

Vergaderjaar 2012–2013

**29 689**

## **Herziening Zorgstelsel**

**Nr. 464**

### **VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG**

Vastgesteld 28 juni 2013

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond bij enkele fracties behoefte een aantal vragen ter beantwoording voor te leggen aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 19 maart 2013 inzake Ontwerpbesluit houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met beperking van de ex post compensatiemechanismen voor de vaststelling van de vereveningsbijdragen (Kamerstuk 29 689, nr. 447) en over de brief van 14 juni 2013 inzake Uitkomsten van het onderzoeksprogramma risicoverevening en de voorgenomen vormgeving van het ex ante risicovereveningsmodel 2014 (Kamerstuk 29 689, nr. 450).

De op 25 juni 2013 toegezonden vragen zijn met de door de Minister bij brief van 27 juni 2013 toegezonden antwoorden, voorzien van een inleiding, hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,  
Neppérus

De griffier van de commissie,  
Teunissen

## I. VRAGEN EN OPMERKINGEN VANUIT DE FRACTIES

### Inbreng PvdA-fractie

De leden van de fractie van de PvdA hebben met belangstelling kennisgenomen van de uitkomsten van het onderzoeksprogramma risicoverevening en de voorgenomen vormgeving van het ex ante risicovereveningsmodel 2014. Deze leden hebben hierover nog enkele vragen.

De leden van de fractie van de PvdA merkten bij monde van het lid Van der Veen in een eerder overleg (Kamerstuk 29 689, nr. 414) reeds op, en zoals ook genoemd door de commissie-Don, dat grotere zorgverzekeraars over het algemeen meer met risico's kunnen schuiven dan kleine zorgverzekeraars. Zij vragen de Minister of er momenteel zicht is op het schuiven van premiegeld tussen verschillende onderdelen van zorgverzekeraars. Kan de Minister verder een overzicht geven van de acties waardoor toegang tot een level playing field voor kleine zorgverzekeraars gewaarborgd blijft?

#### 1. Ex ante vereveningsmodel

De leden van de fractie van de PvdA vragen of de Minister reeds een risicovereveningsmodel heeft ontwikkeld voor de vanaf 2015 over te hevelen AWBZ-zorg.

##### 1.1. Ex ante vereveningsmodel somatische zorg

De leden van de fractie van de PvdA constateren dat de Minister een onderzoek aanhaalt, waaruit is gebleken dat de kwaliteit van de hulpmiddelenregistratie steeds beter wordt. Zij vragen of dit onderzoek naar de Kamer gezonden kan worden. Hoe zou deze hulpmiddelenregistratie nog verder kunnen worden verbeterd? Aan welke nieuwe groepen van HKG's kan worden gedacht, en per wanneer zouden eventuele nieuwe groepen HKG's kunnen worden ingesteld?

##### 1.2. Ex ante vereveningsmodel GGZ

De leden van de fractie van de PvdA vragen of de Minister voornemens is een door verzekeraars voorgestelde klasse gedetineerden, dan wel ex-gedetineerd, toe te voegen als klasse in het ex ante vereveningsmodel. Ziet de Minister nog andere klassen om het ex ante risicovereveningsmodel mee uit te breiden?

##### 2.1. Somatische zorg

De leden van de fractie van de PvdA vragen de Minister cijfermatig toe te lichten waarom is gekozen voor een verbreding naar 80 euro? Welke gevolgen heeft deze verbreding voor met name kleinere zorgverzekeraars? Deelt de Minister de overweging van de leden van de PvdA-fractie dat terughoudendheid past rondom het aanpassen van deze bandbreedte totdat de ex ante verevening optimaal werkt? Zij vragen in hoeverre het ertoe kan leiden dat zorgverzekeraars hogere premies moeten vragen om daarmee extra financiële buffers aan te leggen en te voldoen aan de Europese solvabiliteitseisen. Is het waar dat de zorgverzekeraars momenteel al voor 93 procent risicodragend zijn in de curatieve zorg? Welke gedragsverandering bij zorgverzekeraars kan worden verwacht als de laatste ex post compensaties worden afgebouwd? Wat zijn de gevolgen van de afschaffing van de ex postmechanismen voor het gelijke speelveld voor kleine verzekeraars en nieuwe toetreders?

### 3. Overige punten

De leden van de fractie van de PvdA merken op dat de Minister schrijft dat zij met zorgverzekeraars heeft gesproken over de manier waarop zij verzekerden meer transparantie kunnen bieden over de besteding van de premiegelden. Deze leden hebben meermalen benadrukt dat beter inzicht in de besteding van premiegelden (o.a. Kamerstuk 29 689, nr. 444, document 2013D21131 en Kamerstuk 33 168, nr. 9) van groot belang is voor de houdbaarheid van het huidige stelsel. Uit de brief blijkt nu dat zorgverzekeraars hebben aangegeven «dit punt op te pakken» en elk op eigen wijze van plan zijn duidelijkheid te verschaffen. Genoemde leden vragen de Minister wanneer de zorgverzekeraars concrete actie gaan ondernemen, waaruit deze acties zullen bestaan en welke resultaten de Minister op welke termijn verwacht. Welke concrete stappen neemt zij als blijkt dat zorgverzekeraars niet aan haar verwachtingen voldoen? Op welke wijze en wanneer wordt de Kamer hierover bericht?

### 4. Ontwerpbesluit zorgstelsel

De leden van de fractie van de PvdA staan positief tegenover de afbouw van de ex post compensatiemechanismen in de risicoverevening. Deze leden vragen wat de gevolgen hiervan zijn voor de nominale premie, en welke invloed de overheid uit kan oefenen, bijvoorbeeld door middel van de hoogte van de rekenpremie. Eigen vermogen dat wordt opgebouwd met premiegelden kan niet worden ingezet voor zorg. Deze leden vragen een overzicht met inzicht in de mate waarin de verzekeraars voldoen aan de solvabiliteitseisen van De Nederlandsche Bank. Hoe wordt voorkomen dat premiegeld onnodig wordt opgepot en niet wordt geïnvesteerd in kwaliteit of naar de premiebetaler terugvloeit via een verlaging van deze premies? Op 6 maart 2012 (Kamerstuk 29 689, nr. 380) schreef de Minister reeds in juni van dat jaar inzicht te kunnen geven over de gevolgen voor solvabiliteitseisen aan zorginstellingen. Nu schrijft de Minister dat De Nederlandsche Bank hierover «in de zomer» bericht. Wanneer kan de Kamer dit advies verwachten? Wordt de Kamer hierover in een separate brief geïnformeerd, conform de motie-Van der Veen/Gerbrands (Kamerstuk 29 689, nr. 353).

### **Inbreng PVV-fractie**

De leden van de PVV-fractie hebben kennis genomen van het ontwerpbesluit houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering. Deze leden achten een goed risicovereveningsmodel essentieel voor het gelijke speelveld op de zorgverzekeringsmarkt. Het voorliggende ontwerpbesluit roept bij hen enkele vragen op.

De leden van de PVV-fractie verbazen zich over het voornemen van de Minister om met een AMvB het afbouwpad van de ex post compensaties voor de komende jaren vast te leggen. De leden vinden dit in strijd met de motie-Gerbrands c.s. (Kamerstuk 29 248, nr. 192) waarin jaarlijks overleg met de Kamer wordt gevraagd over de afbouw van de ex post mechanismen. Voorliggende maatregel verhindert nu immers dat de Kamer hier nog invloed op kan uitoefenen. Deze leden verzoeken de Minister te handelen volgens de motie-Gerbrands c.s. en geen meerjarenafspraken vast te leggen.

De leden van de PVV-fractie vragen op basis van welke argumenten de bandbreedteregeling wordt afgeschaft per 2015. De bandbreedteregeling is immers nodig indien een verdeelmodel slecht presteert of bij systeemwijzigingen (zoals nu bij de overgang naar DOT en bij de invoering van prestatiebekostiging). Deze leden zijn daarom van mening dat de

bandbreedteregelingen nu niet verder moeten worden opgerekt. Kan de Minister aangeven wat de gevolgen kunnen zijn van het afschaffen van de bandbreedteregeling voor de kleinere zorgverzekeraars en nieuwe toetreders? Als hierdoor het gelijkspelveld wordt aangetast dan vinden deze leden dit ongewenst. Kan de Minister garanderen dat het gelijkspelveld niet aangetast wordt door het afschaffen van de bandbreedteregeling?

Heeft de Minister al een vereveningsmodel ontwikkeld voor de over te hevelen langdurige GGZ in 2015, zo vragen de leden van de PVV-fractie. De overheveling, de structuuraanpassing, de invoering van populatiebe-kostiging en verkorting van de doorlooptijd van de DBC's zijn stuk voor stuk grote veranderingen. Als blijkt dat het vereveningsmodel voor de langdurige GGZ tekort schiet, is de Minister dan bereid deze overheveling uit te stellen of te heroverwegen? Is de Minister het met deze leden eens dat de ex post compensatie in principe gehandhaafd dient te blijven totdat het ex ante model voor de GGZ optimaal functioneert? Kan de Minister de leden van de PVV-fractie tevens inlichten hoe zij dit gaat toetsen?

### **Inbreng SP-fractie**

De leden van de SP-fractie staan afwijzend tegenover het voornemen van de Minister om het ex post vereveningsmodel af te schaffen. Zij constateren dat de Minister hiermee het pad kiest van het nog verder liberaliseren van de gezondheidszorg. Ook zet zij hiermee de sluizen open voor risicoselectie.

