolgen voor individuele verzekeraars uiteenzetten?

De regeling voor macronacalculatie voor het vereveningsjaar 2021 heeft wel gevolgen voor het exploitatiesaldo, zo lezen de leden van de VVD-fractie in de toelichting. De omvang daarvan is nog niet in te schatten vanwege de onzekerheid over de gevolgen van de infectieziekte COVID-19. De mate van het inhalen van de reguliere zorg die in 2020 is uitgevallen en van de eventuele uitval van reguliere zorg in 2021, is afhankelijk van het nog onzekere verdere verloop van de infectieziekte Covid-19 in 2021. Kan de minister aangeven op welk moment een betere inschatting is te geven van de omvang van het exploitatiesaldo?

Vragen en opmerkingen van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben kennisgenomen van het Ontwerpbesluit in verband met aanpassingen in de risicoverevening en de bijbehorende brief van de minister. Zij hebben in dit verband nog enkele vragen.

De leden van de D66-fractie willen allereerst benadrukken dat zij grote waarde hechten aan een evenwichtig systeem van risicoverevening. Een goed uitgebalanceerd model compenseert de ongelijke kosten die samenhangen met de gezondheid van de verzekerdenpopulatie

¹ Bijlage de onderhavige brief: Ontwerpbesluit wijzigingen risicoverevening 2021, artikel 3.12a, Kamerstuk 29 689, nr. 1091

afdoende. Daarmee ontstaat een gelijk speelveld, waarop zorgverzekeraars eerlijk kunnen concurreren. Een adequate compensatie voorkomt dat zorgverzekeraars aansturen op risicoselectie en zorgt ervoor dat zij juist gestimuleerd worden om ook voor kwetsbare groepen de beste en meest doelmatige zorg in te kopen. Een goed functionerend risicovereveningsmodel is volgens deze leden dan ook fundamenteel voor het in de toekomst toegankelijk en betaalbaar houden van de zorg. De voorbije jaren bleek echter dat het model nog niet optimaal functioneerde. Zorgverzekeraars gaven aan dat ze nog altijd structureel onvoldoende worden gecompenseerd voor chronisch zieke populaties en juist overgecompenseerd worden voor gezonde populaties. Welke van de in het voorliggende besluit genomen maatregelen dragen eraan bij om dit te verbeteren, en hoe precies? Deze leden ontvangen graag een heldere onderbouwing. Welke stappen beoogt de minister voorts de komende jaren nog te zetten om tot een verbeterde, evenwichtige risicoverevening te komen? Wat is daarin volgens haar de juiste balans tussen ex ante en ex post?

De leden van de D66-fractie hebben voorts enkele vragen over de macronacalculatie. De minister geeft aan na bestuurlijk overleg met zorgverzekeraars en het Zorginstituut Nederland tot de conclusie te zijn gekomen dat eenmalig voor het vereveningsjaar 2021 macronacalculatie nodig is, om de onzekerheden op de resultaten van zorgverzekeraars over het jaar 2021 te verminderen. Deze leden begrijpen de wens om de onzekerheden voor verzekeraars als gevolg van de coronacrisis te mitigeren. Dat is ook in het belang van de verzekerden. Kan de minister nader toelichten welke mate van zekerheid de macronacalculatie biedt op een stabiele financiële positie van alle verzekeraars en het tegengaan van een risico-opslag komend jaar? Welke andere mogelijkheden zijn er om de onzekerheden voor verzekeraars door corona te mitigeren? In hoeverre vormen zij een alternatief op de macronacalculatie of juist een aanvulling? Deze leden vragen daarbij specifiek in te gaan op de catastroferegeling in verband met de coronapandemie in 2020 en 2021, zoals neergelegd in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet. Wat is volgens de minister de juiste balans tussen de inzet van buffers door verzekeraars en aanvullende financiële steun door de overheid? Genoemde leden lezen dat het nacalculatiepercentage is vastgesteld op 85%, zodat de doelmatigheidsprikkels gedeeltelijk blijven bestaan. Kan nader worden onderbouwd waarom tot dit percentage is gekomen? Is sturing op doelmatigheid dit jaar wel mogelijk, gelet op de gezamenlijke financieringsregelingen van verzekeraars voor zorgaanbieders zoals de continuïteitsbijdrage? In dat kader vragen genoemde leden overigens ook waarom er niet voor is gekozen om de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) via de beschikbaarheidsbijdrage rechtstreeks bedragen aan zorgaanbieders uit te laten keren, maar de steun voor zorgaanbieders in deze crisis aan verzekeraars over te laten. Hoort dat bij hun zorgplicht - ook in geval van een restitutiepolis - of lag directe financiering en verantwoordelijkheid van de overheid eigenlijk niet meer voor de hand? Kan nader worden toegelicht waarom deze keuze is gemaakt en op welk moment? Heeft de optie van de beschikbaarheidsbijdrage wel op tafel gelegen?

