

Vergaderjaar 2014–2015

**29 689**

**Herziening Zorgstelsel**

**Nr. 554**

**VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG**

Vastgesteld 23 oktober 2014

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 19 september 2014 over het ontwerpbesluit houdende wijziging van het Besluit Zorgverzekering in verband met de vereveningsbijdrage voor het kalenderjaar 2015 (Kamerstuk 29 689, nr. 543).

De vragen en opmerkingen zijn op 10 oktober 2014 aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorgelegd. Bij brief van 21 oktober 2014 zijn de vragen beantwoord.

De voorzitter van de commissie,  
Lodders

Adjunct-griffier van de commissie,  
Sjerp

I.	Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	2
II.	Reactie van de Minister	4

## **I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties**

### **Vragen en opmerkingen van de PvdA-fractie**

De leden van de PvdA-fractie hebben kennisgenomen van het ontwerpbesluit houdende wijziging van het Besluit Zorgverzekering in verband met de vereveningsbijdrage voor het kalenderjaar 2015 en hebben hierover nog enkele vragen en opmerkingen.

Genoemde leden vragen hoe zij de opmerking dienen te plaatsten dat de bandbreedte regeling voor het cluster verpleging en verzorging nader bij ministeriële regeling ingevuld zal worden, daar deze reeds bekend is gemaakt in de brief van 19 september 2014 (Kamerstuk 29 689, nr. 544). In hoeverre kan nog van deze voorgenomen invulling af worden geweken? Is de Minister van mening dat de invulling van de ex-post compensatie voor verpleging en verzorging recht doet aan de kwaliteit van de ex-ante verevening, ongewenste prikkels tot risicoselectie en de prikkels tot doelmatigheid? Verder vragen deze leden, daar de Minister bij herhaling heeft aangegeven dat de kwaliteit van de ex-ante verevening leidend zal zijn voor de afbouw van de ex-post compensaties, dat deze ex-post compensatie voor verpleging en verzorging inderdaad pas afgebouwd zal worden op het moment dat hier een adequaat ex-ante vereveningsmodel voor is geformuleerd.

### **Vragen en opmerkingen van de SP-fractie**

De leden van de SP-fractie hebben met zorg kennisgenomen van het ontwerpbesluit, houdende wijziging van het Besluit Zorgverzekering in verband met de vereveningsbijdrage voor het kalenderjaar 2015. Deze leden zijn geen voorstander van marktwerking in de zorg en zijn van mening dat de concurrentie onder zorgverzekeraars niet zal leiden tot een betere of doelmatigere zorg. Genoemde leden zijn ervan overtuigd dat dit zal leiden tot onder andere risicoselectie. Zij vragen de Minister of zij niet ziet dat drempels worden voor de aanvullende verzekeringen, in de hoop dat mensen geen basisverzekering afsluiten, voor bepaalde groepen zoals ouderen of chronisch zieken. Zij vragen daarnaast of juist specifiek «klanten lokken» onder andere groepen zoals studenten of tijdelijke arbeidsmigranten gerechtvaardigd is. De leden van de SP-fractie zijn van mening dat een optimaal werkende ex-ante vereveningsmodel een utopie is van deze Minister. Is de Minister ondanks de alsmaar groeiende complexiteit en onoverzichtelijkheid nog altijd van mening dat risicoselectie uitgesloten kan worden op basis van een ex-ante vereveningsmodel? De leden van de SP-fractie vinden dat het ex-post compensatiemechanisme in het huidige systeem van risicoverevening toegepast moet worden. Risicodragendheid leidt tot risicoselectie, wat vindt de Minister van deze stelling?

Los van het oordeel van genoemde leden over de mogelijkheid om een ex-ante vereveningsmodel op te zetten dat risicoselectie totaal uitsluit, willen zij graag van de Minister weten wat zij doet in de situaties dat de nieuwe onderdelen waarop de risicodragendheid voor verzekeraars leidt tot uitsluiting van mensen voor de verzekering of van vergoeding voor behandelingen. Wat doet de Minister als blijkt dat het toevoegen van verzorging en verpleging tot de risicodragende onderdelen van de zorgverzekering leidt tot het uitsluiten van mensen die deze zorg nodig hebben? Hetzelfde geldt voor het aanmerken van de kosten voor tweede

en derde jaar van de op behandeling gerichte ggz als vaste zorgkosten. Mogen patiënten geweerd worden, of hun behandelaars van vergoeding? Mag de selectieve inkoop van zorgverzekeraars leiden tot het staken van een behandeling of het doorbreken van een behandelrelatie? De leden van de SP-fractie betreuren het echter dat de Minister voornemens is het ex-post compensatiemechanisme op korte termijn geheel af te bouwen om de genoemde redenen. Welke garantie kan de Minister geven dat het risicovereveningsmodel voor de zintuigelijke gehandicaptenzorg voldoende werkt, dat de ex-post compensatie nu al kan komen te vervallen? Wanneer de voorgestelde aanpassingen van het risicovereveningsmodel nadelig uitpakken voor verzekerden en er nog meer risicoselectie op de basisverzekering optreedt, is de Minister dan bereid het besluit terug te draaien? Bovendien dringen deze leden er op aan het afschaffen van ex-post compensatie te koppelen aan de kwaliteit van de risicoverevening en niet aan een harde deadline. Genoemde leden verwachten een uitgebreide beantwoording op de hierboven gestelde vragen.