In de concept-AMvB stelt de Minister voor in de somatische zorg vanaf 2015 de ex post compensatie af te schaffen, en daarop volgend in 2017 de ex post compensatie in de geestelijke gezondheidszorg. Tegelijkertijd schrijft de Minister dat de Zorgverzekeringswet niet kan zonder een goed compensatiesysteem, omdat er anders ongelijkheid ontstaat tussen zorgverzekeraars vanwege de gezondheidstoestand van hun verzekerden. De Minister stelt vast dat daarom van jaar tot jaar gewerkt moet worden om het ex ante risicoverevenings-systeem op peil te houden, en waar mogelijk te verbeteren. Daarmee erkent de Minister dat het ex ante risicovereveningssysteem verre van perfect is. De leden van de SP-fractie vragen hoe de Minister dit rijmt met het afschaffen van het ex post vereveningssysteem.

De Minister stelt dat het afgelopen jaar een zeer succesvol onderzoeksjaar was voor het ex- ante risicovereveningsmodel. Zij geeft er blijk van trots te zijn op de aangekondigde veranderingen in het ex ante risicovereveningsmodel. Dat zijn volgens haar verbeteringen. De leden van de SP-fractie constateren dat de commissie-Don in het rapport «Evaluatie risicoverevening Zorgverzekeringswet» de conclusie trekt dat het vereveningsmodel inherent imperfect is. Genoemde leden vragen hoe de Minister in dat licht haar enthousiasme en optimisme over het ex ante risicovereveningsmodel gerechtvaardigd acht.

De leden van de SP-fractie constateren dat risicoselectie door het afschaffen van de ex post compensatie gemakkelijker wordt omdat de onvolkomenheden in het ex ante risicovereveningssysteem niet meer achteraf gecompenseerd worden. Deze constatering wordt ondersteund door de stelling van de commissie Don die stelt dat onvolkomenheden ruimte laten voor selectie door verzekeraars van winstgevende groepen. Dit gaat volgens de commissie-Don gepaard met een vermindering van de risicosolidariteit. Volgens deze commissie is het mogelijk dat de kwaliteit van zorg achter kan blijven voor groepen die voor de verzekeraar een ongunstig risico vormen. De leden van de SP-fractie vragen de Minister waarom zij dit risico voor lief neemt. Vindt de Minister het verantwoord

dat het mogelijk is om risicoselectie toe te passen? Waarom is dit voor haar geen aanleiding om af te zien van het afschaffen van de compensatie achteraf?

De commissie-Don schrijft tevens in haar rapport dat de toenemende risicodragendheid van zorgverzekeraars een stimulans is voor zorgverzekeraars om selectiever te contracteren. Oftewel de neiging om risicoselectie toe te passen op minder rendabele patiëntengroepen zal toenemen. De leden van de SP-fractie vragen de Minister waarom zij het desondanks verantwoord vindt om de compensatie achteraf in 2017 geheel af te schaffen. Zij vragen de Minister welke groepen patiënten daar mogelijk het slachtoffer van kunnen worden en welke gevolgen deze patiënten daarvan zullen ondervinden. Ook willen zij weten welke groepen patiënten voordelig zijn voor zorgverzekeraars om te contracteren. Tot nu toe was een dergelijke groep de studenten. De Minister stelt dat die groep nu wordt meegenomen in het ex ante vereveningssysteem voor de somatische zorg. Zij vragen de Minister of zij kan garanderen dat zorgverzekeraars nu niet meer de mogelijkheid hebben om risicoselectie toe te passen op deze groep. Ook vragen deze leden de Minister of zij kan garanderen dat zorgverzekeraars nu geen risicoselectie meer kunnen toepassen op andere groepen.

Zij kunnen zich dat, ook gezien de opmerkingen van de commissie-Don, niet voorstellen. Zij willen van de Minister weten of zij erkent dat zorgverzekeraars door onderzoek mogelijk nieuwe groepen patiënten kunnen detecteren die voordelig, ofwel onvoordelig zijn om te verzekeren. De leden van de SP-fractie concluderen daaruit dat ex post compensatie noodzakelijk is en dat afschaffen daarvan niet gerechtvaardigd is. Zij vragen de Minister waarom zij deze conclusie ondanks de genoemde punten niet deelt.

De Minister heeft een expertcommissie in het leven geroepen die een ex ante vereveningsmodel op heeft gesteld voor de GGZ. Door het advies van deze commissie over te nemen wordt volgens de Minister een verbetering bereikt in de kwaliteit van het ex ante vereveningsmodel. Een verbetering is volgens de leden van de SP-fractie niet voldoende, omdat hiermee risicoselectie niet geheel wordt uitgesloten. Genoemde leden willen van de Minister weten in hoeverre risicoselectie door zorgverzekeraars binnen het ex ante vereveningsmodel nog mogelijk is. Zij willen weten waarom de Minister deze risicoselectie aanvaardbaar vindt. Dit vragen zij omdat patiënten in de GGZ een bijzonder kwetsbare doelgroep is die hiermee de dupe kan worden van dit voornemen van de Minister. Dat is wat de leden van de SP-fractie betreft onaanvaardbaar.

Een ander risico vormt het verkleinen van het verzekerd pakket. Zoals bekend verzet de SP-fractie zich sterk tegen het steeds verder verkleinen van het basispakket. Zij vinden dat dit de solidariteit in de zorg ondermijnt, omdat steeds minder mensen toegang hebben tot noodzakelijke zorg. Maar ook in het vereveningssysteem vormt het verkleinen van het verzekerd pakket een risico. De commissie-Don constateert dat verzekeraars met de aanvullende verzekering risicoselectie kunnen toepassen, omdat zij met die aanvullende verzekering kunnen sturen op het aantrekken van de meest gunstige verzekerden. Door het afschaffen van de ex post compensatie zal deze neiging versterkt worden. Hierdoor wordt het buiten de deur houden van chronisch zieken, gehandicapten en andere voor zorgverzekeraars risicovolle patiëntengroepen versterkt. De leden van de SP-fractie vragen de Minister of zij dit risico ook ziet, en waarom zij desondanks het afschaffen van de ex post compensatie doorzet.

De Minister stelt dat afschaffen van de ex post compensatie ervoor zal zorgen dat er bij zorgverzekeraars een prikkel is doelmatiger te zullen inkopen. De leden van de SP-fractie constateren dat de Minister hierbij schijnbaar niet meeweegt dat er nog een andere prikkel bestaat, namelijk risicoselectie. Zij vragen de Minister of zij de doelmatigheid in de zorg verkiest boven het voorkomen van risicoselectie. Vindt zij het verder liberaliseren van de zorg belangrijker dan de solidariteit in de zorg? Kan de Minister aangeven waar voor haar de grens ligt als risicoselectie wordt geconstateerd? Wanneer wordt voor haar een grens overschreden waarbij correctie noodzakelijk is?

Op dit moment zijn zorgverzekeraars voor 93 procent risicodragend. De leden van de SP-fractie vragen de Minister waarom zij het per se nodig acht dat die overige zeven procent wordt afgeschaft. Denkt zij dat die zeven procent het verschil gaat maken? Mogelijk maakt deze zeven procent wel het verschil voor de kleine zorgverzekeraars. Zij kunnen een extra risico minder goed opvangen dan grote zorgverzekeraars. Daardoor zijn deze kleine zorgverzekeraars in het nadeel ten opzichte van grote zorgverzekeraars. Graag willen de leden van de SP-fractie van de Minister weten wat dit zal betekenen voor de zorgverzekeringmarkt. Is het volgens de Minister een goede ontwikkeling wanneer kleine zorgverzekeraars moeilijker kunnen opboksen tegen de grote zorgverzekeraars? Hoe oordeelt de Minister over het mogelijk verdwijnen van kleine zorgverzekeraars door deze maatregel. Is de Minister daar blij mee? Hoe rijmt de Minister haar voornemen om de ex post verevening af te schaffen met de aangenomen motie met Kamerstuk 29 248, nr. 179, waarin de Kamer uitspreekt dat de afbouw van de ex post compensatie er niet toe mag leiden dat er onaanvaardbare risico's ontstaan voor de kleinere zorgverzekeraars met relatief veel dure verzekerden die veel zorg nodig hebben.

### **Inbreng CDA-fractie**

De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van de stukken over de risicoverevening aangaande 2014 en het ontwerpbesluit in verband met de beperking van de ex post compensatiemechanismen. Zij maken graag van de gelegenheid gebruik vragen in te dienen over het ontwerpbesluit en de brief over 2014.

### **Brief risicovereveningsmodel 2014 d.d. 14 juni 2013**

#### 1. Ex ante vereveningsmodel

De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de Minister over het risicovereveningsmodel 2014. De Minister besluit op dit moment nog geen onderzoek naar een vereveningscriterium, gebaseerd op AWBZ-indicaties, uit te laten voeren. Wanneer schat de Minister in dat dit wel mogelijk is? Tevens is er een advies van de Werkgroep Onderzoek Risicoverevening uitgekomen. Is dit hetzelfde advies als van de commissie evaluatie risicoverevening Zorgverzekeringwet? Mocht dit niet het geval zijn, is het dan mogelijk om dit advies naar de Kamer te sturen?

#### 1.1. Ex ante vereveningsmodel somatische zorg

De Minister is van plan een klasse «student» aan het vereveningscriterium toe te voegen. Wat verstaat zij onder het begrip «student»? Is dit WO, HBO en MBO? Graag ontvangen deze leden een toelichting over de inkadering van het begrip «student».

