

Vergaderjaar 2013–2014

**29 689**

## **Herziening Zorgstelsel**

**Nr. 538**

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 29 augustus 2014

In deze brief geef ik uw Kamer mijn reactie op het artikel «Het zorgkosten-debacle» uit De groene Amsterdammer van 5 juni jongstleden, zoals door uw Kamer is verzocht in het ordedebat van 5 juni jongstleden (Handelingen II 2013/14, nr. 90, Regeling van Werkzaamheden).

Het Nederlandse zorgstelsel heeft als doel om de zorg voor de cliënt goed, toegankelijk en betaalbaar te houden. Om dat doel te bereiken, hebben de patiënt, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en overheid elk hun eigen rol en verantwoordelijkheden. Patiënten/verzekerden betalen premie om de zorgkosten te betalen. Zij worden geacht mee te werken om behandeling te laten slagen en kunnen door te kiezen (voor een verzekeraar of aanbieder) goede service en zorg tegen een redelijke prijs belonen. Zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor het aanbieden van kwalitatief hoogwaardige zorg en het realiseren van een efficiënte bedrijfsvoering. Zorgverzekeraars kopen de zorg in. In het belang van hun verzekerden, letten zij daarbij op de kwaliteit van de zorg en op de kosten. Door kwalitatief goede zorg in te kopen tegen een goede prijs, kunnen zij zich met hun aanbod onderscheiden van andere verzekeraars en stimuleren zij zorgaanbieders om zich te verbeteren. Over wat goede kwaliteit is en het transparant maken daarvan, maken zorgaanbieders en verzekeraars met elkaar afspraken.

De overheid is verantwoordelijk voor het creëren van de voorwaarden om dit systeem van gereguleerde concurrentie te laten werken. Belangrijke instrumenten daarbij zijn de acceptatieplicht, het verbod op premiedifferentiatie en de zorgplicht voor zorgverzekeraars. De acceptatieplicht zorgt ervoor dat zorgverzekeraars geen verzekerden kunnen weigeren voor de basisverzekering en dat zij voor alle verzekerden dezelfde premie moeten vragen. De zorgplicht houdt in dat verzekeraars zorg moeten leveren aan alle verzekerden die zorg nodig hebben.

Om te voorkomen dat verzekeraars proberen om groepen verzekerden die naar verwachting veel zorgkosten zullen maken buiten hun zorgverzekering te houden, is noodzakelijk dat verzekeraars met verzekerden die in verwachting relatief veel gebruik maken van de zorg, worden gecompenseerd. Dat is wat het ex ante risicovereveningssysteem doet. De risicoverevening heeft als doel om het gelijke speelveld voor zorgverzekeraars zoveel als mogelijk te garanderen. De vereveningsbijdragen sluiten daarom zo goed mogelijk aan op de verwachte werkelijke kosten. Tegelijkertijd moeten er prikkels voor doelmatigheid in het systeem ingebouwd worden. Daarom worden niet de kosten van het lopende jaar gebruikt als vereveningscriterium, maar andere objectieve indicatoren van zorggebruik, zoals bijvoorbeeld het medicijngebruik in het afgelopen jaar.

Ik constateer dat het stelsel steeds beter werkt. Zorgverzekeraars zijn sinds de invoering van het huidige stelsel meer gaan sturen op kostenbeheersing, doelmatigheid en kwaliteit. Zorgverzekeraars ontwikkelen benchmarks op basis waarvan zij kunnen beoordelen tegen welke kosten en met welk resultaat behandelingen in verschillende ziekenhuizen worden uitgevoerd. Ook zorgaanbieders werken aan het verkrijgen van meer inzicht in hun kostenstructuren, om tot kwalitatief goede en doelmatige zorg te komen. Dat de zorginkoop goed werkt is de belangrijkste conclusie die de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) trekt in de Monitor Zorginkoop 2014. Tegelijkertijd is er ook ruimte voor verbetering. De NZa constateert in deze Monitor eveneens dat kwaliteit, innovatie en service nog een ondergeschikte rol spelen in de inkooponderhandelingen. Het is van belang dat kwaliteit van zorg beter gemeten kan worden. Dat is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van verzekeraars en zorgaanbieders. Onder andere in het akkoord medisch specialistische zorg heb ik samen met patiënten, verzekeraars en aanbieders hier afspraken over gemaakt.

De kosten van de zorg zijn sinds het begin van de jaren 2000 fors gestegen, al ruim voor de invoering van het huidige zorgstelsel. Het stelsel is erop gericht om zo doelmatig mogelijk om te gaan met de verschillende opwaartse effecten op de zorgvraag en zorgkosten, waaronder de bevolkingsgroei en vergrijzing en de snelle technologische vooruitgang. Recent vindt voor het eerst een kentering in die groei plaats, mede als gevolg van een aantal aanpassingen die de werking van het stelsel hebben verbeterd. De groei van de zorguitgaven is sinds het begin van de eeuw nog niet zo laag geweest. In 2015 groeit het Budgettair Kader Zorg naar verwachting nauwelijks. De lagere groeiontwikkeling wordt onder andere verklaard doordat met de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) de oude budgetsystematiek geleidelijk steeds verder is afgeschaft, verzekeraars steeds meer risico zijn gaan lopen over hun zorginkoop, en ook mijn voorgenomen aanpassing van artikel 13, die uw Kamer op dinsdag 24 juni heeft aangenomen, zorgt ervoor dat zorgverzekeraars hun rol beter kunnen oppakken en waarmaken.

