

Vergaderjaar 2013–2014

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 502

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 27 maart 2014

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond er bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 16 september 2013 inzake Ex-post compensaties in het risico-vereveningssysteem 2014 (Kamerstuk 29 689, nr. 473).

De op 29 november 2013 toegezonden vragen en opmerkingen zijn met de door de Minister bij brief van 26 maart 2014 toegezonden antwoorden hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Neppérus

De griffier van de commissie,
Teunissen

Inhoudsopgave	
I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	2
II. Reactie van de Minister	8

I. VRAGEN EN OPMERKINGEN VANUIT DE FRACTIES

Inbreng VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de vormgeving van de ex-post compensaties in het risicovereveningssysteem in 2014. Genoemde leden hebben nog enkele vragen.

Vereveningsmodel somatische zorg

De Minister geeft aan dat de invoering van prestatiebekostiging in 2012 enige onzekerheid oplevert m.b.t. de gegevens voor het somatische model, maar dat met inachtneming van deze onzekerheid de gegevens van voldoende kwaliteit en voldoende representatief zijn om de vereveningsmodellen somatische zorg 2014 op te baseren. Kan de Minister toelichten hoe zij tot deze conclusie komt?

Vereveningsmodel geneeskundige ggz

De invoering van de generalistische basis ggz leidt tot enige onzekerheid met betrekking tot representativiteit van de gegevens voor de betreffende vereveningsmodellen. De Minister is van mening dat met inachtneming van deze onzekerheden de gegevens van voldoende kwaliteit en voldoende representatief zijn om het vereveningsmodel geneeskundige ggz 2014 op te baseren. Kan de Minister toelichten hoe zij tot deze conclusie komt?

Inschatting effecten risicoverevening 2014 kleine verzekeraars

De Minister geeft aan dat zij geen aanwijzingen heeft dat de risicoverevening nadelig uitpakt voor kleine zorgverzekeraars. Na toepassing van ex-ante en ex-post verevening behalen de kleine zorgverzekeraars een positief resultaat per verzekerde. Kan de Minister deze analyse ook uitvoeren voor de grote zorgverzekeraars, zodat de resultaten van kleine en grote zorgverzekeraars voor en na verevening met elkaar vergeleken kunnen worden?

De VRZ (zorgverzekeraars) heeft vraagtekens bij de gehanteerde methode om de effecten van de risicoverevening in te schatten voor kleine verzekeraars. Enerzijds hebben zij vraagtekens bij de gehanteerde grens van 150.000 verzekerden, waardoor zelfstandige kleine verzekeraars en kleine verzekeraars in concernverband in een analyse worden betrokken. Zij bepleiten een vergelijking van kleine zelfstandige verzekeraars (minder dan 500.000 verzekerden) met verzekeraars die in concernverband opereren. Anderzijds hebben zij vraagtekens bij het samenvoegen van alle kleine verzekeraars en conclusies te trekken op basis van gemiddelden. De leden van de VVD-fractie vragen de Minister in te gaan op deze aandachtspunten van de VRZ. Zou het kiezen van de door de VRZ bepleite opzet leiden tot andere resultaten?

Inbreng PvdA-fractie

De leden van de fractie van de PvdA hebben met belangstelling kennisgenomen van de voorgenomen vormgeving van de ex-post compensaties in het risicovereveningssysteem voor 2014 en hebben hierover nog enkele

vragen. In het algemeen zijn zij benieuwd of er eventueel mogelijkheden denkbaar zijn om deze vereveningsmodellen ook in te zetten rondom het sturen op gezondheidseffecten, en het gezond houden van een populatie verzekerden.

Vereveningsmodel somatisch zorg

De leden van de fractie van de PvdA begrijpen dat in de huidige opzet de ex-ante risicoverevening voor jaar t berekend wordt met data uit het jaar t-3. Zo bezien is het logisch dat het ex ante vereveningsmodel voor de somatische zorg 2014 bouwt op de kostengegevens over 2011 en de verzekerdenkenmerken over 2010 en 2011. Zij wijzen erop, in navolging van het CPB in zijn notitie over ex-postcorrectiemechanismen in de Zorgverzekeringswet (Zvw), dat deze systematiek inhoudt dat recente veranderingen in het zorgstelsel niet worden meegenomen, en daarmee de kwaliteit van de ex-ante risicoverevening negatief beïnvloeden. Zij wijzen er op dat er zich in de 3 tussenliggende jaren inderdaad dit soort wijzigingen hebben voorgedaan. Wijzigingen die er debet aan zijn dat de definitieve bepaling van de mbi afrekening (macrobeheersingsinstrument) van het jaar 2012 onlangs nog is uitgesteld. Deze leden zien dan ook een discrepantie tussen enerzijds het baseren van de ex-ante risicoverevening voor de somatische zorg 2014 op de gegevens uit 2010 en 2011, terwijl anderzijds deze gegevens niet konden dienen voor de definitieve bepaling van de mbi-afrekening van het jaar 2012. Deze leden zouden dan ook graag willen weten hoe zij de betrouwbaarheid van de gegevens waarop het ex-ante vereveningsmodel voor de somatische zorg 2014 is gebaseerd dienen te waarderen. Hoe kunnen deze gegevens, wanneer zij hun oorsprong hebben in een inmiddels gewijzigde bekostigingssystematiek voor de medisch specialistische zorg, betrouwbaar ingezet worden voor de bepaling van de ex-ante risicoverevening somatisch zorg 2014?

Deze leden zijn blij dat het vereveningsmodel somatische zorg door de Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening (WOR) als goed, stabiel en robuust is bestempeld, en maken uit de toegestuurde notitie op dat de verdere verfijning van het risicovereveningsstelsel hier alleen maar aan bij draagt. Zij merken op dat er, zoals ook in de WOR-notitie wordt opgemerkt, nog andere verfijningen denkbaar zijn; verfijningen die niet perse een effect hebben op de verevenende werking van het model, maar welke prikkels tot risicoselectie af doen nemen, zoals met de toevoeging van de klasse student het geval blijkt te zijn. Welke andere verfijningen zijn er denkbaar voor het vereveningsmodel somatische zorg, en in welke mate zou het opnemen van deze verfijningen bijdragen aan de robuustheid en stabiliteit van het risicovereveningsstelsel, dan wel prikkels tot risicoselectie doen afnemen? Ziet de Minister in het verlengde hiervan ook wellicht mogelijkheden om dit vereveningsmodel ook in te zetten op het kunnen sturen op gezondheidseffecten en het gezond houden van een populatie verzekerden?

Tevens zouden de leden van de fractie van de PvdA graag willen weten wie er zitting heeft genomen in de WOR. Daarbij vragen zij of er ook vertegenwoordigers van kleine verzekeraars betrokken zijn bij het opstellen van deze notitie. Deze leden merken op dat voor een goede werking van de zorgverzekeringsmarkt het goed is als er meerdere zorgverzekeraars actief zijn, en daar de risicoverevening een belangrijk instrument is om een gelijk speelveld te waarborgen, zijn zij met name geïnteresseerd in de, al dan niet, betrokkenheid van kleine zorgverzekeraars in deze werkgroep.

Net zoals bij het vereveningsmodel voor de somatische zorg zijn de leden van de fractie van de PvdA bezorgd over de fundering van het vereveningsmodel geneeskundige geestelijke gezondheidszorg op relatief oude gegevens. Ziet de Minister een manier waarop deze vereveningsmodellen op meer actuele informatie gefundeerd kunnen worden? Op welke manier kan er recht gedaan worden aan meer recente data bij deze verevenings-systematiek? Deze leden vragen in dit licht in hoeverre de convertering van de schadelast naar het te verwachten schadebeeld in 2014 recht doet aan de sterke groei van het aantal mensen met een ggz-zorgvraag. Zij zijn bezorgd over de onzekerheden die de Minister ook zelf aangeeft te hebben over de simulatie van deze schadelast. Kan de Minister deze zorg wegnemen? Daarbij vragen deze leden hoe de zinsnede «met inachtneming van de onzekerheden» opgevat dient te worden. Worden deze onzekerheden ook daadwerkelijk in acht genomen, en dus van een zekere waarborg voorzien, of is dit slecht een «figure of speech»? In het verlengde hiervan willen deze leden ook graag inzicht in de ontwikkeling van een adequaat vereveningsmodel voor de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor na 2015. Zij merken op dat met de overheveling van de langdurige intramurale ggz uit de AWBZ naar de Wmo, respectievelijk de Zvw, dit vereveningsmodel danig aangepast zal moeten worden. Hoe staat het met de ontwikkeling van dit model? Hoe wordt bij een eventuele simulatie van de schadelast ten behoeve van het vereveningsmodel geneeskundige geestelijke gezondheidszorg van 2015 recht gedaan aan deze wijzigingen? Wanneer een simulatie vanwege deze ingrijpende wijzigingen niet mogelijk blijkt te zijn, hoe wordt dan op voorhand tot een goed, stabiel en robuust vereveningsmodel voor de ggz gekomen?