## 1.2. Ex ante vereveningsmodel GGZ

Voor het vereveningsmodel 2014 geneeskundige geestelijke gezondheidszorg heeft de Minister een onderzoek laten uitvoeren naar een criterium gebaseerd op diagnose, behandeling en verblijf, de zogenaamde psychische DKG's. De leden van de CDA-fractie vragen hoe de ontwikkeling van dit criterium zich verhoudt tot de eisen die voortvloeien uit de Wet bescherming persoonsgegevens. Is het College Bescherming Persoonsgegevens ook betrokken bij de ontwikkeling van dit criterium?

## 2.1. Somatische zorg

De Minister constateert dat het opvallend is dat door het toepassen van de huidige bandbreedte regeling meer verzekeraars afgeroomd worden dan een bijdrage ontvangen. Wat zijn de achterliggende oorzaken hiervan, zo vragen de leden van de CDA-fractie. De Minister geeft aan dat het er nu op lijkt dat de regeling er voor zorgt dat verzekeraars die goede inkoopresultaten weten te behalen gestraft worden, en een deel van de opbrengst (winst) in moeten leveren. Op het moment dat zorgverzekeraars enkele jaren achter elkaar positieve resultaten behalen, wordt de ex ante compensatie dan aangepast?

## 3. Overige punten

De Minister geeft aan dat ze het niet nodig vindt het verbieden van tussentijds opzeggen van de basisverzekering in regelgeving vast te leggen. Graag horen de leden van de CDA-fractie welke zorgverzekeraars nog wel deze mogelijkheid aanbieden.

De commissie-Don heeft opgemerkt dat zij het onwenselijk acht dat een verzekeraar via een tussenpersoon zelf collectiviteiten kan vormen, om zo de acceptatieplicht te omzeilen. De leden van de CDA-fractie zijn het hiermee eens. De Minister laat de Nederlandse Zorgautoriteit nu onderzoek doen, maar deze leden vragen waarom de Minister deze sluiproute niet via regelgeving verbiedt.

Dank dat de Minister een terugkoppeling geeft over de toezegging in het algemeen overleg winstcijfers zorgverzekeraars. De zorgverzekeraars hebben aangegeven dit punt op te pakken en dat zij, elk op eigen wijze, van plan zijn om de duidelijkheid over de besteding van de premiegelden te verschaffen. Deze leden zijn in de veronderstelling dat het verzoek van de Kamer zag op de vraag dat de zorgverzekeraars inzicht verschaffen in de besteding van het rendement (winst) dat de zorgverzekeraars hebben gemaakt. De leden van de CDA-fractie zouden graag op dit punt een reactie willen hebben. Ook horen zij graag of het mogelijk is dat zorgverzekeraars een uniform kader ontwikkelen waarmee zij de besteding van het rendement inzichtelijk maken. Zo is er inzicht waar het rendement naar toe gaat.

### **Ontwerpbesluit houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met beperking van de ex post compensatiemechanismen voor de vaststelling van de vereveningsbijdrage**

In de motie van de leden Gerbrands, Mulder en Smilde staat onder andere dat het gelijke speelveld tussen verzekeraars in stand moet blijven en er geen prikkels tot risicoselectie moeten ontstaan. De leden van de CDA-fractie vinden dit nog steeds een zeer belangrijk uitgangspunt. Zij willen benadrukken dat de ex post verevening geïntroduceerd is omdat het ex ante verdeelmodel te weinig voorspellende waarde zou hebben. Deze leden zijn in principe ook niet tegen de afschaffing van de ex post



compensatie, als blijkt dat de voorspellende waarde van het ex ante verdeelmodel voldoende bekend zijn. Als het ex ante model goed functioneert dan zullen zorgverzekeraars meer geprikkeld worden om goede zorg in te kopen tegen een verantwoorde prijs. Op deze manier houden wij de zorg financieel gezond en voor de lange termijn houdbaar. In dit verband vragen de leden van de CDA-fractie hoe het voornemen van de Minister om tot een meerjarenafspraak te komen zich verhoudt tot de in 2011 aangenomen motie. Kan de Minister precies aangeven wat er dan verbeterd is in de ex anteverevening? Is haars inziens sprake van een verbetering van de voorspellende waarde van het ex antevereveningsmodel in 2014 ten opzichte van het model van 2013? Zo ja, hoe is deze verbetering vastgesteld en waarom acht de Minister deze verbetering voldoende om een aanpassing in de ex post compensatie te rechtvaardigen? Welke criteria hanteert de Minister om dit te toetsen?

Het uitgangspunt van het ex post model is om de onvoldoende werking van het ex ante model te compenseren. Waarom heeft de Minister nu besloten de koppeling tussen beide modellen los te laten, ondanks dat de voorgenomen majeure stelselwijzigingen die zullen komen? Daarbij valt te denken aan de overheveling van de GGZ, structuuraanpassing van de huidige GGZ, invoering populatiebesteding en verkorting van de doorlooptijd van DBC's en een deel van de onverzekerbare langdurige zorg verzekeraar maken. Deze leden noemen specifiek de langdurige GGZ en de extramurale langdurige verpleging. Welke gevolgen heeft de overheveling van de langdurige GGZ op de voorspellende waarde van het model? Wat voor gevolgen heeft de verandering met betrekking tot de generalistische basisGGZ in 2014 voor de voorspellende waarde van het model? Wat is de voorspellende waarde van de ex- ante modellen voor 2013 en 2014 voor zowel de curatieve zorg als de GGZ 2015? Is het opportuun om nu al een besluit te nemen over de ex post verevening GGZ 2015? Daarbij valt het deze leden op dat in de toelichting wel staat dat met ingang van 2017 de zorgverzekeraars voor de kosten van de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg volledig risicodragend moeten zijn, maar dat in artikel 3.17 het echter bij Ministeriële regeling wordt geregeld. De leden van de CDA-fractie verzoeken de Minister de concept-Ministeriële regeling jaarlijks naar de Kamer te sturen, voordat zij definitief besluit de percentages aan te passen.

De Minister introduceert ook een criterium gebaseerd op meerjarige hoge kosten. Hoe wordt dit criterium uitgewerkt, en welke parameters worden hierin meegenomen? De Minister schrijft ook dat de verzekeraars vanaf 2015 niet meer voor onvoorspelbare (incidentele) hoge kosten worden gecompenseerd. Wat verstaat zij onder onvoorspelbare (incidentele) hoge kosten? Zou de Minister enkele voorbeelden kunnen noemen?

De leden van de CDA-fractie vragen de Minister nog toe te lichten hoe rekbaar het begrip vaste zorgkosten is. Wat kan er allemaal onder gaan vallen? Wat zijn de criteria om bepaalde uitgaven onder de definitie van vaste zorgkosten te laten vallen?

Denkt de Minister dat een gevolg van het afschaffen van de ex post mechanismen zal zorgen voor minder of juist meer nieuwe en innoverende toetreders in de zorg? Waarom wel of waarom niet? De leden van de CDA-fractie krijgen uit het veld de vraag of er een gelijkwaardig speelveld blijft bestaan. Hoe denkt de Minister hierover?

Wat zal er gebeuren met de zorgpremies en de solvabiliteitseisen van instellingen als de ex- postverevening in 2015 ophoudt te bestaan, en welk sturingsmechanismen heeft de Minister om de zorg voor iedereen betaalbaar en toegankelijk te houden?



Welke gevolgen heeft de afbouw van de ex post verevening op de kapitaalbuffers die de zorgverzekeraars zich moeten aanmeten (EU-regels)? De leden van de CDA-fractie vinden dat elke zorggeuro zo goed mogelijk besteed moet worden, en er zo min mogelijk op de plank moet blijven liggen. Kan de Minister hierop reageren?

## **Inbreng D66-fractie**

### **Inleiding**

De leden van de D66-fractie benadrukken dat zij de acceptatieplicht voor zorgverzekeraars en het verbod op premiedifferentiatie belangrijke verworvenheden van de Nederlandse Zorgverzekeringswet vinden. Deze leden achten het van groot belang dat dit samengaat met een evenwichtig systeem van risicoverevening. Daarmee worden de ongelijke kosten die samenhangen met de gezondheid van de verzekerde populatie gecompenseerd, zodat een gelijk speelveld ontstaat, waarop zorgverzekeraars eerlijk kunnen concurreren. Deze leden achten het belangrijk dat risicoselectie wordt voorkomen, zodat de zorgverzekering voor iedereen toegankelijk blijft. Zij willen de risicoverevening aan de voorkant goed regelen. Daarmee weten zorgverzekeraars sneller waar zij aan toe zijn, en wordt een doelmatige inkoop gestimuleerd. Dit draagt volgens de hier aan het woord zijnde leden bij aan het in de toekomst betaalbaar en toegankelijk houden van de zorg.

De leden van de D66-fractie kunnen zich vinden in het op termijn afbouwen en afschaffen van de ex post compensatiemechanismen. Zij hebben nog wel verschillende vragen en opmerkingen bij de snelheid en de methode die de Minister nu voorstelt. Daarbij vragen zij in het bijzonder aandacht voor de positie van kleine zorgverzekeraars en nieuwe toetreders, die relatief kwetsbaar zijn voor de voorgenoemde systeemwijzigingen van het kabinet.