De leden van de SP-fractie betreuren het bovendien dat de Minister heeft besloten dat de bandbreedteregeling komt te vervallen. Evenals de ex-post compensatie was deze regeling volgens deze leden een rem op maximale onderlinge concurrentie van zorgverzekeraars. Het vervallen ervan vergroot volgens deze leden dan ook wederom de kans op risicoselectie. Kan de Minister toelichten waarom zij van mening is dat het risicovereveningsmodel model inmiddels dermate goed genoeg werkt, dat de bandbreedteregeling afgeschaft kan worden? Wat is het effect hiervan voor «dure patiënten» zoals ouderen en chronische zieken en voor de kleine zorgverzekeraars? Is de Minister bereid ook dit besluit terug te draaien als het leidt tot nadelige effecten voor genoemde groepen? Hoe gaat de Minister hierop toezien? Genoemde leden verwachten een uitgebreide reactie van de Minister.

Tot slot delen de leden van de SP-fractie de zorgen met betrekking tot mogelijke fraude. Hoe kan de Minister garanderen dat zorgverzekeraars de juiste verzekerdenkenmerken aanleveren voor de verdeling van het macro-deelbedrag verpleging en verzorging? Vindt de Minister het wenselijk dat behandelaars aan hun patiënten moeten vragen welke opleiding zij gevolgd hebben, omdat dit moet worden doorgegeven aan de zorgverzekeraar? Weet de Minister dat de sanctie op het niet doorgeven van dit soort informatie is dat behandelingen niet vergoed worden? Wat vindt de Minister hiervan?

### **Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie**

De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van het ontwerpbesluit houdende wijziging van het Besluit Zorgverzekering in verband met de vereveningsbijdrage voor het kalenderjaar 2015 en hebben hierover nog enkele vragen en opmerkingen.

Genoemde leden zijn zeer huiverig over de, door de Minister, ingezette koers om zorg die langdurig van aard is over te hevelen naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). Deze leden willen dan ook graag weten hoe de Minister de aangenomen motie Keijzer (Kamerstuk 33 891, nr. 99) gaat uitvoeren.

De Zorgverzekeringswet richt zich immers op de kortdurende zorg. Dit mede gezien het feit dat de Minister nog steeds streeft naar een algehele risicodragendheid voor het zorgverzekeringsstelsel per 2017. Dat de Minister eerder in een algemeen overleg haar twijfel heeft uitgesproken of er tot een goed vereveningssysteem voor de GGZ gekomen kan worden, maakt dat deze leden de Minister op dat punt de komende tijd nauwlettend zal volgen. Voor de leden van de CDA-fractie is het heel belangrijk dat de solidariteit van het stelsel behouden blijft en dit niet mag leiden tot een vorm van indirecte risicoselectie die deels veroorzaakt

wordt, omdat het vereveningssysteem (nog) niet op orde is. Mensen met een GGZ-problematiek zijn kwetsbaar en mogen hier zeker niet de dupe van worden.

Het basispakket van de Zvw wordt met ingang van 1 januari 2015 uitgebreid met zintuigelijke gehandicaptenzorg, verpleging en verzorging zonder verblijf en de GGZ op behandeling gerichte geestelijke gezondheidszorg met verblijf. Kan de Minister een overzicht geven hoeveel middelen er overgaan naar zowel de variabele kosten van de medisch specialistische zorg (onderdeel van de variabele zorgkosten) en in verband met GGZ verblijfszorg 2<sup>e</sup> en 3<sup>e</sup> jaar naar de vaste kosten?.

Voor de verpleging en verzorging moet een apart vereveningsmodel ingevoerd worden. Daarvoor moet een apart macrodeelbedrag komen en het Zorginstituut verdeelt de bedragen.

Wanneer denkt de Minister dat deze bedragen bekend zijn?

Kan de Minister toelichten waarom de bandbreedteregeling voor variabele kosten van medisch specialistische zorg komt te vervallen per 1 januari 2015 en wat dit vervolgens betekent voor de overheveling van de zintuigelijke gehandicaptenzorg die onder dit macro-deelbedrag valt?

Onder het kopje fraudetoets geeft de Minister aan dat de introductie van het macro-deelbedrag «kosten van verpleging en verzorging» leidt tot enige additionele frauderisico's. Het zou dan gaan om de verzekerdenkenmerken. Wat bedoelt de Minister hier precies mee? Hoe gaat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) dit controleren?