Voortgang transparantie premies zorgverzekeraars

De leden van de fractie van de PvdA pleiten voor meer inzicht in de besteding van de behaalde rendementen van zorgverzekeraars. De wijze waarop informatie nu wordt geopenbaard, via bijvoorbeeld jaarverslagen, vinden deze leden weinig inzichtelijk, en zouden graag een meer toegankelijke wijze van openbaren zien. Zij merken ook op dat continue en inzichtelijke publieke verantwoording over de behaalde rendementen en de premieopbouw een standaard onderdeel dienen te zijn van de werkwijze van zorgverzekeraars. Zij merken voorts op dat deze transparante publieke verantwoording en concurrentie met elkaar op gespannen voet kunnen staan, en vragen dan ook in welke mate zorgverzekeraars vrijwillig deze transparante publieke verantwoording zullen betrachten. Zij zouden graag willen weten welke acties de Minister voor zichzelf ziet om desnoods deze publieke verantwoording af te dwingen.

Inbreng PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben kennis genomen van de brief over de afbouw van de ex-post compensaties. Zij twijfelen aan de juistheid van de uitvoering van de motie-Gerbrands c.s., en hebben daarnaast nog enkele kritische vragen.

Deze leden verbazen zich over de vaststelling van de Minister dat met voorliggende brief aan de motie-Gerbrands c.s. is voldaan. De motie roept de regering op niet eerder te besluiten over de voorgenomen stappen in de afbouw van de ex-post mechanismen, totdat hierover met de Kamer overleg is gevoerd. De Minister heeft echter in juni jl. al over de afbouw besloten. De motie hanteert daarnaast als uitgangspunt dat het ex-ante model van voldoende kwaliteit dient te zijn voordat er verder afgebouwd gaat worden, en dat is volgens deze leden nog steeds niet het geval.

Verdere afbouw, zonder goed gelijk speelveld, kan daarom nadelig uitpakken voor kleine zorgverzekeraars. Zij vernemen hierop graag een reactie van de Minister.

De leden van de PVV-fractie vragen verder waarom de Minister bij de analyse uitgaat van 26 risicodragers (verspreid over 9 concerns), en niet van de 9 concerns die de markt nu telt. Zij willen graag een nieuwe analyse van de kleine zelfstandige verzekeraars met minder dan 500.000 verzekerden, in vergelijking met de verzekeraars die in concernverband opereren. Wanneer kunnen zij dit verwachten?

De leden van de PVV-fractie constateren dat de Minister alle individuele resultaten van de kleine verzekeraars op één grote hoop gooit. Zij vinden dat appels met peren vergelijken. Daarnaast is niet alleen de omvang van een verzekerdenpopulatie relevant, maar ook de opbouw: een verzekeraar met een heel specifieke populatie (bijvoorbeeld alleen jongeren of alleen ouderen) moet een adequaat budget ontvangen. Zij zijn het daarom niet eens met de conclusie van de Minister dat er «geen aanwijzingen zijn dat de risicoverevening nadelig uitpakt voor kleine verzekeraars». Is de Minister bereid hier opnieuw naar te kijken, en ventueel haar conclusie te herzien?

Inbreng SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben met belangstelling kennis genomen van de brief van de Minister. Allereerst willen zij nogmaals benadrukken dat zij afwijzend staan ten opzichte van het afbouwen van de ex-post compensatie. Zij zien grote risico's voor de kleine zorgverzekeraars, waardoor de marktmacht van grote zorgverzekeraars in de toekomst zal kunnen toenemen. Wat deze leden betreft is dat een onwenselijke ontwikkeling. De Minister is in het verslag van een schriftelijk overleg van 28 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 vereveningsbijdragen stellig (Kamerstuk 29 689, nr. 447). Zij stelt daarin dat de aanvullende verzekering slechts beperkt wordt toegepast om risicoselectie toe te passen. De leden van de SP-fractie vragen of de Minister bij die stelling blijft, gezien de recente ontwikkeling dat zorgverzekeraars ouderen hogere premies vragen voor hun aanvullende verzekering. Tegelijkertijd kleedt een groot deel van de zorgverzekeraars hun aanvullende pakketten uit door onbeperkt fysiotherapie te schrappen. Chronisch zieken en ouderen worden hierdoor gedupeerd, waardoor op hen in de ogen van de leden van de SP-fractie een vorm van risicoselectie wordt toegepast. Erkent de Minister dat dit risicoselectie is? Zo nee, hoe zou zij dit dan willen kwalificeren? Genoemde leden vragen of de Minister de visie deelt dat deze risicoselectie in combinatie met de afbouw van de ex-post compensatie een explosief mengsel is waardoor verschillende categorieën verzekerden mogelijk buitenspel worden gezet. Hoe rijmt zij dit met haar stelling van 28 juni 2013 dat zij «risicoselectie onaanvaardbaar vindt.» De Minister schrijft in haar brief dat de introductie van Generalistische Basis geestelijke gezondheidszorg, en de bijbehorende simulatie van de schadelast, enige onzekerheid met betrekking tot de representativiteit oplevert. De leden van de SP-fractie vragen de Minister die onzekerheden helder te schetsen, en aan te geven waarom die in haar ogen aanvaardbaar zijn. Ook vragen zij of de Minister het acceptabel vindt dat ouderen, chronisch zieken en gehandicapten steeds verder afgesloten worden van goede zorg, doordat zorgverzekeraars de aanvullende pakketten steeds verder verkleinen, en de aanvullende verzekering voor ouderen duurder maken.

Voorts vragen zij hoe groot de kans is dat die risico's zich voordoen. Daarnaast vragen zij de Minister duidelijk te maken welke zorgverzekeraars de meeste risico's lopen door deze onzekerheden. Ook vragen zij welke risico's de overheveling van de thuisverpleging en extramurale behandeling naar de Zvw met zich meebrengen. Welke zorgverzekeraars lopen daarbij het grootste risico? Zij vragen de Minister hoe zij deze risico's in de ex-ante risicoverevening meeneemt, en willen weten waarom de toevoeging hiervan geen reden is voor de Minister om de ex-post risicoverevening in stand te houden. De Minister schrijft dat bij een verruiming van de bandbreedte naar 25 euro nog één zorgverzekeraar gebruik maakt van de bandbreedte regeling. De leden van de SP-fractie vragen de Minister welke zorgverzekeraar dit betreft. Voorts vragen zij de Minister te beschrijven waarom juist deze zorgverzekeraar daar nog gebruik van maakt bij een verlaging naar 25 euro. Zij blijven zich zorgen maken over de positie van de kleine zorgverzekeraars. Zij vragen de Minister of zij kan garanderen dat de kleine zorgverzekeraars ook in de toekomst geen nadeel ondervinden van het afbouwen en uiteindelijk afschaffen van de ex-post compensatie. Dat vragen zij mede omdat vooral de geestelijke gezondheidszorg grote onzekerheden met zich mee brengt, die in de ogen van de SP-fractie niet zonder compensatie achteraf kunnen worden afgedekt. Voorts vragen deze leden waarom de Minister zich bij haar analyse baseert op de 26 risicodragers en niet op de negen zorgverzekeraars zoals die in de praktijk actief zijn. Deelt zij de redenering van genoemde leden dat dit een beter beeld zou geven van de huidige situatie en de risico's die de verschillende zorgverzekeraars lopen?

De leden van de SP-fractie delen de visie van de Minister niet dat het niet nodig is om zorgverzekeraars voor te schrijven hoe zij het behaalde rendement besteden, en hoe de premieopbouw tot stand komt. Tot teleurstelling van deze leden vertrouwt de Minister er volledig op dat zorgverzekeraars deze openheid uit eigen beweging bieden. Zij constateren dat dit niet het geval is. Wat deze leden betreft gaat de Minister zelfs verder dan dat. Het blijft bijvoorbeeld onduidelijk waar een post als acquisitiekosten exact uit bestaat. Zij vragen de Minister er alsnog voor te kiezen zorgverzekeraars voor te schrijven hoe helderheid te geven hoe de premie tot stand komt, maar ook hoe zij het geld besteden, zodat glashelder wordt hoeveel geld zij uitgeven om verzekerden te lokken, en welke nevenactiviteiten zij financieren. In dit kader vragen de leden van de SP-fractie de Minister ook of zij erkent dat een groot deel van de premiedaling die voor 2014 is voorzien bestaat uit het wegvallen van de opslag voor het zorgverzekeringsfonds. Kan zij aangeven welk deel van de premiedaling hierdoor wordt veroorzaakt? Kan zij daarnaast aangeven welk deel van de daling wordt veroorzaakt door de verhoging van het eigen risico naar 360 euro?

Inbreng CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben kennis genomen van de brief van de Minister aangaande ex post compensatie in het risicovereveningssysteem 2014, en maken graag van de mogelijkheid gebruik hier enkele vragen over te stellen.

De Minister geeft in haar brief aan dat de introductie van Generalistische Basis geestelijke gezondheidszorg, en bijbehorende simulatie van de schadelast, enige onzekerheid oplevert met betrekking tot de representativiteit van de gegevens voor de betreffende vereveningsmodellen. Kan de Minister dit toelichten? Welke onzekerheid bedoelt zij, zo willen deze leden graag weten.

De Minister maakt het mogelijk de drempelwaarde voor hogekostencompensatie naar 25.000 euro te verhogen in 2014. Hoe hoog was de hogekostencompensatie in 2013?