### **Variabele kosten van medisch-specialistische zorg**

De leden van de D66-fractie constateren dat volgens de Minister, door het toepassen van de huidige bandbreedteregeling somatische zorg, meer verzekeraars afgeroomd worden dan een bijdrage ontvangen. Deze leden vragen de Minister aan te geven hoeveel zorgverzekeraars effect ondervinden van de huidige bandbreedteregeling. Wil de Minister daarbij inzicht geven in welke mate zorgverzekeraars winst moeten inleveren dan wel een bijdrage ontvangen? Deze leden vragen de Minister ook aan te geven hoe de ex post resultaten van de kleine zorgverzekeraars zich verhouden tot die van de grote systeemverzekeraars van 2006 tot en met 2009? Kan de Minister daarbij ook aangeven hoe groot de variatie in resultaten is bij beide groepen verzekeraars?

De hier aan het woord zijnde leden vernemen ook graag wat de gevolgen zijn van de voorgenoemde afschaffing van de ex post mechanismen voor het gelijke speelveld voor kleinere verzekeraars en nieuwe toetreders.

### **GGZ**

De leden van de D66-fractie constateren dat de Minister ook met betrekking tot de GGZ toe wil naar volledige risicodragendheid in 2017. Deze leden stellen echter vast dat de Minister vanaf 2015 de langdurige GGZ wil overhevelen van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet. Deze overheveling omvat een grote systeemwijziging die met veel onzekerheden gepaard gaat. Die maken het volgens de hier aan het woord zijnde leden lastig om verzekeraars snel meer financieel risico over de gehele GGZ te laten lopen. Deze leden achten een adequaat ex ante model

daarom van groot belang. Is de Minister bereid om de overheveling van de langdurige GGZ uit te stellen, als blijkt het ex ante model onvoldoende werkt? Deze leden vernemen graag of de Minister het ex postmodel wil handhaven totdat het ex antemodel geoptimaliseerd is? Wil de Minister tevens aangeven hoe zij het huidige ex antemodel in de GGZ de komende jaren gaat verbeteren? Wil de Minister daarbij rekening houden met de hoge kostendrempel GGZ, de voorspellende waarde van medicatiegebruik en aandoeningen, de indicator voor zorgvraagzwaarte en detentie als extra variabele?

### **Financiële gevolgen**

De leden van de D66-fractie delen de conclusie van de Minister dat als gevolg van de afbouw van de ex post compensaties de risicodragende kosten van zorgverzekeraars toenemen. Deze leden achten dit op termijn voor de doelmatigheid van zorg ook wenselijk. De Nederlandsche Bank heeft aangegeven dat zij het effect hiervan meenemen in het advies aan de Minister van Financiën over de minimum solvabiliteitseis. Deze leden vragen de Minister of zij verwacht dat de solvabiliteitseis zal toenemen, en in hoeverre zij dit wenselijk acht.

### **Ex ante vereveningsmodel**

De leden van de D66-fractie constateren dat de Minister, vanwege de grote systeemwijziging in de langdurige zorg, heeft besloten vooralsnog geen onderzoek te laten uitvoeren naar een vereveningscriterium gebaseerd op AWBZ-indicaties. Deze leden vragen de Minister hoe lang zij dit onderzoek wil uitstellen, en of zij nog steeds voornemens is dit onderzoek op termijn alsnog uit te voeren.

De hier aan het woord zijnde leden stellen tot slot vast dat het afbouwen en afschaffen van de ex post compensatiemechanismen uiterst zorgvuldig moet worden vormgegeven. Is de Minister daarom bereid tot een jaarlijkse beoordeling van de kwaliteit van het ex ante vereveningsstelsel?

## **II. REACTIE VAN DE MINISTER**

Ik dank de verschillende fracties voor hun vragen over de brief van 10 juni 2013 inzake het Ontwerpbesluit houdende wijziging van het Besluit Zorgverzekering in verband met beperking van de ex post compensatiemechanismen voor de vaststelling van de vereveningsbijdrage en over de brief van 14 juni 2013 inzake de uitkomsten van het onderzoeksprogramma risicoverevening en de voorgenomen vormgeving van het ex ante risicovereveningsmodel 2014 (Kamerstuk 29 689, nr. 450).

Het is een veelheid aan vragen die de leden van de verschillende fracties mij stellen. Wanneer ik het geheel overzie, dan stel ik vast dat de vragen van de verschillende fracties elkaar (deels) overlappen. Zij kunnen als volgt gegroepeerd worden:

- a. Ex ante risicovereveningsmodel
- b. Afschaffen ex post compensaties
- c. Advies commissie Don
- d. Solvabiliteit
- e. Premie en reserves

## **a. Ex ante Risicovereveningsmodel**

### *Algemeen*

Ik ben van plan het ex ante model voor de somatische zorg te verbeteren door het invoeren van een criterium dat gebaseerd is op het gebruik van historisch hulpmiddelengebruik, ook voeg ik aan het criterium Aard van Inkomen een klasse student toe. Het vereveningsmodel voor geneeskundige GGZ zal ik verbeteren door het introduceren van een criterium dat gebaseerd is op diagnose informatie uit psychische dbc's en ook in dit vereveningsmodel wordt het criterium Aard van Inkomen aangevuld met een klasse student. Hiermee beantwoord ik de vraag van de leden van de fractie het CDA welke verbeteringen ik in het ex ante model voor 2013 wil aanbrengen.

Zoals ik in mijn brief van 14 juni (Kamerstuk 29 689, nr. 50) al geschreven heb neemt hierdoor de kwaliteit van het ex ante model toe. Daarboven neemt de prikkel tot risicoselectie af doordat specifieke groepen verzekerden, zoals bijvoorbeeld studenten of verzekerden met chronische psychiatrische problematiek, beter gecompenseerd worden en dus geen gunstiger risicoprofiel meer zullen hebben voor zorgverzekeraars. Het antwoord op de vraag van de leden van de SP of mijn enthousiasme en optimisme over de modelverbetering gerechtvaardigd zijn, is daarom bevestigend.

Elk jaar ontvang ik een advies van de Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening (WOR). De WOR is een werkgroep waarin onder andere deskundigen van verzekeraars, onderzoeksbureaus, Zorgverzekeraars Nederland en het College Zorgverzekeringen deelnemen. De WOR begeleidt het risicovereveningsonderzoek. Op verzoek van de leden van het CDA voeg ik het WOR-advies als bijlage bij deze brief <sup>1</sup>.

De leden van het CDA vragen mij wat de definitie van student is. Verzekerden tussen achttien en vierendertig jaar oud die op 1 oktober van het vereveningsjaar ingeschreven zijn bij een HBO- of WO-instelling zijn in het kader van risicoverevening student. Uit onderzoek bleek dat de vereveningsresultaten voor MBO-studenten erg op die van de referentiegroep (werkenden) lijken. Dat is de reden geweest om MBO-ers niet tot de groep student te laten behoren.

De leden van het CDA vragen mij of het ex ante model aangepast wordt als verzekeraars enkele jaren achter elkaar positieve resultaten behalen. Zoals ik uw Kamer in mijn reactie op het advies<sup>2</sup> van de commissie Don heb geschreven wordt jaar op jaar gewerkt aan het op peil houden en waar mogelijk verbeteren van de kwaliteit van het ex ante risicovereveningsmodel. Signalen over het structureel behalen van positieve resultaten vanwege de samenstelling van (groepen) verzekerden zal ik ook in de toekomst gebruiken om nader onderzoek te doen naar mogelijkheden om het ex ante model aan te passen.

De leden van het CDA vragen naar de statistische verbetering van het ex ante vereveningsmodel. Zoals elk jaar wordt gedurende de zomer het afrondende onderzoek naar het vereveningsmodel uitgevoerd. De precieze hoogte van de statistische maatstaven is daarom nu nog niet bekend. Uit het onderzoek dat dit voorjaar is uitgevoerd blijkt dat het toevoegen van een criterium gebaseerd op hulpmiddelengebruik en het toevoegen van de klasse student geen effect hebben op de statistische maatstaven. In 2013 bedroeg de voorspelkracht (gemeten met de

<sup>1</sup> Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer

<sup>2</sup> Kamerstuk 29 689, nr. 391

R-kwadraat) op verzekeraarsniveau circa 98%, de voorspelkracht op individuniveau 23%. De bandbreedte in het resultaat bedraagt op basis van de onderzoeken na de ex ante verevening 185 euro per verzekerde. Ondanks het feit dat de statistische maatstaven voor het somatische model nauwelijks veranderen als gevolg van deze nieuwe criteria vormen zij een goede aanvulling op het ex ante vereveningsmodel voor de somatische zorg. Zij zorgen er immers voor dat de prikkel tot risicoselectie afneemt doordat deze specifieke groepen verzekerden, studenten en verzekerden met hulpmiddelen gebruik, beter gecompenseerd worden.

Uit onderzoek blijkt dat het toevoegen van een criterium gebaseerd op diagnose informatie uit de psychische DKG's naar verwachting ook weinig effect heeft op de voorspelkracht op verzekeraarsniveau van het ex ante model voor GGZ kosten. Die blijft onverminderd hoog op 99%. De verwachting is dat de voorspelkracht op individuniveau wel zal verbeteren van 10% in 2013 naar circa 15% in 2014. De bandbreedte in het resultaat na ex ante verevening halveert en zal in 2014 naar verwachting nog 27 euro per verzekerde zijn.

In de brief over de inzet van ex post compensaties 2014, die ik uw Kamer aan het einde van de zomer stuur, zal ik de definitieve statistische maatstaven van het ex ante vereveningsmodel 2014 opnemen.