## **II. Reactie van de Minister**

### **Vragen en opmerkingen van de PvdA-fractie**

1. *De leden van de PvdA-fractie vragen hoe zij de opmerking dienen te plaatsten dat de bandbreedteregeling voor het cluster verpleging en verzorging nader bij ministeriële regeling ingevuld zal worden, daar deze reeds bekend is gemaakt in de brief van 19 september 2014 (Kamerstuk 29 689 nr. 544). Zij vragen in hoeverre nog van deze voorgenomen invulling af kan worden geweken.*

De voorgenomen invulling inzake de bandbreedteregeling voor het deelbedrag verpleging en verzorging, zoals verwoord in mijn brief van 19 september 2014, geeft mijn definitieve standpunt weer. Ik zal dan ook niet van dit voornemen afwijken in de ministeriële regeling. Zorgverzekeraars gaan bij hun premiestelling uit van deze bandbreedteregeling. De invulling in de ministeriële regeling betreft uitsluitend de technische uitwerking van dit standpunt.

De besluitvorming inzake de bandbreedteregeling verpleging en verzorging is expliciet aan de orde geweest in het Algemeen Overleg met uw Kamer op 23 september 2014. Vervolgens is tijdens het VAO op 30 september 2014 een motie ingediend door het lid Leijten over het op 100% stellen van de ex post compensatie voor verpleging en verzorging in 2015<sup>1</sup>. Deze motie is door uw Kamer verworpen.

Het risicovereveningssysteem voor het jaar 2015 zal juridisch worden vastgelegd in de Regeling risicoverevening 2015. Deze regeling vindt ondermeer zijn grondslag in de thans voorgehangen algemene maatregel van bestuur tot wijziging van het Besluit zorgverzekering. De concept Regeling risicoverevening 2015 is op 2 oktober 2014 in de Staatscourant bekend gemaakt.<sup>2</sup> Dit is noodzakelijk, aangezien het Zorginstituut verplicht is op basis hiervan beleidsregels vast te stellen, zodat de ex ante

<sup>1</sup> Kamerstuk 29 689, nr. 547

<sup>2</sup> Staatscourant nr. 27005, <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stcrt-2014-27005.html>

vereveningsbijdrage voor 1 november 2014 aan de zorgverzekeraars kan worden toegekend.

Deze concept Regeling risicoverevening 2015 zal definitief worden vastgesteld zodra de onderhavige algemene maatregel van bestuur tot wijziging van het Besluit zorgverzekering in het Staatsblad is gepubliceerd.

- 2. De leden van de PvdA-fractie vragen mij of bij de invulling van de ex post compensatie voor verpleging en verzorging recht is gedaan aan de kwaliteit van de ex ante verevening, prikkels tot risicoselectie en de prikkels tot doelmatigheid.*

Mijn antwoord hierop is bevestigend. Zoals ik in mijn brief van 19 september over de ex post compensaties in het risicoverevenings-systeem 2015<sup>3</sup> heb aangegeven, zet ik in 2015 gepaste ex post compensaties in om enerzijds het gelijke speelveld voor zorgverzekeraars te borgen en de prikkel tot risicoselectie te mitigeren en anderzijds zorgverzekeraars financieel te prikkelen om zich te richten op doelmatige zorginkoop, door een eerste stap richting volledige risicodragendheid te zetten.

- 3. De leden van de PvdA-fractie vragen mij of de ex post compensaties voor verpleging en verzorging pas afgebouwd zullen worden op het moment dat een adequaat ex ante vereveningsmodel is geformuleerd.*

Het klopt dat ten aanzien van de risicodragendheid voor de kosten voor verpleging en verzorging de kwaliteit van het ex ante risicovereveningsmodel leidend zal zijn. Het uitgangspunt is volledige risicodragendheid voor de kosten voor verpleging en verzorging in 2017. Daarom span ik mij de komende jaren tot het uiterste in om de kwaliteit van het ex ante vereveningsmodel voor de kosten voor verpleging en verzorging te verbeteren. Er is echter op voorhand geen objectieve, directe relatie tussen de kwaliteit van de ex ante modellen en de inzet van ex post compensaties te geven. De inzet van ex post compensaties blijft een afweging tussen de kwaliteit van de ex ante risicoverevening en de juiste prikkels in het systeem.

#### **Vragen en opmerkingen van de SP-fractie**

- 4. De leden van de SP-fractie vragen mij of ik niet zie dat drempels worden gecreëerd voor de aanvullende verzekeringen, in de hoop dat mensen geen basisverzekering afsluiten, voor bepaalde groepen zoals ouderen of chronisch zieken.*

Uit de evaluatie Zorgverzekeringwet die ik u recentelijk heb toegestuurd blijkt dat de mobiliteit onder chronisch zieken en ouderen ook in 2014 ten opzichte van andere groepen relatief laag is. Eén van de oorzaken die de onderzoekers hiervoor benoemen, betreft de angst voor een hogere premie en de angst om niet geaccepteerd te worden voor de aanvullende verzekering bij de andere zorgverzekeraar. De onderzoekers constateren dat deze beleving van verzekerden niet overeenkomt met de praktijk. In de praktijk blijkt namelijk dat in 2014 maar vier van de 35 labels van zorgverzekeraars voor een deel van de aanvullende verzekering aanvullende vragen stellen voorafgaand aan de toelating. Bovendien wordt de toegankelijkheid van zowel basisverzekering als aanvullende verzekering door de NZa als goed aangeduid. In mijn reactie op de evaluatie ga ik hier nader op in.