Welke voor- en nadelen heeft de huidige route, waarbij verzekeraars aanbieders compenseren en de overheid vervolgens de verzekeraars? De leden van de D66-fractie vragen tot slot nadere uitleg hoe het flankerend beleid bij de macronacalculatie bijdraagt aan een gelijk speelveld.

II. Reactie van de minister

De leden van de VVD-fractie vragen om een toelichting op de hogekostencompensatie. Zij vragen op basis waarvan wordt bepaald welke zorgverzekeraars een gedeelte van de GGZ-kosten toebedeeld krijgen, of bekend is welk percentage van de kosten wordt herverdeeld, en welke gevolgen individuele verzekerden kunnen merken.

Reactie

Hogekostencompensatie wordt toegepast op het niveau van de individuele verzekerden. Hierbij wordt allereerst een drempelbedrag bepaald waar de 0,5% GGZ-gebruikers met de hoogste kosten bovenuit komen. Voor hen wordt 90% (voor vereveningsjaar 2020 was dat 75%) van de kosten boven de drempel gecompenseerd. De zorgverzekeraars waar de betreffende verzekerden zijn verzekerd krijgen dit bedrag erbij. Om dit te financieren wordt de vereveningsbijdrage voor de GGZ van alle verzekeraars met een (voor elke zorgverzekeraar gelijk) percentage verlaagd. Omdat de compensatie plaatsvindt op basis van de werkelijke kosten in 2021 kan nu nog geen exacte uitspraak worden gedaan over het percentage van de kosten dat wordt herverdeeld. Bij de berekening van de normbedragen is ingeschat dat het om ongeveer 4% van de GGZ-kosten gaat.² De hogekostencompensatie zorgt ervoor dat verzekeraars beter gecompenseerd worden voor dure GGZ-gebruikers. Dit versterkt de prikkel bij zorgverzekeraars om zich ook te richten op verzekerden met zeer hoge GGZ-kosten.

Een betere verevenende werking betekent een betere voorspelling van de kosten die een verzekeraar voor een individuele verzekerde maakt. De leden van de VVD-fractie vragen welke indirecte gevolgen een individuele verzekerde hiervan kan ondervinden.

Reactie

In directe zin heeft een betere verevening alleen gevolgen voor de zorgverzekeraars. Zij ontvangen een vereveningsbijdrage die beter aansluit bij de te verwachten kosten. Indirect kunnen er ook gevolgen zijn voor individuele verzekerden. Zo leidt een betere verevenende werking tot minder prikkels voor zorgverzekeraars om zich vooral te richten op verzekeringsplichtigen met relatieve goede gezondheidsrisico's. Ook kan het bijdragen aan een lagere premie, bijvoorbeeld doordat verzekeraars doelmatiger zorg in kunnen kopen of doordat een risico-opslag op de premie minder nodig is.

In 2021 is sprake van een grote eenmalige vermindering van de GGZ-schadelast doordat lopende dbc's en producten basis GGZ aan het einde van het jaar worden afgesloten. De leden van de VVD-fractie vragen om de verschillende gevolgen voor individuele verzekeraars uiteen te zetten.

Reactie

De kosten van een behandeltraject dat zich over twee kalenderjaren uitstrekt en in één bedrag in rekening wordt gebracht, worden toegewezen aan het jaar waarin de behandeling is begonnen. Dit is geregeld in de Zorgverzekeringswet (artikel 23). Per 2022 wordt het zorgprestatie-model ingevoerd als nieuwe bekostiging voor de geneeskundige GGZ. Dit ter

² WOR 1002, Onderzoek Risicoverevening 2021: Berekening Normbedragen, ESHPM, 30 september 2020.