#### *Over te hevelen AWBZ-zorg*

De leden van de fracties van de PvdA, PVV, CDA en D66 stellen vragen over de risicoverevening voor de als gevolg van de Herziening Langdurige Zorg in 2015 naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) over te hevelen AWBZ-zorg. Ik zal dit najaar laten onderzoeken op welke wijze de kosten van de vanuit de AWBZ over te hevelen zorg in de risicoverevening zullen worden meegenomen. Ik zal kwantitatief onderzoek laten doen naar de achtergrondkenmerken van verzekerden die de over te hevelen AWBZ-zorg gebruiken en de zorgkosten die zij maken. Daarnaast zal ik een literatuuronderzoek laten uitvoeren naar voorspellende factoren (zowel factoren met een medische achtergrond als persoonskenmerken, sociale economische status en comorbiditeit) voor de kosten van de overgehevelde zorg. Ik zal vervolgens bezien in hoeverre deze factoren ook geschikt zijn om in een ex ante risicovereveningsmodel op te nemen. Deze onderzoeken zullen duidelijkheid verschaffen over de wijze waarop de overheveling in het ex ante vereveningsmodel kan worden verwerkt. De vraag van de leden van de fractie van PVV en D66 naar het uitstellen van de overheveling als blijkt dat het ex ante model onvoldoende werkt vind ik dan ook voorbarig.

#### *Somatische zorg*

De leden van de fractie van de PvdA vragen mij naar de registratie van het gebruik van hulpmiddelen. Ik heb dit voorjaar onderzoek uit laten voeren naar de mogelijkheid om een criterium gebaseerd op hulpmiddelengebruik in het vereveningsmodel op te nemen. In dit onderzoek is ook aandacht besteed aan de uniformiteit en volledigheid van de hulpmiddelenregistratie. Voor vier groepen hulpmiddelen bleek de registratie voldoende uniform en volledig. Ik verwacht dat zorgverzekeraars, nu het gebruik van hulpmiddelen in het ex ante vereveningsmodel is opgenomen, zelf nog meer het belang van goede registratie zien, daarmee wordt de kwaliteit van de registratie verder verbeterd. De leden van de fractie van de PvdA vragen mij ook met welke hulpmiddelen ik het criterium gebaseerd op hulpmiddelengebruik in de toekomst zou willen uitbreiden. Bij de invoering van het criterium gebaseerd op hulpmiddelengebruik, ben ik van plan het hulpmiddelengebruik uit de hulpmiddelengroepen: insuline infuuspompen, urineopvang, stoma en tracheostoma te

betrekken. Uit het eerder genoemde onderzoek blijkt dat bijvoorbeeld voedingshulpmiddelen en zuurstofapparatuur goede toevoegingen kunnen zijn. Het onderzoeksrapport «vormgeving hulpmiddelen kostengroepen» zal ik als bijlage bij deze brief meesturen<sup>3</sup>.

De leden van de fracties van het CDA en van D66 vragen mij naar de mogelijkheden om een criterium gebaseerd op AWBZ gebruik op te nemen in het ex ante vereveningsmodel. Zoals ik eerder schreef komt het opnemen van een dergelijk criterium door de hervorming van de langdurige zorg in 2015 in een ander daglicht te staan. De consequentie van de hervorming van de langdurige zorg is dat de huidige AWBZ-indicatiegegevens mogelijk niet in deze vorm gegenereerd en verzameld worden. In de nieuwe WMO geldt bijvoorbeeld geen indicatiestelling zoals nu in de AWBZ. Ik verwacht daarom dat de gegevens van verzekerden die gebruikmaken van AWBZ zorg die wordt overgeheveld naar gemeenten niet bruikbaar zijn voor het ex ante vereveningsmodel. Ook heb ik nu onvoldoende zicht op de representativiteit en de mogelijke Zvw-vervolgkosten van verzekerden die in de toekomst gebruik maken van de kern-AWBZ. Ik acht daarom op dit moment het niet zinvol om nader onderzoek naar een vereveningscriterium gebaseerd op AWBZ-indicaties te laten uitvoeren.

#### *Geneeskundige GGZ*

De leden van de fracties van de PvdA, CDA en D66 vragen naar de mogelijkheden om het ex ante vereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ de komende jaren te verbeteren. Afgelopen jaren heb ik het vereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ al uitgebreid met een criterium dat gebaseerd is op farmaciegebruik. Dit jaar verwacht ik het ex ante model voor de geneeskundige GGZ verder te verbeteren door invoering van een criterium gebaseerd op diagnose informatie uit psychische DBC's en door invoering van een klasse student in het criterium Aard van Inkomen. Het handhaven van het criterium Hoge Kosten Drempel heeft geen meerwaarde meer voor de kwaliteit van het vereveningsmodel. Voor het vereveningsmodel 2014 stel ik daarom voor dit criterium te laten vervallen.

Ik zal komend jaar laten onderzoeken of het mogelijk is een klasse (ex)gedetineerden in het vereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ op te nemen. Ik verwacht volgend jaar nog een stap in de verbetering van het ex ante model te kunnen zetten door invoering van een criterium gebaseerd op meerjarige hoge kosten. Bij het onderzoek naar de vormgeving van dit criterium zal aandacht besteed worden aan de kostenpatronen die verzekerden met chronische psychische aandoeningen plegen te hebben. Daarnaast verwacht ik het model komend jaar verder te verbeteren door het invoeren van een criterium gebaseerd op zorgvraagzwaarte. Veldpartijen hebben een eerste versie van een zorgvraagzwaarte-indicator ontwikkeld en een gezamenlijke doorontwikkelagenda, gericht op het opnemen van zorgvraagzwaarte in de productstructuur, opgesteld. Ik ga allereerst bezien of deze zorgvraagzwaarte-indicator meerwaarde heeft in het ex ante vereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ.

De leden van CDA-fractie vragen hoe de ontwikkeling van een criterium dat gebaseerd is op diagnose informatie zich verhoudt tot de eisen die voortvloeien uit de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) en of het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP) ook betrokken is geweest bij de ontwikkeling van dit criterium. Bij de vormgeving van dit criterium is gebruik gemaakt van informatie die op de factuur aan zorgverzekeraars

<sup>3</sup> Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer

beschikbaar is. Het CBP hoefde daarom niet betrokken te worden bij dit traject. Over de opname van de zorgvraagzwaarte-indicator op de factuur per 2014 loopt een adviestraject bij het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP). Bij de ontwikkeling van het risicovereveningsmodel, bij de schatting van de gewichten en bij de uitvoering van de risicoverevening wordt gebruik gemaakt van gepseudonimiseerde gegevens. Het onderzoek naar en de uitvoering voldoen aan de eisen van de Wbp in dit kader wordt periodiek een audit uitgevoerd.

De leden van de fractie van het CDA vragen mij wat ik versta onder onvoorspelbare (incidentele) hoge kosten in de geneeskundige GGZ. Ik denk hierbij bijvoorbeeld aan hoge kosten die ontstaan als gevolg van een eenmalig psychisch incident.

De leden van de fractie van het CDA vragen naar het effect van de invoering van basisGGZ op de voorspellende waarde van het vereveningsmodel. Zoals elk jaar wordt gedurende de zomer het afrondende onderzoek naar het vereveningsmodel uitgevoerd. In dit onderzoek worden de gegevens representatief gemaakt voor de situatie in 2014, dus ook het effect van de invoering van de basisGGZ wordt in de gegevens verwerkt. Zoals al eerder aangegeven kan ik pas in de brief over de inzet van ex post compensaties 2014, die ik uw Kamer aan het einde van de zomer stuur, de voorspelkracht van het ex ante vereveningsmodel 2014 opnemen.

#### **b. Afschaffen ex post compensaties**

De leden van de fracties van PVV en CDA vragen mij hoe het vastleggen van het afbouwpad voor de ex post compensaties zich verhoudt tot de in 2011 aangenomen motie Gerbrands c.s. Door het vastleggen van het afbouwpad voor de ex post compensaties in het Besluit zorgverzekering geef ik invulling aan het kabinetsbeleid zoals dat in het regeerakkoord «Bruggen slaan» van het Kabinet Rutte 2 is opgenomen. In het regeerakkoord is dit als volgt verwoord: «de sleutelrol van zorgverzekeraars blijft in stand en de ex post compensaties zullen worden afgeschaft». Ik stuur de Tweede Kamer jaarlijks twee brieven over risicoverevening. Vlak voor de zomer breng ik de Tweede Kamer op de hoogte van de voorgenomen wijzigingen in het ex ante vereveningsmodel en vlak na de zomer breng ik de Tweede Kamer op de hoogte van de inzet van de ex post compensaties. Tot 2017 zal ik uw Kamer jaarlijks op deze manier informeren, vanaf 2017 is er, conform het kabinetsbeleid geen sprake meer van ex post compensaties.

Ook vragen de leden van de fracties van het CDA, SP, PVV en D66 mij in hoeverre de aangekondigde verbeteringen in het ex ante model voor zowel somatische zorg als geneeskundige GGZ de afbouw van de ex post compensaties rechtvaardigen en op welke manier ik jaarlijks na zal gaan of dit het geval is. De kwaliteit van het ex ante model voor de somatische zorg is goed. Dit rechtvaardigt het kabinetsbesluit om de ex post compensaties voor de somatische zorg in 2015 af te bouwen.