<sup>3</sup> Kamerstuk 29 689, nr. 544

5. *De leden van de SP-fractie vragen daarnaast of juist specifiek «klanten lokken», onder andere groepen zoals studenten of tijdelijke arbeidsmigranten, gerechtvaardigd is.*

Zorgverzekeraars hebben een acceptatieplicht en daarnaast geldt een verbod op premiedifferentiatie. Daarmee wordt de toegankelijkheid van de basisverzekering voor iedereen gegarandeerd. In het onderzoek naar de acceptatieplicht dat de NZa eerder dit jaar heeft gedaan signaleerde de NZa een paar mogelijk ongewenste vormen van sturing door verzekeraars. De NZa heeft daar specifieke acties op gezet.

Zo zouden sommige verzekeraars potentiële verzekerden via de website «automatisch» naar bepaalde polissen leiden. Om dit tegen te gaan, onderzoekt de NZa of de transparantie-eisen kunnen worden aangescherpt.

Daarnaast worden in sommige gevallen praktische drempels opgeworpen bij het vinden of afsluiten van een polis voor mensen die niet tot de doelgroep behoren. Zij kunnen zich bijvoorbeeld alleen schriftelijk inschrijven. De NZa is reeds gestart met een onderzoek naar de vraag of verzekeraars ertoe verplicht kunnen worden om iedereen dezelfde mogelijkheden tot inschrijven te geven. De resultaten hiervan verwacht ik in december.

6. *De leden van de SP-fractie vragen mij of ik ondanks de alsmaar groeiende complexiteit en onoverzichtelijkheid nog altijd van mening ben dat risicoselectie kan worden uitgesloten op basis van een ex ante vereveningsmodel.*

Ik ben van mening dat op basis van objectieve factoren gerelateerd aan leeftijd, geslacht, gezondheid en sociaal economische status een goed werkend risicovereveningsmodel vorm gegeven kan worden. Bij een goed werkend ex ante vereveningssysteem is risicoselectie geen lonende strategie. Ik heb geen signalen ontvangen dat er sprake is van risicoselectie door zorgverzekeraars. 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, in de eerste plaats door het toezicht van de NZa. Daarnaast luister ik naar andere signalen die duiden op (mogelijke) risicoselectie. Zo is er bijvoorbeeld jaarlijks overleg met CG-raad en NPCF over de risicoverevening en risicoselectie. Tijdens het AO van 23 september heb ik de Kamer reeds toegezegd dat de NZa de risico's op risicoselectie nader onderzoekt en daarin ook het effect betreft van het vergroten van de mate van risicodragendheid voor zorgverzekeraars op risicoselectie.

De leden van de SP-fractie zijn van mening dat een optimaal werkend risicovereveningssysteem een utopie is. Ik weet niet precies wat de leden van de SP-fractie verstaan onder optimaal. Het risicovereveningssysteem van Nederland is een van de beste ter wereld – hetgeen overigens niet wil zeggen, dat het niet op punten nog verbeterd kan worden. Daarnaast is het goed te beseffen dat het niet het doel van het ex ante vereveningssysteem is om alle kostenverschillen te compenseren; een deel van die kostenverschillen komt immers voort uit praktijkvariatie en zorginkoop. Volledige compensatie van de gerealiseerde zorgkosten vanuit het systeem van risicoverevening zou praktijkvariatie tussen zorgaanbieders en verschillen in zorginkoop tussen zorgverzekeraars compenseren en de doelmatigheid zoals dat met de invoering van de Zorgverzekeringswet wordt beoogd verminderen.

7. *De leden van de SP-fractie vragen mij wat ik van de stelling vind dat risicodragendheid tot risicoselectie leidt.*

Ik ben het niet eens met deze stelling. Zonder een goed werkend ex ante vereveningssysteem leidt risicodragendheid inderdaad tot een prikkel tot risicoselectie. Met een goed werkend ex ante vereveningsmodel is risicoselectie echter geen lonende strategie.

8. *De leden van de SP-fractie willen graag van mij weten wat ik doe in de situaties dat risicodragendheid voor verzekeraars leidt tot uitsluiting van mensen voor de verzekering of van vergoeding voor behandelingen.*

Allereerst ga ik zorgvuldig om met de mate waarin zorgverzekeraars risicodragend zijn voor de nieuwe aanspraken in de Zvw. De acceptatieplicht zorgt er voor dat verzekerden niet kunnen worden uitgesloten van een zorgverzekering. Omdat het basispakket vast ligt en voor iedereen gelijk is zullen er ook geen verzekerden zijn die worden uitgesloten van vergoeding voor een behandeling waar ze op grond van de Zorgverzekeringswet recht op hebben. Ik heb u in het Algemeen Overleg van 23 september toegezegd dat in het NZa-onderzoek naar mogelijke risicoselectie ook gekeken zal worden naar het effect van de grotere risicodragendheid op (het risico van) risicoselectie.