vervanging van de huidige bekostiging op basis van o.a. dbc's en producten basis GGZ. Door het verplicht afsluiten van lopende dbc's en producten basis GGZ per 31-12-2021 is in 2021 eenmalig sprake van een grote vermindering van de GGZ-schadelast. De kosten van activiteiten die na dit moment worden uitgevoerd komen, in tegenstelling tot de gebruikelijke situatie, immers niet ten laste van 2021 maar van 2022. Dit kan verschillend uitpakken voor zorgverzekeraars. Bijvoorbeeld doordat sommige zorgverzekeraars meer dan andere zorgverzekeraars te maken hebben met laat (of juist vroeg) in het jaar gestarte behandeltrajecten of met bepaalde typen behandeltraject waarbij de kosten later (of eerder) in het traject gemaakt worden. Met de eenmalige toepassing van de bandbreedteregeling wordt de onzekerheid voor zorgverzekeraars gereduceerd en wordt voorkomen dat het speelveld tussen zorgverzekeraars in 2021 sterk wordt verstoord door de verplichte afsluiting van lopende dbc's en producten basis GGZ per 31-12-2021 in verband met de invoering van het zorgprestatie-model in de GGZ.

De toepassing van macronacalculatie over 2021 heeft gevolgen voor het exploitatiesaldo. De leden van de VVD-fractie vragen wanneer een inschatting is te geven van de omvang van het exploitatiesaldo.

Reactie

Voor een beeld van de gevolgen van de toepassing van macronacalculatie is inzicht nodig in de werkelijke kosten van verzekeraars over het jaar 2021. In 'normale' jaren valt in de loop van een jaar wel een eerste voorlopig beeld te geven. Gelet op de huidige onzekerheden verwacht ik dat verzekeraars dit jaar rond het einde van het jaar of het begin van volgend jaar een redelijke inschatting van deze kosten kunnen maken. Deze inschatting zal worden meegenomen in het VWS-jaarsverslag over 2021, dat in mei 2022 verschijnt. Ik verwacht dat dit het eerste moment is waarop een redelijke inschatting valt te geven van de gevolgen van de risicoverevening 2021 voor het exploitatiesaldo van het Zorgverzekeringsfonds.

De leden van de D66-fractie merken op dat zorgverzekeraars de laatste jaren hebben aangegeven dat zij nog altijd structureel onvoldoende worden gecompenseerd voor chronisch zieken en juist overgecompenseerd worden voor gezonde populaties. Zij vragen welke van de in het voorliggende besluit genomen maatregelen eraan bijdragen om dit te verbeteren, en hoe precies. Verder horen zij graag welke stappen ik de komende jaren nog beoog te zetten om tot een verbeterde evenwichtige risicoverevening te komen, en wat daarin volgens mij de juiste balans is tussen ex ante en ex post.

Reactie

Alle in het voorliggende besluit genomen maatregelen zijn gericht op een adequate compensatie van zorgverzekeraars. Bij de toepassing van macronacalculatie en van een bandbreedte bij de GGZ gaat het om (eenmalige) oplossingen voor incidentele problemen in 2021, en niet zo zeer om het genoemde onderscheid tussen chronisch zieken en gezonde verzekerden. De wijziging met betrekking tot de diagnosekostengroepen (DKG's) draagt wel bij aan een verbetering op dit punt. Deze wijziging is het gevolg van onderhoud aan dit kenmerk, waarbij een verbeterde clustermethode is toegepast. Deze houdt beter rekening met de andere kenmerken in het model. Ook kunnen nu meer dan twee ziekenhuisdiagnoses meetellen in de verevening. Dit zorgt ervoor dat chronisch zieken beter worden geïdentificeerd en hun compensatie verbetert. Mijn ambtsvoorganger heeft in zijn brief van 18 juni 2020³ alle (voorgenomen) wijzigingen in het vereveningsmodel voor 2021 toegelicht.

³ Kamerstuk 29 689, nr. 1067.

Een deel van deze aanpassingen leidt wel tot verbeteringen op dit vlak, maar komt niet in het voorliggende besluit terug omdat hiervoor geen wijziging van het Besluit zorgverzekering nodig is.

Met mijn brief van 21 september 2020⁴ bent u geïnformeerd over het meerjarig onderzoeksprogramma. Dit geeft een beeld van de stappen die ik de komende jaren wil zetten. Een belangrijk onderdeel van het onderzoeksprogramma zijn de onderzoeken naar de restproblemen in de risicoverevening. Op dit moment lopen in dat kader onder meer onderzoeken om de problematiek bij chronisch zieken en bij gezonde verzekerden in kaart te brengen. Zoals gebruikelijk zal ik u in juni informeren over de uitkomsten.