Ik ben het dan ook niet eens met de algemene conclusie van de auteurs van «Het zorgkostendebacle» dat de zorgverzekeraars sinds de invoering van de gereguleerde marktwerking in 2006 weinig hebben gedaan aan het beheersen van de kosten of aan het sturen op doelmatigheid en kwaliteit. En ik zie hier in het artikel ook geen onderbouwing van. Veel voorbeelden die de auteurs aanhalen laten juist zien dat er sinds de invoering van het zorgstelsel grote vooruitgang is geboekt. Dat het bijvoorbeeld in het verleden niet vanzelfsprekend was, zelfs taboe, om als zorgverzekeraar opmerkelijke verschillen in declaratiepatronen voor te leggen aan ziekenhuizen laat treffend zien dat er in de afgelopen jaren heel veel ten goede is veranderd.

De auteurs zijn daarnaast ook kritisch over de werking van het risicovereveningsmodel, het declaratiesysteem en de hoge reserves van verzekeraars. De cruciale functie van het risicovereveningsmodel, het compenseren van voorspelbaar hogere zorgkosten op basis van objectieve kenmerken van verzekerden, heb ik reeds toegelicht. De auteurs zien het risicovereveningsmodel als een financieel spiegelpaleis, gebaseerd op virtuele zorgkosten en virtuele patiënten, dat structureel verkeerde voorspellingen doet. Dat beeld herken ik in het geheel niet. Het model gebruikt objectieve criteria om de kosten te voorspellen van groepen patiënten. Dat het model niet geheel hetzelfde is als de werkelijkheid, is inherent aan het feit dat het een model is. Internationaal gezien is de Nederlandse risicoverevening goed te noemen, blijkt bijvoorbeeld uit de Evaluatie zorgstelsel en risicoverevening (Van Kleef, Schut, van de Ven, 2014). Tegelijkertijd zie ik het verder verbeteren van het model als noodzakelijk. Jaarlijks bekijk ik welke verbeteringen kunnen worden aangebracht. Over de voorgenomen verbeteringen van het ex ante vereveningsmodel 2015 heb ik onlangs geïnformeerd.

In «Het zorgkostendebacle» wordt gesteld dat zowel de omschrijvingen van de DOT-«zorgproducten» als de daaraan gekoppelde tarieven afwijken van de medische werkelijkheid. Deze kritiek deel ik niet. Het DBC-systeem, dat samen met medisch specialisten is ontwikkeld, betekende in 2005 een flinke stap in het transparant maken van de medisch specialistische zorg ten opzicht van het oude Functionele Budget. Naast de beperkte transparantie, stimuleerde het oude functionele budget ziekenhuizen om patiënten onnodig lang te laten liggen op de verpleegafdeling en zorgde het voor wachtlijsten. Het in 2012 ingevoerde project DBC's Op weg naar Transparantie (DOT) maakt het mogelijk voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders om beter dan voorheen passende tarieven af te spreken. Dit is ook de conclusie van de Nza die onder andere heeft gekeken naar de medische herkenbaarheid van de DOT-zorgproducten en draagvlak onder veldpartijen. Voor de komende jaren heeft de Nza samen met veldpartijen een doorontwikkelagenda opgesteld waarin de balans is gezocht tussen gewenste doorontwikkelingen van het DBC-systeem enerzijds, zoals het verkorten van de doorlooptijd van een DBC, en rust anderzijds. Eenvoud is een belangrijk uitgangspunt daarbij.

Ten aanzien van de reserves van verzekeraars, merk ik op dat zorgverzekeraars over 2013 net als het jaar er voor, een fors resultaat behaald hebben. Deze behaalde resultaten tonen aan dat uitgavenbeheersing door zorgverzekeraars succesvol is, en premiebetalers ondervinden hier de voordelen van. Het positieve resultaat komt ten goede aan verzekerden. Hetzij door het verlagen van de premie, een aantal verzekeraars heeft dat in 2014 ook gedaan, hetzij door investeringen in de zorg, hetzij door het op peil houden van de solvabiliteit.

Tot slot is het goed om ook te kijken naar de zorgsystemen in het buitenland. De Nederlandse zorg doet het in de verschillende vergelijkingen kwalitatief en qua toegankelijkheid goed tot zeer goed. Qua uitgaven scoort de curatieve zorg (de zorg in de Zorgverzekeringwet) gemiddeld.

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