9. *De leden van de SP fractie vragen wat ik doe als blijkt dat het toevoegen van verzorging en verpleging tot de risicodragende onderdelen van de zorgverzekering leidt tot het uitsluiten van mensen die deze zorg nodig hebben. Hetzelfde geldt voor het aanmerken van de kosten voor tweede en derde jaar van de op behandeling gerichte ggz als vaste zorgkosten.*

Mensen die zorg nodig hebben, kunnen zich voor de basisverzekering verzekeren bij de verzekeraar van hun keuze. Geen verzekerde wordt uitgesloten. Omdat het ex ante vereveningsmodel voor de kosten van verpleging en verzorging nog niet optimaal is heb ik voor 2015 gekozen voor een beperkte stap richting risicodragendheid. Met de keuze voor een bandbreedte van +/- € 5 en nacalculatie van 95% buiten de bandbreedte is het maximale verlies voor de verzekeraars beperkt. Ook daarom acht ik de kans op risicoselectie in 2015 minimaal.

Voor de kosten voor tweede en derde jaar op behandeling gerichte ggz zet ik in 2015 geen stap richting risicodragendheid. Er zijn verbeteringen in de ex ante verevening nodig om stappen te zetten richting risicodragendheid.

De komende tijd zet ik alles op alles om de vereveningsmodellen te verbeteren zodat de (verdere) risicodragendheid verantwoord kan worden ingevoerd.

10. *De leden van de SP-fractie vragen of patiënten geweerd mogen worden, of hun behandelaars van vergoeding.*

Voor zorgverzekeraars geldt een acceptatieplicht, hetgeen betekent dat patiënten niet geweerd kunnen worden. De vergoeding van behandelaars is afhankelijk van de vraag of de zorgverzekeraar een contract met de betreffende behandelaar heeft afgesloten. Daarbij geldt dat de zorgverzekeraar een zorgplicht heeft. De zorgverzekeraar moet voldoende zorg inkopen om aan de vraag van zijn verzekerden te kunnen voldoen.

11. *De leden van de SP-fractie vragen of de selectieve inkoop van zorgverzekeraars mag leiden tot het staken van een behandeling of het doorbreken van een behandelrelatie.*

In de Zvw (artikel 13, lid 5) is geregeld dat een verzekerde recht heeft op het voorzetten van een lopende behandeling indien de verzekeraar gedurende de behandeling het contract met de zorgverzekeraar beëindigt.

12. *De leden van de SP-fractie vragen welke garantie ik kan geven dat het risicovereveningsmodel voor de zintuiglijke gehandicaptenzorg voldoende werkt, dat de ex-post compensatie nu al kan komen te vervallen.*

Over de risicoverevening voor de kosten van extramurale behandeling voor deze groep mensen heb ik in het VSO «bekostiging behandeling zintuiglijk gehandicaptenzorg en de toepasbaarheid van het macrobeheersinstrument» een uitgebreid antwoord gegeven.<sup>4</sup> Vervolgens heb ik in het VSO van 3 september 2014 inzake het SO Risicovereveningsmodel 2015 nogmaals uitgebreid antwoord gegeven.<sup>5</sup> Ik verwijs de fractie van de SP naar deze twee brieven.

13. *De leden van de SP-fractie vragen mij of ik bereid ben het besluit terug te draaien als het vereveningsmodel nadelig uitpakt voor verzekerden en er nog meer risicoselectie op de basisverzekering optreedt.*

De vraag suggereert dat er reeds risicoselectie op de basisverzekering plaatsvindt. Ik heb geen signalen ontvangen dat er sprake is van risicoselectie door zorgverzekeraars. 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, in de eerste plaats door het toezicht van de NZa. Daarnaast luister ik naar andere signalen die duiden op (mogelijke) risicoselectie. Zo is er bijvoorbeeld jaarlijks overleg met CG-raad en NPCF over de risicoverevening en risicoselectie. Tijdens het AO van 23 september heb ik de Kamer reeds toegezegd dat de NZa de risico's op risicoselectie nader onderzoekt en daarin ook het effect betreft van het vergroten van de mate van risicodragendheid voor zorgverzekeraars op risicoselectie.

De kwaliteit van het ex ante model voor de somatische zorg, waarmee ook de kosten voor zintuiglijk gehandicapten verevend worden, is goed. Door de afschaffing van ex post compensaties versterk ik de prikkels tot doelmatige zorginkoop. Ik ben daarom niet bereid eerdere besluiten met betrekking tot de inzet van ex post compensaties terug te draaien.