Het is lastig om exacte uitspraken te doen over de juiste balans tussen ex ante en ex post. Dit is ook afhankelijk van de problematiek. In het algemeen geldt dat de risicoverevening een ex ante systeem is. Dat is ook een bewuste keuze. Het maakt dat zorgverzekeraars optimaal worden geprikkeld om doelmatige zorg in te kopen. Ik denk dat dat een waardevol instrument is voor de beheersing van de zorgkosten en hiermee voor de betaalbaarheid van de zorg. Een ex ante oplossing verdient daarom wat mij betreft de voorkeur, maar gerichte ex post compensaties bij uitzonderlijke problemen wil ik niet op voorhand uitsluiten (denk aan de hogekostencompensatie voor zeer dure GGZ-patiënten).

De leden van de D66-fractie hebben ook enkele vragen over de eenmalige toepassing van macronacalculatie voor het vereveningsjaar 2021. Zo vragen zij mij toe te lichten welke mate van zekerheid dit instrument biedt op een stabiele financiële positie van zorgverzekeraars. Zij vragen daarnaast of er andere mogelijkheden zijn om de onzekerheden voor verzekeraars door corona te beperken, en in hoeverre daarbij sprake is van alternatieven dan wel aanvullingen. Deze leden vragen mij hierbij in ieder geval in te gaan op de catastroferegeling, zoals neergelegd in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet, en wat ik de juiste balans tussen de inzet van buffers door verzekeraars en aanvullende financiële steun door de overheid vind.

Reactie

De macronacalculatie bij de risicoverevening en de catastroferegeling voor de kosten als gevolg van de pandemie vullen elkaar aan. De catastroferegeling biedt zorgverzekeraars een compensatie voor de kosten die optreden als gevolg van de pandemie. Het gaat daarbij om directe zorg aan coronapatiënten en om kosten die voor andere verzekerden gemaakt moeten worden in verband met corona (bijvoorbeeld praktijkaanpassingen, schermen, extra schoonmaak). Macronacalculatie gaat niet over de covid-kosten maar over de kosten voor reguliere zorg. De pandemie heeft namelijk ook gevolgen voor de reguliere zorg. Zo is er in 2020 reguliere zorg uitgevallen. Voor 2021 zijn de gevolgen voor de reguliere zorg onzeker. Het kan zijn dat er weer sprake is van zorguitval, maar het is ook mogelijk dat zorg die eerder is uitgevallen juist wordt ingehaald. Een groot deel van die onzekerheid wordt weggenomen door de toepassing van macronacalculatie. Die zorgt ervoor dat het risico op landelijke overschrijdingen (of onderschrijdingen) slechts voor een beperkt deel (15%) ten laste (ten bate) van de gezamenlijke zorgverzekeraars komt.

Er zijn ook andere of aanvullende mogelijkheden om de onzekerheden van corona voor de zorgverzekeraars te beperken. De keuze voor de huidige set aan maatregelen (zie ook eerdergenoemde brief van 21 september 2020) is tot stand gekomen in overleg met zorgverzekeraars, Zorgverzekeraars Nederland en Zorginstituut Nederland. Hierbij heb ik een

⁴ Kamerstuk 29 689, nr. 1078.

afweging gemaakt tussen het behoud van doelmatigheidsprikkels enerzijds en het voorkomen van een verstoring van het speelveld tussen zorgverzekeraars anderzijds. Ik denk dat met de macronacalculatie bij de risicoverevening en de catastroferegeling voor de kosten als gevolg van de pandemie er een goede balans is tussen de inzet van buffers door de verzekeraars en aanvullende financiële steun door de overheid.

De leden van de D66-fractie constateren dat het nacalculatiepercentage bij de toepassing van macronacalculatie in 2021 is vastgesteld op 85% zodat de doelmatigheidsprikkels gedeeltelijk blijven bestaan. Zij vragen hoe het genoemde percentage is bepaald en of sturing op doelmatigheid dit jaar wel mogelijk is, gelet op de gezamenlijke financieringsregelingen van verzekeraars.