De geneeskundige GGZ is 2 jaar na invoering van de Zvw naar de Zvw overgeheveld. Vorig jaar heb ik in een bestuurlijk akkoord afspraken met de GGZ-sector en verzekeraars gemaakt. Daarin is vastgelegd dat de GGZ-sector in 2014 en 2015 een transitie zal doormaken. Die jaren wil ik ook gebruiken om goede stappen te zetten in de verbetering van de kwaliteit van het ex ante model voor de geneeskundige GGZ. Het kabinet heeft daarom besloten dat de ex post compensaties voor de GGZ pas in 2017 afgebouwd zullen zijn, twee jaar later dan de ex post compensaties voor de somatische zorg. Op dat moment zullen de prikkels – maar ook de mogelijkheden bij verzekeraars – tot doelmatige zorginkoop optimaal zijn



en acht ik het risico op risicoselectie minimaal. De ex post compensaties voor de somatische zorg zijn, bij afschaffen in 2015, in 8 jaar afgebouwd en ook voor de GGZ is het afbouwpad, bij afschaffen in 2017, 8 jaar.

De leden van de fractie van D66 vragen hoeveel zorgverzekeraars effect ondervinden van de huidige bandbreedteregeling en vragen ook in welke mate zorgverzekeraars als gevolg van de bandbreedteregeling winst moeten inleveren dan wel een bijdrage ontvangen. Ook vragen de leden van de fractie van D66 naar de resultaten en spreiding van de resultaten van kleine respectievelijk grote zorgverzekeraars in de jaren 2006 tot en met 2009. De leden van de fractie van het CDA vragen mij hoe het komt dat er meer zorgverzekeraars zijn die als gevolg van de bandbreedte afgeroomd worden dan dat er zorgverzekeraars zijn die een bijdrage ontvangen als gevolg van de bandbreedteregeling. In de kwantitatieve analyse, die ik op 6 maart 2012 aan uw Kamer heb gestuurd, zijn de resultaten van de verschillende stappen in het vaststellen van de vereveningsbijdrage voor het somatische vereveningsmodel voor de jaren 2006 tot en met 2008 opgenomen. De resultaten van de kwantitatieve analyse voor 2009 verwacht ik dit najaar aan uw Kamer te kunnen sturen. Zoals ik uw Kamer in maart 2012 in mijn brief over de kwantitatieve analyse<sup>4</sup> al geschreven heb fungeert de bandbreedteregeling als incidenteel vangnet en is het materiële effect van de bandbreedteregeling beperkt. In de jaren 2006 tot en met 2008 neemt het materiële effect van de bandbreedteregeling af van 0,1% tot 0,01% van de zorgkosten. In 2006 waren er drie verzekeraars die een bijdrage ontvingen als gevolg van de bandbreedteregeling en vijf verzekeraars die afgeroomd werden, het absolute materiële effect bedroeg 23 miljoen euro. Voor 2007 ging het om drie verzekeraars die een bijdrage ontvingen en twee verzekeraars die afgeroomd werden in totaal ging er toen 3 miljoen euro om in de bandbreedteregeling, en in 2008 waren er drie verzekeraars die een bijdrage ontvingen en een verzekeraar die afgeroomd werd, het financiële beslag bedroeg 4 miljoen euro.

Uit de kwantitatieve analyse 2006, 2007, 2008 blijkt ook dat kleine zorgverzekeraars voor de somatische zorg gemiddeld een positief vereveningsresultaat per verzekerde weten te behalen: 10 euro in 2006; 24 euro in 2007 en 33 euro in 2008. Grote zorgverzekeraars behaalden een veel lager gemiddeld vereveningsresultaat per verzekerde: een verlies van 1 euro in 2006; een verlies van 3 euro in 2007 en een resultaat van 0 euro in 2008. Zoals te verwachten is de (gewogen) gemiddelde spreiding in de resultaten per verzekerde voor kleine verzekeraars in die jaren iets hoger dan voor grote verzekeraars (voor kleine verzekeraars resp. 22, 31, 36 euro en voor grote verzekeraars resp. 15, 14, 15 euro).

De leden van de fractie van de PvdA vragen mij cijfermatig toe te lichten waarom is gekozen voor een verruiming van de bandbreedte in de bandbreedteregeling voor het somatische model naar 80 euro. Bij het bepalen van de bandbreedte heb ik gekeken naar de onderzoeksresultaten van het vereveningsonderzoek voor het ex ante model 2013. Uit dat onderzoek bleek er een spreiding in de vereveningsresultaten voor de variabele kosten ziekenhuiszorg van ca 110 euro. Door de verruiming van de bandbreedte naar 80 euro valt dus nog een enkele verzekeraar in het vangnet. In 2015 is de bandbreedteregeling volledig afgeschaft.

De leden van de fracties van de PvdA en de PVV vragen naar de gevolgen van het verbreden van de bandbreedte voor kleinere zorgverzekeraars en nieuwe toetreders. Onderzoeksresultaten uit het onderzoek aan het ex ante vereveningsmodel 2012 en 2013 bevestigen het beeld dat kleine verzekeraars over het algemeen geen bijdrage uit de bandbreedteregeling

<sup>4</sup> Kamerstuk 29 689, nr. 380



ontvangen en dus geen negatieve effecten zullen ervaren door het afschaffen van de bandbreedteregeling. Ik verwacht dat het verzekerdenprofiel van nieuwe toetreders op de markt over het algemeen vergelijkbaar zal zijn met dat van de kleine zorgverzekeraars. Het afschaffen van de bandbreedteregeling zal daarom weinig of geen belemmering vormen voor nieuwe toetreders op de zorgverzekeringsmarkt.

De leden van de fractie van de SP stellen een aantal vragen over de positie van kleine zorgverzekeraars ten opzichte van grote zorgverzekeraars en geven aan dat zij een risico zien dat kleine zorgverzekeraars mogelijk verdwijnen als gevolg van het afschaffen van de ex post compensaties. Ook de leden van de fracties van PvdA, PVV, CDA en D66 vragen naar de effecten van het afschaffen van ex post compensaties op het gelijke speelveld tussen grote en kleine zorgverzekeraars en naar het effect voor nieuwe toetreders. Zoals ook uit mijn antwoord op de vragen over het effect van de ex post compensaties en met name van de bandbreedteregeling op de resultaten van kleine verzekeraars blijkt, verwacht ik dat het afschaffen van de ex post compensaties weinig effect zal hebben op het vereveningsresultaat van kleine verzekeraars. Ook zie ik niet dat de positie van nieuwe toetreders zal veranderen door het afschaffen van ex post compensaties. Ik verwacht daarom dat het gelijke speelveld tussen zorgverzekeraars (klein en groot) niet verstoord wordt door het afschaffen van de ex post compensaties. Ik ben van mening dat kleine verzekeraars een waardevol onderdeel van de verzekeringsmarkt zijn. Door hun schaalgrootte en regionale functie zijn zij vaak in staat goede resultaten te behalen. Ik ben het dan ook niet met de analyse van de leden van de fractie van de SP eens dat kleine zorgverzekeraars als gevolg van het afschaffen van ex post compensaties zullen verdwijnen.

De leden van de fractie van de SP vragen hoe het voornemen om de ex post verevening af te schaffen rijmt met de motie 29 248, nr. 179, waarin de Kamer uitsprekt dat de afbouw van de ex post compensatie er niet toe mag leiden dat er onaanvaardbare risico's ontstaan voor de kleinere zorgverzekeraars met relatief veel dure verzekerden die veel zorg nodig hebben. Zoals uit mijn eerdere antwoorden over het effect van ex post compensaties op de vereveningsresultaten blijkt zie ik de geschetste risico's voor kleine zorgverzekeraars niet.

De leden van de CDA-fractie vragen welke criteria ik hanteer om uitgaven onder de definitie van vaste zorgkosten te laten vallen en vragen om voorbeelden van kosten die onder de vaste zorgkosten vallen.

De aanpassing van de definitie van vaste zorgkosten was noodzakelijk om ook andere kosten dan de vaste kosten van «verblijf, verpleging en verzorging in het kader van medisch specialistische zorg» onder het deelsegment vaste kosten te kunnen laten vallen. Ook heb ik aangegeven dat de criteria beïnvloedbaarheid en normeerbaarheid van de zorgkosten leidend zijn bij het toedelen van kosten tot de vaste zorgkosten. Tot de vaste zorgkosten in 2014 worden bijvoorbeeld de add ons voor dure geneesmiddelen gerekend, en ook de kosten van geriatrische revalidatiezorg en de kosten van geneeskundige ggz voor verzekerden jonger dan 18 jaar.

De leden van de fractie van de PvdA en de leden van de fractie van de SP vragen of het klopt dat zorgverzekeraars nu al voor 93% risicodragend zijn, en deze leden vragen zich af welke prikkelwerking uit zal gaan van de laatste 7 procent risicodragendheid of welke gedragseffecten ik als gevolg van de toenemende risicodragendheid nog van zorgverzekeraars verwacht. De leden van de PVV fractie vragen mij welke argumenten ik heb om de bandbreedteregeling voor somatische zorg in 2015 af te schaffen. Het klopt dat zorgverzekeraars nu al voor 93% risicodragend zijn. Met het afschaffen van de ex post compensaties geef ik invulling aan een

van de afspraken uit het regeerakkoord. In het regeerakkoord is immers opgenomen dat zorgverzekeraars volledig risicodragend zullen worden. Door zorgverzekeraars volledig risicodragend te maken versterk ik de prikkels tot doelmatige zorginkoop. Uit onderzoek van het Centraal Planbureau uit 2010<sup>5</sup> blijkt dat afbouw van ex post compensaties tot een gezondere vorm van concurrentie kan leiden, waarbij doelmatigheidsprijken toenemen. Uit risicovereveningsonderzoek blijkt dat meer zorgverzekeraars door de bandbreedteregeling worden afgeroomd dan een bijdrage ontvangen. Bovendien is het materieel effect van de bandbreedteregeling zeer beperkt. In het rapport van het CPB wordt geconcludeerd dat de bandbreedteregeling ertoe kan leiden dat ondoelmatige zorg kan worden afgewenteld op het collectief. Daarmee is de prikkelwerking van de bandbreedteregeling niet goed. Ik vind het belangrijk dat alle prikkels in het vereveningssysteem goed staan en vind het daarom belangrijk dat verzekeraars voor de volle honderd procent risicodragend worden.