14. *De leden van de SP-fractie dringen er op aan dat het afschaffen van ex post compensaties gekoppeld wordt aan de kwaliteit van de risicoverevening en niet aan een harde deadline.*

Het klopt dat ten aanzien van de risicodragendheid voor de kosten voor verpleging en verzorging de kwaliteit van het ex ante risicovereveningsmodel leidend zal zijn. Het uitgangspunt is volledige risicodragendheid voor deze kosten in 2017. Daarom span ik mij de komende jaren tot het uiterste in om de kwaliteit van het ex ante model voor de kosten voor verpleging en verzorging te verbeteren. Bij verpleging en verzorging hangt de precieze omvang van de stap die we maken ten aanzien van de risicodragendheid in 2016 (waarover ik u in september 2015 zal informeren), af van wat we in het ex ante systeem kunnen verbeteren en de

<sup>4</sup> Kamerstuk 30 597, nr. 458

<sup>5</sup> Kamerstuk 29 689, nr. 540, pagina 23



verwachting dat verzekeraars na het overgangsjaar 2015 een beter beeld hebben van – en invloed kunnen hebben op – de te leveren zorg. Er is een geloofwaardig perspectief op effectieve risicoverevening voor verpleging en verzorging. Dat blijkt uit een aantal onderzoeken, waaronder het artikel van iBMG «risicoverevening voor de ouderenzorg» in Economische Statistische Berichten in 2013. Zoals ik tijdens het AO risicoverevening op 23 september 2014 heb aangegeven, houd ik me daaraan vast, tenzij gedurende de komende tijd blijkt dat dit onverantwoord zou zijn.

Wat betreft de langdurige GGZ streef ik naar een volledig risicodragende uitvoering van deze zorg eind 2017. Ook hier is de kwaliteit van het ex ante model leidend. Zoals ik heb aangegeven tijdens het VAO Zvw en risicoverevening op 30 september 2014, zal hierover uiterlijk 1 juli 2016 een besluit worden genomen.

*15. De leden van de SP-fractie betreuren het vervallen van de bandbreedteregeling. Volgens hen vergroot dat de kans op risicoselectie. De leden van de SP-fractie vragen mij daarom waarom ik van mening ben dat het risicovereveningsmodel inmiddels dermate goed werkt, dat de bandbreedteregeling afgeschaft kan worden.*

De bandbreedteregeling vervalt, conform de vastlegging hierover in het Besluit zorgverzekering.<sup>6</sup> Dit is inhoudelijk te onderbouwen, omdat de voorspelkracht van het vereveningsmodel 2015 beter is dan het vereveningsmodel 2014. Het vereveningsmodel 2015 voor de somatische zorg is kwalitatief goed en robuust.<sup>7</sup> De kwaliteit van het ex ante somatische model is voldoende om geen ex post compensaties meer in te zetten.

*16. De leden van de SP-fractie vragen welk effect het afbouwen van ex post compensaties heeft voor de «dure patiënten» zoals ouderen en chronisch zieken en voor de kleine zorgverzekeraars.*

De risicoverevening heeft als doel dat elke verzekerde een gelijk verzekeringsrisico is voor een zorgverzekeraar. Voor een zorgverzekeraar zou het niet moeten uitmaken of hij een gezonde of een chronisch zieke verzekerde in de portefeuille heeft. En met een goed werkend ex ante vereveningsmodel is risicoselectie geen lonende strategie. Als het stelsel goed werkt dan kan in deze situatie een chronisch zieke verzekerde zelfs aantrekkelijker zijn dan een gezonde verzekerde, omdat een verzekeraar door goede en doelmatige zorg te organiseren en in te kopen, winst kan maken op de vereveningsbijdrage. Op een vereveningsbijdrage van bijvoorbeeld 15.000 euro (die de verzekeraar ontvangt voor een chronisch zieke verzekerde) zijn eenvoudiger doelmatigheidswinsten te behalen dan op een vereveningsbijdrage van 50 euro (die de verzekeraar ontvangt voor een gezonde verzekerde). De verzekeraar die deze winsten kan behalen op de vereveningsbijdrage wordt vervolgens aantrekkelijker door de goede kwaliteit van zorg en door een concurrerende premie.

Ik ga in op de uitkomsten van de groep kleine verzekeraars aangezien ik terughoudend moet zijn met het verstrekken van resultaten van individuele verzekeraars. Dit betreft immers bedrijfsgevoelige informatie. Ik definieer een kleine verzekeraar als een verzekeraar met minder dan 150.000 verzekerden. Het gemiddeld resultaat voor de somatische zorg bij de zeven kleine verzekeraars is naar verwachting positief na de ex ante verevening (+ 7 euro per verzekerde). Van de zeven verzekeraars hebben drie een negatief resultaat en vier een positief resultaat. Het beeld is dus gemêleerd. Als in 2015 nog steeds een bandbreedteregeling zou zijn

<sup>6</sup> Staatsblad 384, 2 oktober 2013

<sup>7</sup> Kamerstuk 29 689, nr. 544

gehanteerd van 80 euro, dan zouden de resultaten van vijf kleine verzekeraars overwegend naar beneden zijn aangepast: de winsten zouden worden afgeroomd. Het afschaffen van de bandbreedteregeling heeft dus voor de meeste kleine verzekeraars een positief of neutraal effect.

*17. De leden van de SP-fractie vragen mij of ik bereid ben het besluit terug te draaien als het leidt tot nadelige effecten van genoemde groepen.*

Ik ben niet voornemens om afbouw van de ex post compensaties te heroverwegen, aangezien ik vertrouwen heb in de werking van het risicovereveningsmodel.