Ook is de Minister voornemens de bandbreedteregeling in 2014 te verruimen naar een bandbreedte van 25 euro per verzekerde. Hoe groot wat de bandbreedte per verzekerde in 2013?

Bij de analyse over kleine verzekeraars en de risicoverevening wordt het criterium gehanteerd van 150.000 verzekerden. Bij de overalltoets is ook het criterium van 500.000 verzekerden gehanteerd. Waarom hier niet? De motie Bruins Slot (Kamerstuk 29 689, nr. 461) vraagt de Minister te komen met een uniform kader voor de wijze waarop zorgverzekeraars inzicht gaan bieden in de besteding van het behaalde rendement. Volgens de Minister is deze motie niet uitvoerbaar. De leden van de CDA-fractie zijn hier verbaasd over. Zij zijn van mening dat verzekerden duidelijk moeten kunnen zien hoe het rendement (winst) besteed wordt. Gaat het terug in de zorg, wordt de premie verlaagd etc. Dit lijkt volgens deze leden de maatschappelijke verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar. De Minister geeft aan dat de financiële informatie ook enkele bepalingen rondom de bestemming van rendementen bevat. Welke informatie is dat? Vindt de Minister niet dat het communiceren van premieopbouw naar verzekerden toe iets anders is dan uitleg over besteding van het rendement? Hebben zorgverzekeraars richting verzekerden niet de plicht helder te omschrijven hoe dit rendement verdeeld wordt, en waar aan besteed wordt? Waarom kiest de Minister er niet voor om een publieksversie van de besteding van het rendement (winst) met de zorgverzekeraars af te spreken? De informatie is al voor een groot deel openbaar, dus de zorgverzekeraars zouden hier gemakkelijk op uniforme wijze inzicht in kunnen geven. Het gaat erom of verzekerden zicht hebben op de winst van de zorgverzekeraar bij de premiebetaler, de zorg of elders terugkomt. Dit past naar de leden van de CDA-fractie wel in het stelsel, omdat afgesproken is dat verzekeraars in principe geen winst maken.

Inbreng D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de voorgenomen vormgeving van de het ex-ante vereveningsmodel en de ex post compensaties in het risicovereveningssysteem 2014. Zij willen nogmaals benadrukken dat zij de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentie belangrijke verworvenheden vinden van het Nederlandse zorgverzekeringssysteem. Dit kan alleen samengaan met een goed systeem van risicoverevening, zodat een gelijk speelveld voor zorgverzekeraars ontstaat. Daarbij geven deze leden er de voorkeur aan dit aan de voorkant goed te regelen. Zij vinden het op termijn afbouwen en afschaffen van de ex-post compensaties dan ook een goed streven. Daarbij zijn zij echter van mening dat grote zorgvuldigheid in acht moet worden genomen, waarbij er bijzondere aandacht dient te zijn voor de positie van kleine zorgverzekeraars en nieuwe toetreders. Zij zijn relatief kwetsbaar voor aanpassingen in het voorliggende systeem, maar zijn wel belangrijk voor het behoud van voldoende concurrentie en keuzevrijheid in het stelsel. Deelt de Minister de mening van de D66-fractie dat voor een goed werkende zorgverzekeringmarkt het noodzakelijk is dat er voldoende spelers actief zijn, die op een gelijk speelveld met elkaar kunnen concurreren, en die de dreiging voelen van nieuwe toetreders? Hoeveel zelfstandige zorgverzekeraars dienen er volgens u minimaal op de markt aanwezig te zijn? Wat is uw reactie op de bestuursvoorzitter van DSW Zorgverzekeraar die aangeeft dat zorgverzekeraars te groot zijn geworden om te laten omvallen?

De leden van de D66-fractie stellen vast dat de Minister, mede op basis van de bevindingen uit de Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening, constateert dat de kwaliteit van het vereveningsmodel 2014 is verbeterd ten opzichte van het vereveningsmodel 2013. Deze leden vragen de Minister toe te lichten welke andere bevindingen zij heeft betrokken bij deze constatering.

De leden van de D66-fractie constateren een verschil tussen de beschrijving van het vereveningsmodel voor de somatische zorg en het vereveningsmodel ggz. Zij stellen vast dat bij de ggz wordt vermeld dat één verzekeraar gebruik maakt van de bandbreedteregeling, terwijl bij de curatieve zorg hiervan geen melding wordt gemaakt. Deze leden vragen de Minister dit verschil te verklaren.

De leden van de D66-fractie stellen vast dat de Minister voor haar analyses van de werking van het vereveningsmodel somatische zorg gebruik maakt van een differentiatie tussen grote en kleine zorgverzekeraars, waarbij zij voor de laatste een criterium van 150.000 verzekerden hanteert. Zij constateren dat in de berekening de resultaten van één kleine verzekeraar niet zijn meegenomen, en vragen de Minister daarvan de reden uit een te zetten. Zij vragen de Minister voorts toe te lichten waarop zij het criterium van 150.000 verzekerden baseert. Zij vragen de Minister ook aan te geven of een andere grens tot andere uitkomsten zou leiden. Zij vragen de Minister of zij bijvoorbeeld een analyse kan presenteren van de resultaten van de zelfstandige kleine verzekeraars met minder dan 500.000 verzekerden in vergelijking met de resultaten van de verzekeraars die in concernverband opereren?

De leden van de D66-fractie vinden het wenselijk dat zorgverzekeraars verzekerden op een duidelijke en begrijpelijke wijze informeren over de besteding van de door hen behaalde rendementen. Zij stellen vast dat zorgverzekeraars hebben toegezegd dit te willen verbeteren, en dat zij hun premieopbouw transparant met verzekerden zullen communiceren. De leden van de D66-fractie vragen de Minister op welke wijze de publicatie van de premies en de daarbij geboden transparantie gaat monitoren, en op welke termijn de Kamer de resultaten hiervan tegemoet kan zien.

II. REACTIE VAN DE MINISTER

Ik dank de verschillende fracties voor hun vragen over de brief van 16 september 2013 inzake ex post compensaties in het risicovereveningsstelsel 2014 (Kamerstuk 29 689, nr. 473). Ten behoeve van de overzichtelijkheid in de beantwoording van de – deels overlappende – vragen heb ik deze als volgt gegroepeerd:

- a. kwaliteit van het ex ante risicovereveningsmodel;
- b. effect van het afschaffen van ex post compensaties;
- c. risicoselectie;
- d. gevolgen voor het risicovereveningsmodel van overheveling van AWBZ-zorg naar de Zvw;
- e. transparantie over resultaat en premies van zorgverzekeraars.

a. Kwaliteit van het ex ante risicovereveningsmodel

De leden van de fracties van VVD, PvdA, SP, CDA en D66 stellen mij vragen over de kwaliteit van het ex ante risicovereveningsmodel. Het gaat hierbij enerzijds om vragen over de mogelijkheden die ik heb om de gegevens waarop het ex ante vereveningsmodel gebaseerd is representatief te maken, anderzijds betreft het vragen over de mogelijkheden of noodzaak om het ex ante model verder te verfijnen.

Representativiteit gegevens

De leden van de fractie van de PvdA vragen hoe kostengegevens, waarin wijzigingen in de bekostigingssystematiek nog niet tot uiting komen, betrouwbaar ingezet kunnen worden voor bepaling van het ex ante risicovereveningsmodel voor de somatische zorg.

Voor het risicovereveningsmodel 2014 zijn de declaratiegegevens medisch specialistische zorg representatief gemaakt door de wijzigingen in de bekostigingssystematiek te simuleren. Dit houdt in dat de invoering van de prestatiebekostiging is verwerkt in de onderzoeksgegevens. Hiertoe zijn dbc's (uit 2011) geconverteerd naar dbc-zorgproducten met behulp van conversietabellen die zijn opgesteld door DBC-onderhoud. Bovendien zijn de prijzen c.q. tarieven van dbc's uit het verleden vervangen door de door DBC-onderhoud berekende kostprijzen voor 2014.

De leden van de fractie van de PvdA spreken hun bezorgdheid uit over het gebruik van historische onderzoeksgegevens en de mate waarin deze recht doen aan een meer recente situatie. Zij vragen zich af hoe ik rekening houd met het groeiende aantal GGZ-gebruikers.

Er wordt maximale inspanning geleverd om de onderzoeksgegevens zo representatief mogelijk te laten zijn voor de situatie in een komend vereveningsjaar. Ook met de groei van de GGZ-zorgvraag wordt rekening gehouden, zowel de kosten als het aantal verzekerden wordt voorafgaand aan het vereveningsjaar zo goed mogelijk geraamd. Ook worden verschillende beleidsmaatregelen, zoals aanpassingen in het pakket en wijzigingen in de bekostigingssystematiek, op het niveau van individuele verzekerden verwerkt. De effecten van beleidsmaatregelen worden besproken en beoordeeld op plausibiliteit in de Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening. Daarnaast worden conversie-onderzoeken waarin nieuwe prestaties en bekostiging worden gesimuleerd, begeleid door een begeleidingscommissie waarin verschillende deskundigen bijdragen aan de ontwikkeling van de conversieprocedures en waarbij zij een oordeel geven over de representativiteit van de gesimuleerde schadelast. De hierboven geschetste stappen leveren mijns inziens voldoende waarborgen om het vertrouwen te kunnen uitspreken over het gebruik van de onderzoeksgegevens als basis voor de vereveningsmodellen.