De leden van de CDA-fractie verzoeken mij de concept-Ministeriële regeling jaarlijks naar de Kamer te sturen, voordat ik definitief besluit de percentages aan te passen. Ik stuur uw Kamer jaarlijks twee brieven over de risicoverevening. Door deze brieven is uw Kamer volledig geïnformeerd over de inhoud van de Ministeriële regeling. Het toesturen van de Ministeriële regeling vóór publicatie is praktisch gezien niet haalbaar. In de Ministeriële regeling leg ik immers ook de gewichten van de vereveningscriteria vast. Deze gewichten kunnen pas na Prinsjesdag, als het macro prestatie bedrag vastgesteld is, worden bepaald. De Ministeriële regeling moet voor 1 oktober gepubliceerd zijn. Dit betekent dat het tijdpad geen ruimte biedt een concept-Ministeriële regeling met uw Kamer te bespreken.

### **c. Advies commissie Don**

De leden van de fractie van het CDA vragen mij waarom ik het zorgverzekeraars niet via regelgeving onmogelijk maak om via tussenpersonen zelf collectiviteiten te vormen. De Zorgverzekeringswet voorziet in de mogelijkheid om bij AMvB nadere eisen te stellen aan collectiviteiten. Tot nu toe is er van die mogelijkheid geen gebruik gemaakt om de rol die collectiviteiten als katalysator op de zorgverzekeringsmarkt vervullen, niet onnodig te belemmeren. Bovendien ben ik in zijn algemeenheid terughoudend met het uitvaardigen van verbodsbepalingen. Daarom heb ik besloten om na het signaal dat de commissie Don heeft afgegeven de genoemde collectiviteiten onder de loep te laten nemen door de NZa in het kader van de jaarlijkse scan van de Zorgverzekeringswet. De markscan zal zo spoedig mogelijk na het zomerreces met mijn reactie naar uw Kamer gestuurd worden.

De leden van de fractie van het CDA vragen mij welke zorgverzekeraars de mogelijkheid tot tussentijds opzeggen van de basisverzekering aanbieden. In mijn brief<sup>6</sup> aan uw Kamer van 26 november 2012 heb ik in reactie op het onderzoek van commissie Don aangegeven dat het tussentijds opzeggen in het licht van de opsporing van verzekeringsplichtige onverzekerden tot ongewenste effecten kan leiden. Immers, op deze manier kan een verzekeringsplichtige verzekerde op elk moment opzeggen en gedurende een periode van drie tot maximaal zes maanden onverzekerd zijn. De twee zorgverzekeringen (ZEKUR en BEWUZT,

<sup>5</sup> Rudy Douven, Ex-postcorrectiemechanismen in de zorgverzekeringswet: hoe nu verder?, Cpb nr. 212

<sup>6</sup> Kamerstuk 29 689, nr. 420

voorheen BLUE) waarbij vorig jaar de tussentijdse opzegmogelijkheid van toepassing was, bieden vanaf 2013 het tussentijds opzeggen niet meer aan.

De leden van de SP fractie vragen mij in te gaan op de vermindering van de risicosolidariteit als gevolg van het afschaffen van ex post compensaties. In tegenstelling tot hetgeen de leden van de SP-fractie suggereren, neem ik het risico op vermindering van solidariteit niet voor lief. Ik wijzig niets aan de wettelijke acceptatieplicht, en ook niets aan het doel van de risicoverevening. Ik herken mij niet in de suggestie dat ik het verantwoord vind om risicoselectie toe te passen. In mijn brief met betrekking tot de commissie evaluatie risicoverevening Zvw<sup>7</sup> heb ik aangegeven dat er sprake is van een spanningsveld tussen het realiseren van een gelijk speelveld, prikkels voor doelmatigheid en het voorkomen van risicoselectie. Met de afschaffing van de ex post compensaties wil ik inderdaad de prikkel tot doelmatige inkoop vergroten. Tegelijkertijd doet dit niets af aan het belang dat ik hecht aan het voorkomen van risicoselectie. De prikkels voor indirecte risicoselectie zal ik blijven minimaliseren. De voorgestelde verbeteringen aan het ex ante vereveningsmodel 2014 bevestigen dit. Doorslaggevend voor de introductie van nieuwe vereveningscriteria is het wegnemen van prikkels tot risicoselectie, bijvoorbeeld van studenten. Op zich onderschrijf ik de stelling dat onvolkomenheden in het risicovereveningsmodel ruimte laten voor selectie van winstgevende groepen. Daarom pleeg ik een continue inspanning om de onvolkomenheden in het ex ante model aan te pakken. Onderhoud van het ex ante model zal natuurlijk nodig blijven om onvolkomenheden voor te zijn of zo snel mogelijk te corrigeren.

Ik wil selectief contracteren stimuleren. Dit is echter iets heel anders dan het toepassen van risicoselectie, zoals met de vraagstelling wordt gesuggereerd. Selectieve zorginkoop is er juist ook op gericht dat de juiste zorg, kwalitatief verantwoord wordt gecontracteerd.

Ik verwacht niet dat groepen patiënten het slachtoffer worden van risicoselectie. Ook uit de marktscan van de NZa blijkt dat er geen aanwijzingen zijn dat zorgverzekeraars bewust risicoselectie toepassen. Ik blijf de vinger aan de pols houden, met name met behulp van de NZa, maar luister ook naar andere signalen die duiden op (mogelijke) risicoselectie. Zo is er bijvoorbeeld tweemaal per jaar overleg met CG-raad en NPCF over de risicoverevening en risicoselectie.

De leden van de fractie van de SP vragen welke groepen verzekerden voordelig zijn voor zorgverzekeraars. Uit onderzoek blijkt dat er meerdere groepen voorspelbaar verliesgevend of winstgevend zijn. Deze groepen moeten echter ook voor zorgverzekeraars herkenbaar zijn, indien zij er beleid op zouden willen voeren. Dit heb ik ook aangegeven in mijn brief over de commissie Don. Studenten vormen een voor zorgverzekeraars herkenbare en marketing technisch bereikbare groep. Daarom ben ik van plan in het criterium Aard van Inkomen een klasse student op te nemen. Andere voor een verzekeraar herkenbare voorspelbaar verlies- of winstgevende groepen ken ik op dit moment niet.

De leden van de fractie van de SP vragen mij of ik kan garanderen dat zorgverzekeraars geen risicoselectie meer zullen toepassen op studenten of andere gunstige groepen verzekerden. Dit kan ik niet garanderen. Wel kan ik garanderen dat ik alert ben op signalen en zal optreden als deze zich voor doen.

---

<sup>7</sup> Kamerstuk 29 689, nr. 405

Als zorgverzekeraars bewust risicoselectie toepassen worden zij door de NZa gewezen op de acceptatieplicht. Ook zal ik nagaan, indien er signalen van mogelijke risicoselectie op bepaalde groepen zijn, of ik de betreffende groep in een komend ex ante vereveningsmodel op kan nemen.

De leden van de fractie van de SP vragen of risicoselectie nu mogelijk is, en of ik dat aanvaardbaar vind. Ik ben het met de leden van de fractie van de SP eens dat iedere persoon die zich meldt voor een verzekering moet worden geaccepteerd. Door de wettelijke acceptatieplicht is directe risicoselectie uitgesloten. Mijn beleid is zoals eerder aangegeven erop gericht prikkels tot indirecte risicoselectie te minimaliseren.

De leden van de fractie van de SP vragen of er een groter risico op risicoselectie ontstaat als het te verzekeren pakket kleiner wordt. In 2014 zal de omvang van het te verzekeren pakket niet kleiner zijn. In mijn brief<sup>8</sup> over de marktscan 2012 heb ik aangegeven dat voor de aanvullende verzekering maar beperkt medische selectie wordt toegepast. Ik zie hierin dus geen aanleiding om het afbouwpad van de ex post compensaties aan te passen.

De leden van de fractie van de SP stellen mij vragen over de relatie tussen doelmatigheid, risicoselectie en solidariteit. Zoals ik hiervoor heb aangegeven weeg ik een aantal zaken tegen elkaar af. Verder liberaliseren van de markt is niet het doel van risicoverevening. Met het oog op kostenbeheersing vind ik het belangrijk dat de prikkels voor zorgverzekeraars om doelmatige zorg in te kopen goed staan. Het inkopen van doelmatige zorg leidt zowel tot hogere kwaliteit als tot lagere kosten. Directe risicoselectie vind ik onaanvaardbaar. Iedereen moet zich kunnen verzekeren. Er is acceptatieplicht. Mijn beleid is erop gericht mogelijke prikkels voor indirecte risicoselectie te minimaliseren. In mijn reactie op het advies van de commissie Don heb ik aangegeven hoe ik daar mee om ga. Zo spoedig mogelijk na het zomerreces stuur ik u de jaarlijkse marktscan van de NZa, waarin expliciet aandacht wordt besteed aan risicoselectie, toe.