*18. De leden van de SP-fractie vragen mij hoe ik op de nadelige effecten voor chronisch zieken en ouderen ga toezien.*

Ik heb geen signalen ontvangen dat er sprake is van risicoselectie door zorgverzekeraars. 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, in de eerste plaats door het toezicht van de NZa. Daarnaast luister ik naar andere signalen die duiden op (mogelijke) risicoselectie. Zo is er bijvoorbeeld jaarlijks overleg met CG-raad en NPCF over de risicoverevening en risicoselectie. Tijdens het AO van 23 september heb ik de Kamer reeds toegezegd dat de NZa de risico's op risicoselectie nader onderzoekt en daarin ook het effect betreft van het vergroten van de mate van risicodragendheid voor zorgverzekeraars op risicoselectie.

*19. De leden van de SP-fractie delen de zorgen met betrekking tot mogelijke fraude en vragen hoe ik kan garanderen dat zorgverzekeraars de juiste verzekerdenkenmerken aanleveren voor de verdeling van het macro-deelbedrag verpleging en verzorging.*

Voor de informatieverstrekking door verzekeraars geldt een aantal regels en voorschriften, dat waarborgt dat de gebruikte informatie betrouwbaar is. Bij de gegevens die de verzekeraars aanleveren wordt een bestuursverklaring door de zorgverzekeraar afgegeven en een verklaring door een accountant over de juistheid van de gegevens. De informatie is ook beschikbaar voor een eventuele review door de NZa.

*20. De leden van de SP-fractie vragen of ik het wenselijk vind dat behandelaars aan hun patiënten moeten vragen welke opleiding zij gevolgd hebben omdat dit moet worden doorgegeven aan de zorgverzekeraar.*

Uiteraard moet de behandelaar zich een beeld vormen van het cognitieve vermogen van de patiënt zodat deze op de juiste wijze kan worden geïnformeerd over de behandeling. De opleiding van de patiënt kan daarbij een rol spelen. Ik ben er niet mee bekend dat behandelaars ook zorgverzekeraars (moeten) informeren over het opleidingsniveau van hun patiënten. Met het oog op de privacy van de patiënt ben ik van mening dat in het traject tussen behandelaars en zorgverzekeraars alleen strikt noodzakelijke informatie dient te worden uitgewisseld.

*21. De leden van de SP-fractie vragen of ik weet dat de sanctie op het niet doorgeven van dit soort informatie is dat behandelingen niet vergoed worden. Zij vragen wat ik hiervan vind.*

Zoals aangegeven in mijn reactie op de voorgaande vraag ben ik er niet mee bekend dat behandelaars gedwongen (meer dan noodzakelijke) privacygevoelige informatie over hun patiënten verstrekken aan de zorgverzekeraar, en dat dit leidt tot het niet vergoeden van zorg. Als dit gebeurt, is dit niet conform de wet. Ik ken deze situaties niet, maar mocht dit voorkomen in de praktijk, dan verneem ik (of verneemt de NZa) dit graag.

### **Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie**

*22. De leden van de CDA-fractie hebben aangegeven zeer huiverig te zijn over de «ingezette koers om zorg die langdurig van aard is over te hevelen naar de Zorgverzekeringswet (Zvw)». Deze leden willen graag weten hoe ik de aangenomen motie Keijzer (Kamerstuk 33 891, nr. 99) ga uitvoeren.*

Bij de stemming over het wetsvoorstel Wet langdurige zorg (Wlz) zijn door uw Kamer moties aangenomen van de leden Keijzer (Kamerstuk 33 891, nr. 99) en Leijten (Kamerstuk 33 891, nr. 97). Bij die gelegenheid heeft uw Kamer het kabinet om een reactie op deze moties gevraagd. Door middel van onderstaand antwoord doe ik uw Kamer, mede namens de Staatssecretaris van VWS, de gevraagde reactie toekomen.

Bovenvermelde motie van het lid Keijzer roept de regering op om de Wlz een volksverzekering te laten blijven en deze ook op de lange termijn niet over te dragen naar de Zorgverzekeringswet. De motie van het lid Leijten spreekt uit dat de inkoop van de langdurige zorg niet risicodragend dient te worden uitgevoerd.

Zoals verwoord in de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel Wlz heeft het kabinet een eventuele toekomstige risicodragende uitvoering van de Wlz verbonden aan een aantal voorwaarden. Deze voorwaarden hebben betrekking op de omvang van de Wlz, de ontwikkeling van een adequaat risicovereveningsmodel en een aantoonbare doelmatigere uitvoering. Aan genoemde voorwaarden kan nog niet worden voldaan. Gelet op de aangenomen moties zal deze kabinetsperiode niet worden besloten om Wlz-zorg risicodragend te laten uitvoeren door zorgverzekeraars of over te hevelen naar de Zvw.