De leden van de fractie van de VVD vragen hoe ik tot de conclusie gekomen ben dat de vereveningsmodellen voor de somatische zorg en de geneeskundige GGZ gebaseerd zijn op onderzoeksgegevens die van voldoende kwaliteit en voldoende representatief zijn. Ook de leden van de fractie van D66 hebben vragen over de kwaliteit van het vereveningsmodel. Zij vragen of naast de bevindingen van de Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening nog andere bevindingen betrokken zijn bij het vaststellen van de kwaliteit van het vereveningsmodel.

Mijn conclusie dat de kwaliteit van het vereveningsmodel voor de somatiek goed is en dat de kwaliteit van het vereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ verbeterd is, is gebaseerd op het advies van de Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening. In dit advies komt tot uitdrukking dat de onderzoeksgegevens van voldoende kwaliteit zijn en voldoende representatief zijn om de vereveningsmodellen van 2014 voor de somatische zorg en de geneeskundige GGZ op te baseren. De dekkingsgraad, kwaliteit en volledigheid van de gegevens is goed. Er zijn verschillende bewerkingen uitgevoerd om de gegevens uit 2011 zo representatief mogelijk te maken voor 2014. Zoals ik hierboven al aangaf zijn voor de somatische kosten de dbc's uit 2011 geconverteerd naar dbc-zorgproducten. In de geneeskundige GGZ is onder meer rekening gehouden met de invoering van de generalistische basis GGZ. Op basis van de beleidsregels en tarieven van de Nederlandse Zorgautoriteit is een conversietabel opgesteld. De effecten van de introductie van de generalistische basis GGZ op de schadelast zijn met behulp van deze conversietabel, op het niveau van individuele verzekerden, zo goed mogelijk gesimuleerd.

In mijn brief van 16 september 2013 inzake ex post compensaties in het risicovereveningssysteem 2014 heb ik geschreven: «Met inachtneming

van deze onzekerheden ben ik van mening dat de gegevens van voldoende kwaliteit en voldoende representatief zijn om de vereveningsmodellen somatische zorg 2014 op te baseren». De leden van de fractie van de PvdA, SP en van het CDA vragen wat ik bedoel met de zinsnede «met inachtneming van de onzekerheden». De leden van de fractie van de PvdA en van het CDA vragen die onzekerheden helder te schetsen, en aan te geven waarom deze onzekerheden aanvaardbaar zijn. Ook zijn deze leden benieuwd welke zorgverzekeraars het meest last hebben van de onzekerheden.

Enige mate van onzekerheid is inherent aan het noodzakelijke gebruik van historische gegevens bij het benaderen van een toekomstige situatie. Er worden immers aannames gedaan om onderzoeksgegevens representatief te maken. Pas achteraf kan daadwerkelijk worden vastgesteld of en in welke mate de representatief gemaakte onderzoeksgegevens definitief overeenkomen met de realisaties. In het onderzoek naar het ex ante vereveningsmodel wordt nadrukkelijk aandacht besteed aan de toetsing van de representativiteit van de gegevens. Daarnaast laat ik elk jaar onderzoeken in hoeverre de gegevens op verzekeraarniveau op basis waarvan de besluitvorming over het risicovereveningssysteem heeft plaatsgevonden representatief waren. Uit het laatste onderzoek blijkt dat, net als voorgaande jaren, de gegevens op verzekeraarniveau op basis waarvan de besluitvorming over het risicovereveningssysteem voor 2009 heeft plaatsgevonden representatief waren. De verwachte spreiding in de kosten en de vereveningsresultaten van zorgverzekeraars voor 2009 op basis van gegevens over 2006 is vergelijkbaar met de werkelijke spreiding in de kosten en de vereveningsresultaten van zorgverzekeraars in 2009 (Tweede Kamer, vergaderjaar 2013–2014, 29 689, nr. 492). Ook in het advies van de Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening wordt aandacht besteed aan de representativiteit van de onderzoeksgegevens. Ik heb kennis genomen van dit advies. Op basis van dit advies heb ik vast kunnen stellen dat, alhoewel er onzekerheden zijn, de gegevens voldoende representatief zijn om als basis voor de vereveningsmodellen te kunnen dienen.

De leden van de fractie van de SP vragen waarom deze onzekerheden aanvaardbaar zijn.

De onzekerheden als gevolg van de simulatie in de schadelast in de geneeskundige GGZ zijn afgedekt door de inzet van de bandbreedteregeling. Met dit vangnet zijn de financiële risico's die zorgverzekeraars lopen begrensd. Bij de bandbreedte die voor 2014 geldt (25 euro), maakt naar verwachting nog één zorgverzekeraar gebruik van de bandbreedteregeling.

Deelnemers Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening

De leden van de fractie van de PvdA willen graag weten wie er zitting heeft genomen in de Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening. Daarbij vragen deze leden of er ook vertegenwoordigers van kleine verzekeraars betrokken zijn bij het opstellen van het advies.

In de Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening nemen deskundigen op het terrein van risicoverevening zitting. Het betreft deskundigen van zorgverzekeraars, onderzoeksbureaus, Zorgverzekeraars Nederland en het College van Zorgverzekeringen. Alle zorgverzekeraars worden uitgenodigd om zitting te nemen in de Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening en in praktijk blijkt dat zowel deskundigen van grote als van kleine zorgverzekeraars deelnemen aan deze werkgroep en betrokken zijn bij het opstellen van het advies van de Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening.

Gebruik meer actuele gegevens

De leden van de fractie van de PvdA vragen mij of het mogelijk is om de vereveningsmodellen voor de somatische zorg en de geneeskundige GGZ te baseren op meer actuele gegevens.

In het verleden heb ik onderzocht of het mogelijk is om meer recente gegevens te betrekken bij de ontwikkeling en vaststelling van de vereveningsmodellen. Uitgangspunt bij de ontwikkeling van de vereveningsmodellen is dat er een volledig beeld is van de kosten per verzekerde. Het blijkt dat de lange doorlooptijd van dbc's een beperkende factor is bij het gebruik van meer actuele gegevens. Het gebruik van meer actuele gegevens zou afbreuk doen aan het uitgangspunt van volledigheid en zou leiden tot aanzienlijke concessies aan kwaliteit en representativiteit van de gegevens waarop de vereveningsmodellen worden gebaseerd. Voor de geneeskundige GGZ bijvoorbeeld kon pas aan het einde van het tweede kwartaal van 2013 worden beschikt over een onderzoeksbestand met declaratiegegevens uit 2011 dat volledig was. Een onderzoeksbestand met minder volledige declaratiegegevens is niet voldoende representatief. Ook het vereveningsmodel van 2015 zal gebaseerd zijn op gegevens van drie jaar eerder. Wanneer de doorlooptijden van dbc's worden verkort, zullen eerder volledige declaratiegegevens beschikbaar zijn. Dan zal ik bezien of voor de ontwikkeling van de vereveningsmodellen meer actuele gegevens gebruikt kunnen worden. Ik moet vaststellen dat in de huidige situatie geen versnelling mogelijk is.

Verfijningen ex ante vereveningsmodel

De leden van de fractie van de PvdA vragen welke andere verfijningen van het ex ante vereveningsmodel voor de somatische zorg denkbaar zijn. Zij vragen of ik kan aangeven in welke mate dergelijke modelverfijningen bijdragen aan de robuustheid en stabiliteit van het risicovereveningsstelsel, dan wel prikkels tot risicoselectie doen afnemen.

Op dit moment werkt het ex ante vereveningsmodel voor de somatische zorg goed. Toch laat ik elk jaar onderzoek uitvoeren naar mogelijke verbeteringen van de ex ante vereveningsmodellen. Op die manier zorg ik ervoor dat de aansluiting tussen de vereveningsbijdrage en gerealiseerde kosten zo goed mogelijk is. In haar advies over de modellen voor 2014 acht de Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening het bijvoorbeeld mogelijk dat het ex ante vereveningsmodel voor de somatische zorg verbeterd kan worden door een verfijning van het criterium Aard van Inkomen of het criterium Sociaal Economische Status. Op die manier zouden de relatief hoge zorgkosten van «sociale minima» beter voorspeld worden. Een ander voorbeeld van een verfijning van een vereveningscriterium is de doorontwikkeling van de Hulpmiddelenkostengroepen (HKG's). Wanneer de kwaliteit van de registratie verder verbetert, zouden wellicht meer klassen hulpmiddelen in het criterium opgenomen kunnen worden. Het opnemen van extra klassen in het vereveningsmodel vermindert de prikkel tot risicoselectie. Het is echter niet mogelijk om vooruitlopend op onderzoek aan te geven in welke mate de verklaringskracht van het ex ante vereveningsmodel zal verbeteren en of deze eventuele verbetering resulteert in een robuust en stabiel model.

b. Effect afbouwen ex post compensaties

De leden van de fracties van VVD, PvdA, PVV, SP, CDA en D66 stellen mij vragen over de gevolgen van het afbouwen van de ex post compensaties. Dit betreft vragen over de, mogelijk verschillende, effecten van het afbouwen van de ex post compensaties op grote dan wel kleine zorgverzekeraars. Ook hebben de leden van deze fracties om inzicht gevraagd in het effect van het afbouwen van de ex post compensaties op verzekeraars

die binnen een groter zorgverzekeringsconcern opereren en het effect op verzekeraars die niet binnen zo'n concern werken.