#### **d. Solvabiliteit**

De leden van de fracties van D66, CDA en PvdA vragen mij in hoeverre zorgverzekeraars door het afbouwen van de ex post compensaties hogere premies moeten vragen om daarmee extra financiële buffers aan te leggen om te voldoen aan de Europese solvabiliteitseisen en in hoeverre ik dit wenselijk acht.

Het afschaffen van de ex post compensaties leidt tot een toename van de risicodragendheid van zorgverzekeraars. De Nederlandsche Bank (DNB) zal de toename van de hiermee gepaarde risico's volgend jaar meenemen in haar advies over de solvabiliteitseis voor 2015. DNB heeft aangekondigd de Minister van Financiën binnenkort te adviseren om de solvabiliteitseis voor 2014 niet aan te passen. Ik ben blij met dit advies. De Minister van Financiën is voornemens dit advies te volgen. Omdat de inhoud van het advies inmiddels bekend is, en DNB zal adviseren de solvabiliteitseisen niet te verhogen, vindt de Minister van Financiën het niet voor de hand liggend de Kamer hier separaat over te informeren. Ik ga er van uit, nu de solvabiliteitseis in 2014 ongewijzigd blijft, dat om deze reden er geen premieverhoging zal volgen.

De leden van de fractie van de PvdA vragen een overzicht met de mate waarin de verzekeraars voldoen aan de solvabiliteitseisen van De Nederlandsche Bank. Volgens gegevens van De Nederlandsche Bank

<sup>8</sup> Kamerstuk 29 689, nr. 420

waren de solvabiliteitsratio's van de zorgverzekeraars op de basisverzekering de afgelopen jaren als volgt:

	Solvabiliteitsratio van Zorgverzekeraars <sup>1</sup>	Minimum Solvabiliteitseis
2006	187%	8%
2007	194%	8%
2008	180%	8%
2009	204%	8%
2010	178%	9%
2011	187%	9%
2012	190%	11%

<sup>1</sup> De solvabiliteitsratio is in het financiële toezicht door DNB gedefinieerd als de aanwezige solvabiliteit gedeeld door de vereiste solvabiliteit maal 100%.

Dus in 2012 houden zorgverzekeraars 1,9 maal zo veel reserve aan als volgens de minimum solvabiliteitsvereiste noodzakelijk zou zijn.

#### **e. Premie en reserves**

##### *Effect van afbouw van ex post compensaties op de premie*

De leden van de fracties van de PvdA en het CDA vragen wat de gevolgen van het afschaffen van de ex post compensaties voor de nominale premie zijn. Ook vragen zij of de overheid invloed kan uitoefenen op de hoogte van de nominale premie. Ook vragen de leden van de fractie van het CDA naar de gevolgen voor de solvabiliteitseisen bij het verder afbouwen van de ex post compensaties. De afbouw van de ex post compensatiemechanismen is al langere tijd gaande. Mede in dit licht is de wettelijke vereiste solvabiliteit in 2010 en 2012 verhoogd en hebben de zorgverzekeraars de afgelopen jaren de aanwezige solvabiliteit verhoogd. In het algemeen beschikken zorgverzekeraars over voldoende buffers om de extra risico's op te vangen. De solvabiliteitseisen zijn neergelegd in het Besluit prudentiële regels Wet financieel toezicht (Wft) en hebben betrekking op zorgverzekeraars en niet op zorginstellingen. De afbouw heeft geen effect op solvabiliteitseisen van instellingen.

Het doel van de afbouw van de ex post compensaties in de risico-verevening is dat zorgverzekeraars nog scherper gaan inkopen. Lagere zorgkosten betekenen lagere nominale premies. De verwachting is dan ook dat de zorgpremies door het afschaffen van de ex post compensaties niet zullen stijgen.

Bij de vaststelling van de rekenpremie gaat de overheid uit van een realistische raming van de zorgkosten. Als de overheid de kosten (bewust) te laag inschat dan zullen verzekeraars dat via een opslagpremie in de nominale premie moeten verwerken. Ik acht het niet wenselijk om niet transparant te zijn over de raming van de zorgkosten en mijn inschatting van de premie.

Eigen vermogen dat wordt opgebouwd met premiegeld kan voor zorg worden ingezet of worden teruggegeven aan verzekerden of een mix daarvan. Een zorgverzekeraar kan er bewust voor kiezen om in een jaar zijn nominale premie zodanig laag vast te stellen dat hij in het betreffende jaar inteert op zijn eigen vermogen, zolang dat de soliditeit van de verzekeraar niet in gevaar brengt. In beginsel is solvabiliteit bedoeld als financiële buffer voor onverwachte gebeurtenissen.

### *Relatie hoogte reserves en hoogte premie*

De leden van de fractie van de PvdA vragen mij hoe ik voorkom dat zorgverzekeraars onnodig veel reserves aanhouden maar in plaats daarvan de te hoge reserves gebruikt kunnen worden om de premie te verlagen of de kwaliteit van zorg te verbeteren. De afgelopen maanden is een maatschappelijk debat gevoerd over winsten en reserves van zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars opereren in een concurrentiële markt. Het is in het belang van elke zorgverzekeraar dat hij een zo goed mogelijk product tegen een zo laag mogelijke prijs in de markt zet. Gezien de publieke aandacht voor de kapitaalspositie van zorgverzekeraars verwacht ik dat zij de premie voor 2014 zo concurrerend mogelijk vaststellen en waar mogelijk hiervoor de reserves in zetten.

De leden van de fractie van het CDA wijzen mij er op dat ik in het Algemeen Overleg van 11 april jl. gesproken heb over het aanspreken van zorgverzekeraars om inzicht te verschaffen in de besteding van hun rendement, deze leden vragen mij ook of er hiertoe een uniform kader kan worden ontwikkeld. De constatering van de leden van de fractie van het CDA is juist. Ik ben met de zorgverzekeraars het gesprek aangegaan over de vraag hoe zij meer transparantie kunnen geven over de besteding van de premiegelden. Onderdeel daarvan is mijns inziens ook dat verzekeraars inzicht bieden in de wijze waarop winsten uit eerdere jaren een rol spelen in de premiestelling voor het komende jaar. Het is mijns inziens niet noodzakelijk dat alle verzekeraars met hetzelfde kader werken. Het is aan zorgverzekeraars om ieder op eigen wijze een kader uit te werken. De individuele verzekeren kunnen uiteindelijk beoordelen of de transparantie die geboden wordt, voorziet in hun behoefte.

### *Inzicht in besteding premiegelden*

De leden van de fractie van de PvdA vragen mij wanneer de zorgverzekeraars meer inzicht gaan geven in de besteding van de premiegelden, welke stappen ik zal zetten als verzekeraars geen inzicht bieden en op welke wijze en wanneer ik de Kamer hierover zal informeren.

Ik verwacht dat de eerste premies voor 2014 eind september gepubliceerd zullen worden. Daarbij verwacht ik dat zorgverzekeraars ook zullen communiceren hoe de winsten uit eerdere jaren een rol hebben gespeeld bij de premievaststelling 2014. Ik ben van mening dat verzekeren zelf zullen moeten beoordelen of de zorgverzekeraars op een goede wijze de gevraagde transparantie hebben geboden. De dreiging dat ontevreden klanten zullen overstappen, zal de zorgverzekeraars er toe aansporen om de premievaststelling te verantwoorden. Daarvoor vooruitlopend heb ik vooralsnog geen concrete stappen geformuleerd.

Pas als alle premies gepubliceerd zijn, kan beoordeeld worden of de gevraagde transparantie is geboden. Eind van dit jaar kan een beeld verkregen worden van de verschillende manieren waarop zorgverzekeraars dit hebben ingevuld. Ik zal de NZa vragen om dit punt in de Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2014 mee te nemen.

De leden van de fractie van de PvdA vragen mij of ik zicht heb op het schuiven van premiegeld tussen verschillende onderdelen van zorgverzekeraars. Ik heb geen overzicht van geldstromen tussen verschillende onderdelen van zorgverzekeraars. Het kan voorkomen dat kapitaal verschuift tussen verschillende risicodragers binnen een zorgverzekeringsconcern, bijvoorbeeld tussen risicodragers voor de basiszorgverzekering en voor de aanvullende verzekeringen. De redenen hiervoor kunnen verschillen en hangen veelal samen met het kapitaalbeleid van het betreffende zorgverzekeringsconcern.

De leden van de CDA-fractie vragen mijn reactie op de stelling dat elke zorgeuro zo goed mogelijk besteed moet worden, en dat er zo min mogelijk op de plank moet blijven liggen. De minimale hoeveelheid geld die zorgverzekeraars als financiële reserve moeten aanhouden is de wettelijk vereiste solvabiliteit, die door de DNB wordt vastgesteld. Hierdoor hebben verzekerden de garantie dat zorgverzekeraars hun zorgplicht kunnen nakomen. Er zijn steekhoudende redenen waarom zorgverzekeraars in de regel een hogere solvabiliteit aanhouden dan de minimumnorm. Ik heb zorgverzekeraars wel opgeroepen niet meer geld in reserve te houden dan voor hen noodzakelijk is.