*23. Het Zvw-pakket wordt per 2015 uitgebreid met zintuiglijke gehandicaptenzorg, verpleging en verzorging zonder verblijf en op behandeling gerichte geestelijke gezondheidszorg met verblijf. De leden van de CDA-fractie vragen naar een overzicht van de hoeveelheid middelen die overgaan naar zowel de variabele kosten van de medisch specialistische zorg (onderdeel van de variabele zorgkosten) en in verband met GGZ verblijfszorg 2<sup>e</sup> en 3<sup>e</sup> jaar naar de vaste kosten.*

Met onderhavig Besluit verdwijnen de «variabele kosten van de medisch specialistische zorg» per 2015. Deze worden als gevolg van het Besluit samengevoegd met het deelbedrag «overige prestaties» tot het deelbedrag «variabele zorgkosten». De kosten van extramurale behandeling voor zintuiglijk gehandicapten worden aan dit (nieuwe) deelbedrag «variabele zorgkosten» toegerekend. Het gaat hierbij om een bedrag van ruim € 170 mln. De kosten voor langdurige GGZ worden toegerekend aan de vaste kosten, deze bedragen in 2015 ruim € 80 mln. De kosten voor wijkverpleging vormen een apart deelbedrag en worden dus niet toegevoegd aan de variabele kosten of aan de vaste kosten. Alle bedragen zijn ook terug te vinden in de begroting van VWS, tabel 7A, pagina 160 en binnenkort kan de verantwoording richting zorgverzekeraars worden

gevonden op de website van het Zorginstituut, onder het kopje «verzekering, risicoverevening zvw, zvw 2015».

24. *De leden van de CDA-fractie vragen naar het moment waarop de deelbedragen bekend zijn en de bedragen die het Zorginstituut verdeelt. Hierbij wordt ook gevraagd naar verpleging en verzorging, waarvoor een apart vereveningsmodel ingevoerd wordt.*

De macro-deelbedragen zijn inmiddels bekend. Deze zijn in de concept Regeling risicoverevening 2015 opgenomen. De macro-deelbedragen staan in artikel 2. Het Zorginstituut kent voor 1 november de vereveningsbijdragen toe aan de verschillende verzekeraars.

25. *De leden van de CDA-fractie vragen om een toelichting bij het vervallen van de bandbreedteregeling voor variabele kosten van medisch specialistische zorg en wat dit vervolgens betekent voor de overheveling van de zintuiglijke gehandicaptenzorg die onder dit macro-deelbedrag valt.*

De bandbreedteregeling vervalt, conform de vastlegging hierover in het Besluit zorgverzekering.<sup>8</sup> Dit is inhoudelijk te onderbouwen, omdat de voorspelkracht van het vereveningsmodel 2015 beter is dan het vereveningsmodel 2014. Het vereveningsmodel 2015 voor de somatische zorg is kwalitatief goed en robuust.<sup>9</sup> De kwaliteit van het ex ante somatische model is voldoende om geen ex post compensaties meer in te zetten.

Het vervallen van de bandbreedteregeling en het toevoegen van de kosten van extramurale behandeling van zintuiglijk gehandicapten houdt in dat deze kosten per 2015 volledig risicodragend zijn.

26. *De leden van de CDA-fractie merken op dat ik onder het kopje fraudetoets aangeef dat de introductie van het macro-deelbedrag «kosten van verpleging en verzorging» leidt tot enige additionele frauderisico's. Het zou dan gaan om de verzekerdkenmerken. Zij vragen wat ik hier precies mee bedoel.*

Door de overheveling van verpleging en verzorging nemen de bedragen die binnen de Zvw worden verevend toe. Dit geeft enige toename op risico van fraude. Hierbij spelen de verzekerdkenmerken een rol, omdat op basis van deze kenmerken de vereveningsbijdrage wordt vastgesteld.

27. *De leden van de CDA-fractie vragen hoe de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) dit gaat controleren*

De NZa houdt op grond van artikel 16 sub b van de Wmg-toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zvw. Onderdeel hiervan is het (jaarlijkse) onderzoek naar de juistheid van de door de zorgverzekeraars aangeleverde vereveningsinformatie (waaronder de aanlevering van verzekerdkenmerken).

De NZa maakt bij dit onderzoek gebruik van de werkzaamheden van de externe accountant van de zorgverzekeraar. Via het protocol onderzoek Zvw geeft de NZa aanwijzingen aan de externe accountant voor de inrichting van zijn controle. In dit protocol heeft de NZa onder andere toetsingspunten opgenomen op het gebied van verzekerdkenmerken die de accountant in zijn onderzoek moet betrekken. De NZa verricht een review op de werkzaamheden van de accountant om te beoordelen of

<sup>8</sup> Staatsblad 384, 2 oktober 2013

<sup>9</sup> Kamerstuk 29 689, nr. 544

gesteund kan worden op zijn werkzaamheden. Tevens kan de NZa eigen (verdiepend) onderzoek instellen.

Als de NZa van mening is dat de aangeleverde verzekerdenkenmerken niet voldoen, kan de NZa om herziening van de vereveningsverantwoording vragen en verbetermaatregelen en/of formele handhavingsmaatregelen richting betreffende zorgverzekeraar opleggen.