Inzet ex post compensaties geneeskundige GGZ

De leden van de CDA-fractie vragen welke grenzen voor de ex post compensaties voor de geneeskundige GGZ in het vereveningsmodel 2013 gehanteerd werden.

In 2013 werd in de bandbreedteregeling voor de kosten van geneeskundige GGZ een bandbreedte van 15 euro gehanteerd. Omdat de kwaliteit van de gegevens, waarop het vereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ 2014 gebaseerd is, is verbeterd ten opzichte van vorig jaar heb ik voor het vereveningsjaar 2014 de bandbreedte vergroot naar 25 euro. Anders gezegd had de bandbreedteregeling in 2013 materieel effect voor zorgverzekeraars met een gemiddeld vereveningsresultaat voor de kosten van geneeskundige GGZ per verzekerde dat meer 7,50 euro van het gemiddelde resultaat afwijkt; in 2014 is dat een afwijking van 12,50 euro. Daarnaast werd in 2013 hogekostencompensatie toegepast op kosten van geneeskundige GGZ boven de 10.000 euro. Door de invoering van een criterium dat gebaseerd is op diagnose-informatie uit psychische dbc's in het ex ante vereveningsmodel, worden verzekeren met hoge kosten beter gecompenseerd. Dit maakt het mogelijk de drempelwaarde voor hogekostencompensatie naar 25.000 euro te verhogen.

Bij een verruiming van de bandbreedte voor de kosten van geneeskundige GGZ naar 25 euro in 2014 maakt, volgens de onderzoeken, nog één zorgverzekeraar gebruik van de bandbreedteregeling. De leden van de SP-fractie vragen welke zorgverzekeraar dit betreft, ook zouden zij graag weten waarom juist deze zorgverzekeraar daar in 2014 nog gebruik van maakt.

Voor het beoordelen van de kwaliteit van het ex ante vereveningsmodel is het niet noodzakelijk te weten welke zorgverzekeraar een resultaat heeft dat buiten de bandbreedte valt. Het is mij ook niet bekend welke verzekeraar het betreft. Overigens kan ik over de vereveningsuitkomsten van individuele zorgverzekeraars, vooral gezien het bedrijfsgevoelige karakter daarvan, geen informatie verstrekken.

Inzet ex post compensaties somatische zorg

De leden van de fractie van D66 vragen naar het aantal zorgverzekeraars dat gebruik maakt van de bandbreedteregeling voor de somatische zorg. De bandbreedteregeling is een vangnet waarmee de financiële risico's die zorgverzekeraars lopen, begrensd worden. Bij een bandbreedte van 80 euro maken, naar verwachting, zes zorgverzekeraars gebruik van de bandbreedteregeling. Van deze zes zorgverzekeraars zullen voor twee zorgverzekeraars de negatieve vereveningsresultaten aangevuld worden, bij de andere vier zorgverzekeraars worden de positieve vereveningsresultaten afgeroomd.

Vereveningsresultaten van kleine zorgverzekeraars

In mijn brief van 16 september 2013 over de inzet van ex post compensaties in het risicovereveningssysteem 2014 (Kamerstuk 29 689, nr. 473) heb ik de vereveningsresultaten van kleine zorgverzekeraars beschreven. In deze analyse zijn de vereveningsresultaten van één kleine zorgverzekeraar niet meegenomen, de leden van de fractie van de D66 vragen waarom deze resultaten buiten beschouwing zijn gebleven. Bij het beoordelen van de vereveningsresultaten op groepsniveau heb ik de resultaten van twee zorgverzekeraars buiten beschouwing gelaten. Het

betreft een kleine en een middelgrote zorgverzekeraar. Als de resultaten van deze twee verzekeraars buiten beschouwing blijven neemt de bandbreedte in de resultaten na verevening voor het somatische model met meer dan 50% af en is deze vergelijkbaar met de bandbreedte die in het onderzoek naar het vereveningsmodel 2013 ook gold. Ik ben van mening dat het meenemen van de resultaten van deze twee verzekeraars voor een vertekening van de werking van het vereveningsmodel zorgt.

De leden van de fracties van PVV en SP vragen mij waarom het risico-vereveningssysteem gebaseerd is op 26 risicodragers en niet op de negen zorgverzekeringsconcerns die nu op de markt actief zijn. Risicoverevening beoogt verzekeraars ongeacht de samenstelling van hun verzekerdenportefeuille adequaat te compenseren. Beoordeling op basis van 26 risicodragers/verzekeraars doet daar meer recht aan, op concern-niveau kunnen vereveningsresultaten tegen elkaar wegvallen. Tot een concern kunnen diverse risicodragers behoren, binnen een risicodrager kunnen diverse polissen aangeboden worden. Ik ben het met de leden van de SP-fractie eens dat het goed is bij de beoordeling van de effecten van risicoverevening ook te bezien wat de effecten concernniveau zijn, maar de wettelijke basis voor het toepassen van het vereveningsmodel is het risicodragerniveau.

In mijn brief van 16 september heb ik aangegeven dat er geen aanwijzingen zijn dat de risicoverevening nadelig uitpakt voor kleine zorgverzekeraars. De leden van de fracties van VVD en CDA hebben mij gevraagd om meer inzicht in de vereveningsresultaten van grote, middelgrote en kleine zorgverzekeraars voor en na toepassing van de ex post compensaties. De leden van de fracties van D66 en CDA vragen om toe te lichten waarom ik voor deze grenzen gekozen heb en vragen of de uitkomsten gevoelig zijn voor de omvang van de groepen. De grenzen die ik hanteer bij het indelen van de groepen zorgverzekeraars (risicodragers) zijn, in 2012, zo gekozen dat er drie groepen ontstaan met in elke groep ongeveer evenveel risicodragers. Voor het risicovereveningsmodel 2014 bestaat de groep kleine verzekeraars uit 7 zorgverzekeraars, de groep middelgrote verzekeraars uit 10 zorgverzekeraars en de groep grote verzekeraars bevat 9 zorgverzekeraars. Om vereveningsresultaten over de jaren heen te kunnen vergelijken is het van belang ieder jaar dezelfde grenzen te hanteren. Ik verwacht dat het aanpassen van de grenzen van deze groepen weinig effect heeft op de uitkomsten van de analyse. In onderstaande tabel worden de resultaten voor en na ex post compensaties voor groepen zorgverzekeraars gepresenteerd.

De groep kleine verzekeraars bestaat uit risicodragers met minder dan 150.000 verzekerden, de groep middelgrote verzekeraars bevat verzekeraars met tussen de 150.000 en 500.000 verzekerden en de groep grote verzekeraars bevat verzekeraars met meer dan 500.000 verzekerden. Uit tabel 1 blijkt dat verschillen in vereveningsresultaten voor en na toepassing van ex post compensaties en de verschillen in vereveningsresultaten tussen verzekeraars van verschillende omvang klein zijn. Kleine zorgverzekeraars profiteren het meest van de ex post compensaties; het gemiddelde resultaat voor deze groep verzekerden wordt circa twee euro positiever. Gemiddeld genomen wordt het vereveningsresultaat van middelgrote verzekeraars lager als gevolg van het toepassen van ex post compensaties. De gemiddelde vereveningsresultaten na toepassing van ex post compensaties bedragen circa 9 euro voor kleine en middelgrote verzekeraars, terwijl grote verzekeraars een gemiddeld een negatief vereveningsresultaat van ongeveer drie euro hebben. De bandbreedte in de gemiddelde vereveningsresultaten per zorgverzekeraar (niet in tabel opgenomen) is na ex post compensaties voor alle drie onderscheiden groepen ongeveer even groot. Voor kleine verzekeraars en voor middel-

grote verzekeraars is de bandbreedte ongeveer 87 euro en voor grote verzekeraars ongeveer 81 euro.

Tabel 1: Gemiddelde vereveningsresultaten per verzekerde, naar omvang zorgverzekeraars¹

Omvang	Resultaat voor ex post compensaties			
	Verzekeraar	Somatisch	Geneeskundige GGZ	Totaal
Klein		€ 6	€ 1	€ 7
Middel		€ 8	€ 4	€ 11 ²
Groot		-/- € 3	-/- € 1	-/- € 4

¹ VWS-bewerking van gegevens WOR 649 «Onderzoek risicoverevening 2014: Overall Toets»

² Vanwege afronding tellen 8 euro somatisch en 4 euro geneeskundige GGZ op tot 11 euro in totaal.