Reactie

Zoals ik hiervoor heb toegelicht, is de huidige set van maatregelen in overleg met betrokken partijen tot stand gekomen. De 85% is gebaseerd op de overweging om een groot deel van het gezamenlijke risico voor zorgverzekeraars weg te nemen, maar daarbij wel een prikkel voor zorgverzekeraars te laten bestaan om doelmatig zorg in te blijven kopen. Voor 2021 zijn er tot nu toe ook in beperkte mate dan voor 2020 gezamenlijke regelingen afgesproken voor continuïteit van zorg. Voor de medisch-specialistische zorg (MSZ), waar het meeste geld in omgaat binnen de Zvw, is wel een gezamenlijke regeling voor 2021 afgesproken. Maar ook hier geldt dat er nog wel een beperkte prikkel voor doelmatigheid aanwezig moet zijn. Er zijn uiteindelijk ook in de MSZ individuele contracten afgesloten tussen zorgverzekeraars en instellingen, overigens wel grotendeels gebaseerd op de individuele contracten voor 2020, en met de generieke regeling als uitgangspunt. Ik denk dat een beperkte prikkel voor doelmatigheid ook in de huidige crisis reëel is en zeker als ik kijk naar 2021, waarin partijen beter dan in de eerste maanden van deze crisis kunnen anticiperen op wat er op hen afkomt, en waarin mogelijk ook sprake van inhaalzorg gaat zijn waarbij sturen op doelmatigheid van belang is.

De leden van de D66-fractie hebben ook verschillende vragen over de keuze om de steun voor zorgaanbieders in deze crisis aan verzekeraars over te laten en er niet voor te kiezen om rechtstreeks bedragen uit te keren aan zorgaanbieders via een zogenaamde beschikbaarheidsbijdrage. Zij vragen waarom deze keuze is gemaakt en op welk moment. De leden van de D66-fractie vragen of deze oplossing wel is overwogen en wat de voor- en nadelen zijn van de huidige oplossing.

Reactie

Er is in het voorjaar van 2020 wel nagedacht over de optie om middelen voor de continuïteitsbijdragen aan zorgaanbieders via een beschikbaarheidsbijdrage rechtstreeks aan zorgaanbieders te betalen. Maar er zijn diverse redenen waarom daar van af is gezien en besloten is om twee aparte prestatiebeschrijvingen te creëren, voor meerkosten en de continuïteitsbijdrage⁵, die zorgaanbieders in rekening mogen brengen bij zorgverzekeraars indien daarvoor een regeling is overeengekomen. Ten eerste hebben zorgverzekeraars voorafgaand aan het jaar over 2020 via de toegekende ex ante vereveningsbijdrage over dat jaar al geld ontvangen om de zorg te betalen. Bij het ontwerp van de regelingen, stond voorop dat de continuïteit van de zorg moest kunnen worden gewaarborgd, zowel op de korte als de lange termijn. Zorgverzekeraars hebben hierin vanuit hun zorgplicht een belangrijke rol. Ten tweede speelde ook het feit dat er enerzijds sprake is van terugloop of verschuiving (uitstel)

⁵ Kamerstukken 25 295, 29 689 en 33 628, nr. 274.

van zorgverlening, waarvoor de continuïteitsbijdrage is gecreëerd, en anderzijds sprake is van meerkosten, extra kosten die gemaakt worden in het kader van de pandemie. De continuïteitsbijdrage vormt een vergoeding voor kosten die ook bij uitval van reguliere zorg doorlopen. De uitval van reguliere zorg leidt tot besparingen voor zorgverzekeraars. De overeengekomen continuïteitsbijdragen verminderen die besparingen. De zorgverzekeraars konden deze aspecten aan elkaar verbinden in hun regelingen en hebben dat ook gedaan.

De leden van de D66-fractie vragen tot slot nadere uitleg hoe flankerend beleid bijdraagt aan een gelijk speelveld.

Reactie

Omdat de macronacalculatie niet voor 100% maar voor 85% wordt toegepast, zal bij de vaststelling van de vereveningsbijdragen een (weliswaar veel kleiner) verschil bestaan tussen de landelijke kosten en het totaal van de vereveningsbijdragen van alle zorgverzekeraars samen. Zonder flankerend beleid is dit in het voordeel van verzekeraars met een gezonde (bij een overschrijding) of juist minder gezonde (bij een onderschrijding) populatie. Via flankerend beleid wordt de landelijke onder- of overschrijding zo herverdeeld dat alle verzekeraars hiervan eenzelfde voor- of nadeel (per premiebetaler) hebben. Op die manier leidt flankerend beleid tot een gelijk speelveld.