Omvang	Resultaat na ex post compensaties			
	Verzekeraar	Somatisch	Geneeskundige GGZ	Totaal
Klein		€ 9	€ 0	€ 9
Middel		€ 9	€ 0	€ 9
Groot		-/- € 3	-/- € 0	-/- € 3

De leden van de fractie van de PVV constateren dat ik bij het beoordelen van de werking van het vereveningsmodel kijk naar gemiddelde vereveningsresultaten. Voor het bepalen van deze gemiddelde vereveningsresultaten worden zorgverzekeraars in groepen ingedeeld en wordt per groep een gemiddelde bepaald. Zij vragen zich af of dit voldoende basis is om conclusies ten aanzien van het afbouwpad voor de ex post compensaties te trekken, ook vragen zij of ik mijn conclusie dat er geen aanwijzingen zijn dat risicoverevening nadelig uitpakt voor kleine zorgverzekeraars wil herzien.

Bij het beoordelen van de kwaliteit van het ex ante vereveningsmodel en het vaststellen van de ex post compensaties neem ik diverse aspecten mee. Zo spelen bijvoorbeeld verklarende kracht van het model en het effect van het ex ante vereveningsmodel op verzekeraarniveau ook een belangrijke rol. Om het effect op verzekeraarniveau inzichtelijk te maken maak ik gebruik van de bandbreedte in de resultaten, van een spreidingsmaat en van de gemiddelde resultaten voor groepen verzekerden. Ik ben van mening dat ik een zorgvuldige afweging heb gemaakt en dat mijn conclusie dat er geen aanwijzingen zijn dat risicoverevening nadelig uitpakt voor kleine zorgverzekeraars niet aangepast hoeft te worden.

De leden van de PVV-fractie en van de SP-fractie zijn ongerust over het effect van het verder afbouwen van ex post compensaties op de marktpositie van kleine zorgverzekeraars, in 2014 en in de toekomst. Zij zijn van mening dat verdere afbouw, zonder goed gelijk speelveld, nadelig kan uitpakken voor kleine zorgverzekeraars. Zij vragen of gegarandeerd kan worden dat de kleine zorgverzekeraars ook in de toekomst geen nadeel ondervinden van het afbouwen en uiteindelijk afschaffen van de ex post compensaties.

In het regeerakkoord is opgenomen dat de sleutelrol van verzekeraars in stand blijft en dat zij volledig risicodragend zullen worden. In mijn brief van juni 2013 (Kamerstuk 29 689, nr. 450) heb ik toegelicht waarom ik wil afzien van de inzet van ex post compensaties voor de kosten van somatische zorg vanaf 2015 en voor de kosten van geneeskundige GGZ vanaf 2017. De bandbreedteregeling is een vangnet waarmee de financiële risico's die zorgverzekeraars lopen begrensd worden. Het is opvallend dat door het toepassen van de huidige bandbreedteregeling

meer verzekeraars afgeroomd worden dan een bijdrage ontvangen. Dit is beleidsmatig gezien ongewenst, de prikkel tot inkoop van doelmatige zorg wordt hierdoor verminderd. In 2014 ondervinden drie van de zeven kleine verzekeraars effect van de bandbreedteregeling. Voor twee van deze verzekeraars verbetert het vereveningsresultaat na toepassing van de bandbreedteregeling, voor de andere zorgverzekeraar verslechtert het vereveningsresultaat. Ik ben van mening dat het gelijke speelveld als gevolg van het afbouwen van de ex post compensaties niet nadelig beïnvloed wordt en zie niet dat kleine zorgverzekeraars extra nadeel ervaren.

Vereveningsresultaten van verzekeraars die deel uitmaken van een concern

De leden van de fracties van VVD, PVV en D66 vragen mij of ik ook inzicht kan geven in de vereveningsresultaten van de risicodragers die niet binnen een groter zorgverzekeringsconcern opereren in vergelijking met de resultaten van de wel in concernverband opererende verzekeraars.

Tabel 2: Gemiddelde vereveningsresultaten per verzekerde, naar organisatievorm zorgverzekeraars¹

Vorm	Resultaat voor ex post compensaties		
	Somatisch	gGGZ	Totaal
<i>Onafhankelijk</i>	-/- € 12	€ 7	-/- € 5
<i>In concern verband</i>	€ 1	-/- € 1	€ 1 ²

¹ VWS-bewerking van gegevens WOR 649 «Onderzoek risicoverevening 2014: Overall Toets»

² Vanwege afronding tellen 1 euro somatisch en -/- 1 euro geneeskundige GGZ op tot 1 euro in totaal.

	Resultaat na ex post compensaties		
	Somatisch	gGGZ	Totaal
<i>Onafhankelijk</i>	-/- € 10	€ 3	-/- € 7
<i>In concern verband</i>	€ 1	€ 0	€ 1

In tabel 2 worden de gemiddelde vereveningsresultaten voor zorgverzekeraars die niet en voor verzekeraars die wel in concernverband opereren. Uit deze tabel blijkt dat de niet in concernverband opererende zorgverzekeraars een lager gemiddeld resultaat behalen dan de in concern verband opererende zorgverzekeraars (resp. een negatief resultaat van 7 euro en een positief resultaat van 1 euro). De leden van de fracties van VVD en PVV geven aan dat zij vraagtekens hebben bij het samenvoegen van alle kleine verzekeraars en het trekken van conclusies op basis van gemiddelden. Zoals eerder geschreven baseer ik mij bij het afbouwen van de ex post compensaties op meer dan alleen gemiddelde vereveningsresultaten. Ik maak ook gebruik van maatstaven die de verklaringskracht van het model weergeven en maatstaven die inzicht geven in de spreiding van de resultaten. Ik moet vanzelfsprekend uitermate terughoudend zijn met het delen van de resultaten van individuele zorgverzekeraars. Om meer inzicht in de resultaten te geven heb ik de bandbreedte in de gemiddelde vereveningsresultaten per zorgverzekeraar na ex post compensaties voor de onderscheiden groepen onderzocht. Voor verzekeraars die niet in concernverband opereren bedraagt die bandbreedte ongeveer 39 euro terwijl de bandbreedte in resultaten op concernniveau 18 euro bedraagt.

Mogelijkheden om te sturen op gezondheidseffecten

De leden van de fractie van de PvdA zijn benieuwd of er eventueel mogelijkheden denkbaar zijn om de risicovereveningsmodellen ook in te zetten rondom het sturen op gezondheidseffecten en het gezond houden van een populatie verzekerden.

Het risicovereveningsstelsel heeft in eerste instantie als doel het creëren van een gelijk speelveld voor verzekeraars. In de vormgeving van de risicoverevening wordt rekening gehouden met een tweede doel, namelijk het bevorderen van de doelmatigheid van verzekeraars. Vanuit dit perspectief is risicoverevening aangemerkt als geoorloofde staatssteun. Dit belet mij om de risicoverevening voor andere doelen in te zetten, zoals bijvoorbeeld het sturen op gezondheidseffecten of het gezond houden van een populatie verzekerden.

Werking zorgverzekeringsmarkt

De leden van de fractie van D66 vragen of ik de visie deel dat het voor een goed werkende zorgverzekeringsmarkt noodzakelijk is dat er voldoende spelers actief zijn, die op een gelijk speelveld met elkaar kunnen concurreren, en die de dreiging voelen van nieuwe toetreders. Vervolgens vragen zij hoeveel zelfstandige zorgverzekeraars er minimaal op de markt aanwezig zouden moeten zijn.

Ik deel de opvatting van de D66-fractie dat de zorgverzekeringsmarkt alleen goed kan werken als er voldoende spelers actief zijn die op een gelijk speelveld met elkaar kunnen concurreren. Ook de dreiging van nieuwe toetreders is goed voor de markt. In Nederland houden de Autoriteit Consument en Markt en de Nederlandse Zorgautoriteit toezicht op de zorgverzekeringsmarkt. Nederland heeft sinds de invoering van het nieuwe zorgstelsel in 2006 geen nieuwe toetreders op de zorgverzekeringsmarkt gehad. Ik heb van deze marktmeesters overigens geen signalen ontvangen dat er op dit moment onvoldoende spelers op de zorgmarkt aanwezig zijn.

Opvangen failliete zorgverzekeraar

De bestuursvoorzitter van DSW stelde in het NRC Handelsblad van 9 november jl. dat wanneer een zorgverzekeraarsgroep failliet zou gaan, de andere zorgverzekeraars deze klanten niet zouden kunnen opvangen omdat ze daarvoor niet genoeg buffervermogen hebben. De leden van de fractie van D66 zouden graag horen wat ik van deze uitspraak vind. Allereerst wil ik opmerken dat de zorgverzekeraars jaarlijks via de risicoverevening worden gecompenseerd voor zorgkosten die zij verwachten te gaan maken. De vereveningsbijdrage die zij ontvangen is gebaseerd op de omvang en de (gezondheids)kenmerken van de verzekerdenportefeuille. Hiermee wordt een belangrijk risico dat zorgverzekeraars lopen al voor een aanzienlijk deel gemitigeerd en daardoor neemt de kans op een faillissement aanzienlijk af. Daar komt bij dat de zorgverzekeraars een minimale solvabiliteit moeten aanhouden. De Nederlandse Bank (DNB) ziet hierop toe. De zorgverzekeraars voldoen op dit moment aan de solvabiliteitseis. Wanneer dit niet langer het geval mocht zijn, heeft DNB voldoende instrumenten om tijdig in te grijpen en daarmee te voorkomen dat zorgverzekeraars serieus in de financiële problemen raken. Mocht het toch gebeuren en een grote zorgverzekeraar omvallen, dan zal het College voor zorgverzekeringen (CVZ) ingevolge artikel 31 van de Zorgverzekeringswet de vorderingen van verzekerden op deze zorgverzekeraar voldoen. De verzekerden van de failliete zorgverzekeraar hebben dus de garantie dat de kosten van genoten verzekerde zorg vergoed worden. Wel dienen zij na het faillissement van hun zorgverzekeraar een nieuwe zorgverzekeraar te zoeken. Het lijkt daarbij aannemelijk dat de verzekerden

zich verspreiden over alle overgebleven zorgverzekeraars en niet allemaal bij dezelfde zorgverzekeraar terecht komen. Daarmee wordt de extra belasting van de solvabiliteit van de overgebleven zorgverzekeraars gespreid. De verzekerden gaan ook premie betalen aan hun nieuwe zorgverzekeraar en daarmee kan deze zijn solvabiliteitspositie weer versterken. De zorgverzekeraars hebben gelet op de genoemde solvabiliteitspositie de mogelijkheid om extra verzekerden op te vangen.

c. Risicoselectie

De leden van de fracties van SP en PVV hebben mij enkele vragen gesteld over het al dan niet voorkomen van risicoselectie.

De leden van de SP-fractie vragen of ik bij de stelling blijf dat bij de aanvullende verzekering slechts beperkt risicoselectie wordt toegepast, gezien de recente ontwikkeling dat zorgverzekeraars ouderen hogere premies vragen voor hun aanvullende verzekering. Ook vragen zij of ik het acceptabel acht dat ouderen, chronisch zieken en gehandicapten steeds verder afgesloten worden van goede zorg, doordat zorgverzekeraars de aanvullende pakketten steeds verder verkleinen, en de aanvullende verzekering voor ouderen duurder maken.

Zorgverzekeraars mogen bij de aanvullende verzekering op risico's selecteren. De Nederlandse Zorgautoriteit heeft in haar marktscan zorgverzekeringsmarkt 2013 geconstateerd dat de aanvullende verzekering, ondanks het feit dat hieraan acceptatievoorwaarden gesteld mogen worden, goed toegankelijk is. Over 2014 heeft de Nederlandse Zorgautoriteit nog geen oordeel geveld. Het is juist dat in 2014 meer verzekeraars leeftijdsdifferentiatie in de premie voor de aanvullende verzekering toepassen. Maar met de stelling dat ouderen, chronisch zieken en gehandicapten steeds verder afgesloten worden van goede zorg, doordat de aanvullende pakketten verkleind worden en voor ouderen duurder worden, ben ik het niet eens. Zoals ik heb aangegeven in mijn brief over de premies van de aanvullende verzekeringen (Kamerstuk 29 689, nr. 482), kan het toepassen van een zekere mate van leeftijdsdifferentiatie mijns inziens ook bijdragen aan het in stand houden van de solidariteit tussen jongere en oudere verzekerden. De Nederlandse Zorgautoriteit heeft geconstateerd dat minder verzekerden een aanvullende verzekering afsluiten. Dit zullen naar verwachting vooral de betere risico's c.q. overwegend jongere verzekerden zijn. Met een lagere premie voor jongeren wordt beoogd om hen te behouden voor de markt van de aanvullende verzekering. De premie-inkomsten van deze jongere verzekerden zijn juist nodig om de premies voor de ouderen op met name de meer uitgebreide aanvullende verzekeringen te matigen. Daarnaast zijn de aanvullende verzekeringen in 2014 slechts op een beperkt aantal vergoedingen ingeperkt (uit navraag bij de verzekeraars blijkt het hier vooral te gaan (afhankelijk van het pakket) om alternatieve geneeswijzen, preventieve onderzoeken en sensormatjes), maar er zijn ook vergoedingen uitgebreid (afhankelijk van het pakket o.a. anticonceptie, verblijfskosten bij bevalling, seksuologische zorg, extra uren dieetadvies). Tevens is er nog steeds een ruim aanbod van aanvullende verzekeringen zonder medische selectie. Zoals eerder aangegeven houd ik de vinger aan de pols en volgen de Nederlandse Zorgautoriteit en ik de ontwikkelingen. Cruciaal daarin is dat de basisverzekering onder publieke randvoorwaarden van de overheid functioneert en dat de aanvullende verzekeringen een vrije markt is die onder de Europese schaderichtlijnen valt.

Chronisch zieken en ouderen worden, zo schrijven de leden van de SP-fractie, gedupeerd door het beperken van het aantal fysiotherapie behandelingen in de aanvullende verzekering. Deze leden van de fractie

van de SP constateren dat op deze manier een vorm van risicoselectie wordt toegepast. Zij vragen mij of ik dit ook risicoselectie vindt? Of hoe ik dit zou omschrijven. Ook vragen genoemde leden mij of ik de visie deel dat deze risicoselectie in combinatie met de afbouw van de ex post compensatie een explosief mengsel is waardoor verschillende categorieën verzekerden mogelijk buitenspel worden gezet. Zij vragen mij hoe ik dit zie in het licht van mijn opmerking van 28 juni 2013 dat ik risicoselectie onaanvaardbaar acht.

Er lopen hier twee dingen door elkaar. De afbouw van ex post compensaties heeft betrekking op de basisverzekering. De risicoselectie speelt op de aanvullende verzekering. Ik hecht eraan om te benadrukken dat de basisverzekering voor iedereen toegankelijk is, zorgverzekeraars een acceptatieplicht hebben en er geen premiedifferentiatie mag plaatsvinden op grond van bijvoorbeeld leeftijd of ziekte. Voor niet medisch noodzakelijke zorg of zorg die in beginsel vanuit de eigen middelen betaald kan worden, kan men zich desgewenst aanvullend verzekeren. Verzekeraars mogen voorwaarden stellen aan de aanvullende verzekering. In de praktijk zijn vele aanvullende verzekeringen onbeperkt toegankelijk, maar risicoselectie is niet verboden. De NZa constateert in de Marktscan 2013 waarbij zij onder andere de toegankelijkheid van de aanvullende verzekering heeft onderzocht, dat deze zeer toegankelijk is. Deze Marktscan wordt jaarlijks door de NZa uitgevoerd. Op deze wijze houd ik een vinger aan de pols. Vooralsnog heb ik echter geen reden om aan te nemen dat de afbouw van de ex post compensatie binnen de risicovereeniging ertoe leidt dat bepaalde (groepen van) verzekerden via de aanvullende verzekering voor de basisverzekering «buitenspel» worden gezet. Het laten bestaan van een te grote inzet van ex post compensaties heeft tot gevolg dat verzekeraars die werk maken van selectieve inkoop en daarop goed presteren worden afgestraft ten bate van die verzekeraars die het daar laten liggen.

d. Gevolgen voor het risicovereveningsmodel van overheveling van AWBZ-zorg naar de Zvw

In november heb ik uw Kamer geïnformeerd (Kamerstuk 30 597, nr. 380) over een nadere uitwerking van de hervorming van de langdurige zorg. In deze brief is een paragraaf opgenomen over de risicodragende uitvoering door zorgverzekeraars. De leden van de fracties van de PvdA en SP stellen mij enkele vragen over het effect van de overheveling van zorg naar de Zorgverzekeringswet op het risicovereveningsmodel.

Overheveling langdurige intramurale GGZ

De leden van de fractie van de PvdA merken op dat met de overheveling van de langdurige intramurale GGZ uit de AWBZ naar de Zvw het vereveningsmodel voor de GGZ voor 2015 danig aangepast zal moeten worden en vragen hoe het staat met de ontwikkeling van dit model. De eerste verkennende onderzoeken naar de gevolgen van de overhevelingen vanuit de AWBZ naar de Zvw voor de risicoverevening zijn afgerond. Zoals gebruikelijk zal ik uw Kamer in juni met een brief berichten over de voorgenomen vormgeving van de ex ante risicovereveningsmodellen voor 2015.

De leden van de fractie van de PvdA vragen hoe bij een eventuele simulatie van de schadelast ten behoeve van het vereveningsmodel GGZ van 2015 recht gedaan wordt aan de wijzigingen als gevolg van de overheveling van de langdurige intramurale GGZ. Zoals elk jaar wordt gedurende de zomer het afrondende onderzoek naar het vereveningsmodel uitgevoerd. In het onderzoek in de zomer van 2014 worden de gegevens representatief gemaakt voor de situatie in 2015. Ten

behoefte van dit onderzoek zullen ook de kosten van langdurige intramurale GGZ in de onderzoeksgegevens worden verwerkt. Hiervoor zal dan gebruik gemaakt worden van gegevens uit de AWBZ.

De leden van de fractie van de PvdA vragen hoe tot een goed, stabiel en robuust vereveningsmodel voor de GGZ wordt gekomen wanneer een simulatie vanwege deze wijzigingen niet mogelijk blijkt te zijn. De risicoverevening is erop gericht om een gelijk speelveld tussen zorgverzekeraars te creëren, door zorgverzekeraars te compenseren voor voorspelbare gezondheidsverschillen in hun portefeuille. Het risicovereveningssysteem bestaat nu uit een ex ante vereveningsmodel en ex post compensaties. Het kabinetsbeleid is erop gericht is om het systeem van correcties achteraf op het risicovereveningsmodel (de ex post compensaties) versneld af te bouwen. De inzet van ex post compensaties wordt beïnvloed door zowel de kwaliteit van het ex ante model, door de kwaliteit van de gegevens waarop het model gebaseerd is en door de beïnvloedingsmogelijkheden die zorgverzekeraars hebben. Als blijkt dat de kwaliteit van de gegevens waarop het vereveningsmodel gebaseerd is, onvoldoende is, zal ik gepaste ex post compensatiemechanismen inzetten.

Overheveling thuisverpleging en extramurale behandeling

De leden van de fractie van de SP vragen zich af welke risico's de overheveling van de thuisverpleging en extramurale behandeling naar de Zvw met zich meebrengen, welke zorgverzekeraars daarbij het grootste risico lopen, hoe deze risico's in de risicoverevening worden meegenomen en of de overheveling geen reden is om ex post compensaties in te zetten.

Door de overheveling naar de Zvw ontstaat een cumulatie van kosten bij ouderen waar in het ex ante vereveningsmodel rekening mee gehouden moet worden. Zorgverzekeraars met relatief veel ouderen die ook daadwerkelijk (veel) zorg gebruiken, zouden in het nadeel kunnen zijn als het ex ante vereveningsmodel onvoldoende rekening houdt met de consequenties van de overhevelingen. Voor de over te hevelen zorg naar de Zvw is het Kabinetsbeleid erop gericht om deze zo snel als mogelijk (in principe binnen 3 jaar) te verwerken in het ex ante risicovereveningsmodel in de Zvw. In de tussentijd zullen zorgverzekeraars een verantwoord risico lopen over de kosten van de over te hevelen zorg door de inzet van gepaste ex post compensatiemechanismen.

e. Transparantie over resultaat en premies van zorgverzekeraars

De leden van de fracties van VVD, PvdA, SP, CDA en D66 stellen mij vragen over de transparantie bij de premieopbouw en besteding van rendement. Het gaat onder meer om vragen naar de wijze waarop kan worden bereikt dat zorgverzekeraars transparant zijn. Daarnaast worden enkele vragen gesteld naar de toedracht van de daling van de zorgpremie per 2014.

Transparantie publieke verantwoording zorgverzekeraars

De leden van de fractie van de PvdA merken op dat transparante publieke verantwoording en concurrentie met elkaar op gespannen voet kunnen staan, zij vragen in welke mate zorgverzekeraars vrijwillig deze transparante publieke verantwoording zullen betrachten. De leden van de fractie van D66 vragen mij op welke wijze ik de daarbij geboden transparantie ga monitoren, en op welke termijn de Kamer de resultaten hiervan tegemoet kan zien.

Bij de publicatie van de premies 2014 heeft een aantal verzekeraars inzicht gegeven in de opbouw en totstandkoming van de premie. Ik zal uw Kamer

binnenkort informeren over de door zorgverzekeraars geboden transparantie bij het publiceren van de premies 2014. Een aantal zorgverzekeraars geeft ondanks de onderlinge concurrentie een publieke verantwoording. Ik verwacht dat zorgverzekeraars ook bij het publiceren van de jaarverslagen over boekjaar 2013 meer transparant zullen zijn. Tijdens het algemeen overleg Zvw van 4 december jl. heb ik uw kamer toegezegd dat ik de jaarverslagen van zorgverzekeraars zal beoordelen op transparantie en uw Kamer voor de zomer laat weten in welke mate er een publieksvriendelijke en transparante verantwoording in de jaarverslagen is gegeven.

De leden van de fractie van de PvdA vragen mij welke acties ik zelf kan nemen om desnoods deze publieke verantwoording af te dwingen. De leden van de fractie van de SP vragen mij zorgverzekeraars voor te schrijven hoe zij helderheid moeten geven over de wijze waarop de premie tot stand komt en over de wijze waarop zorgverzekeraars het geld besteden, zodat glashelder wordt hoeveel geld zorgverzekeraars uitgeven om verzekerden te lokken, en welke nevenactiviteiten zij financieren. En ook de leden van de fractie van het CDA vragen mij voorschriften voor zorgverzekeraars met betrekking tot een publieksvriendelijke beschrijving van de besteding van het rendement.

Ik ben voornemens om deze publieke verantwoording af te dwingen. Enerzijds ben ik van mening dat het past, vanuit het gedachtegoed van een privaatrechtelijke verzekering in een publiek rechtelijke setting, om dit over te laten aan de markt. Anderzijds is het, zoals ik in een eerdere brief (Kamerstuk 29 689, nr. 473) heb aangegeven, vanuit Europeesrechtelijk perspectief niet mogelijk om private marktpartijen te dwingen hun prijs- of premieopbouw voor een nog komend jaar te openbaren. Op verzoek van uw Kamer zal ik u de onderliggende juridische onderbouwing binnenkort doen toekomen.

De leden van de fractie van het CDA vragen of het communiceren van premieopbouw naar verzekerden iets anders is dan uitleg over besteding van het rendement?

Dit zijn verschillende aspecten. Ik zie de communicatie over de premieopbouw als het inzichtelijk maken hoe de premie van het komende jaar tot stand is gekomen. Daarbij kan een zorgverzekeraar transparant zijn door informatie (in tekst en cijfers) te geven over componenten die een rol spelen bij de vaststelling van de premie. Voorbeelden van deze componenten zijn: de bedrijfskosten, de raming van zorguitgaven, de beoogde opbouw van reserve en verzekeringstechnische risico-opslagen. In de uitleg over de premieopbouw kan een verzekeraar ook aangeven dat in het verleden behaalde rendementen zijn ingezet om de premie voor het komende jaar lager vast te stellen. Met name de communicatie over de hoogte van deze inzet van de reserves is mijn inziens een belangrijk element in de transparantie die verzekeraars zouden moeten nastreven.

De leden van de fractie van het CDA vragen welke bepalingen rondom de bestemming van rendementen in de financiële verantwoording zijn opgenomen. Ook vragen zij mij of zorgverzekeraars richting verzekerden de plicht hebben helder te omschrijven hoe het behaalde rendement verdeeld wordt, en waar aan besteed wordt?

In de financiële verantwoording in de jaarrekening en jaarverslagen, welke moeten worden aangeleverd aan De Nederlandsche Bank en de Kamer van Koophandel, kan het behaalde resultaat in principe maar een beperkt aantal bestemmingen hebben. De voorschriften hiervoor zijn vastgelegd in Art. 392 BW2, lid 1. Zo is in de statutaire regeling van zorgverzekeraars opgenomen hoe moet worden omgegaan met behaald (positief) resultaat. Deze informatie is openbaar. Voor zorgverzekeraars die op coöperatieve basis georganiseerd zijn, schrijven de statuten voor dat er geen winstuitkering aan aandeelhouders mag plaatsvinden.

Bij bepaling van de bestemming van het resultaat moet als eerste worden nagegaan of in het verleden geleden verliezen gecompenseerd moeten worden.

Voorts moet rekening gehouden worden met het gegeven dat een deel van het resultaat voortkomt uit rendementen op beleggingen, en zodoende is dit deel niet liquide. En verder heeft een zorgverzekeraars-concern de mogelijkheid om een herschikking van kapitaal tussen risicodragers uit te voeren. Hiervoor is echter toestemming nodig van De Nederlandsche Bank. Uiteindelijk kan het resterende resultaat alleen worden toegevoegd aan de zogenaamde technische premie- en schadevoorzieningen en de reserves. De hierboven beschreven elementen moeten door zorgverzekeraars in jaarrekening en jaarverslag worden verantwoord.

Nominale premie 2014

De leden van de SP-fractie vragen of een groot deel van de premiedaling die voor 2014 is voorzien bestaat uit het wegvallen van de opslag voor het zorgverzekeringsfonds. Zij vragen ook welk deel van de premiedaling het gevolg is van het wegvallen van deze opslag en welk deel verklaard wordt door de verhoging van het verplicht eigen risico naar 360 euro. In de begroting van VWS is uitgegaan van een premiedaling van 24 euro. Zoals ik die destijds voorzag, zijn er drie oorzaken in de begroting opgenomen waardoor de premie 2014 lager kon worden vastgesteld ten opzichte van 2013. Belangrijkste oorzaak is het wegvallen van de opslag voor het zorgverzekeringsfonds. Dit leidt tot een daling van de premie met circa 80 euro. Ook werd aangenomen dat zorgverzekeraars een lagere opbouw van reserves nastreven (een daling van 5 euro) en daarnaast daalt de premie als gevolg van de indexering van het eigen risico met circa 15 euro. De zorgverzekeraars hebben de premie nog lager vastgesteld. De werkelijke premiedaling blijkt op gemiddeld 121 euro uit te komen. Een verklaring voor deze sterkere daling is waarschijnlijk een lagere inschatting van de zorgkosten voor 2014 door zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars geven namelijk aan dat de zorginkoop en afspraken in de verschillende bestuursakkoorden leiden tot lagere zorgkosten voor 2014. Daarnaast geven enkele zorgverzekeraars expliciet aan dat zij winsten uit afgelopen jaren hebben verdisconteerd in de premie 2014. Dit laatste is een incidentele inzet van reserves.