

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

767

Vragen van het lid **Bruins Slot** (CDA) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport naar aanleiding van *de uitzending van Zembla «Fijn dat we verzekerd zijn»* (ingezonden 17 november 2014).

Antwoord van Minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 9 december 2014).

Vraag 1

Heeft u de uitzending van Zembla van donderdagavond 6 november 2014 gezien? Zo ja, wat vindt u daarvan?

Antwoord 1

Ja, de uitzending heb ik gezien en ik vind dat Zembla de door sommige cliënten ervaren onterechte wijze van het selecteren op medische risico's voor de aanvullende verzekering helder heeft geportretteerd.

Vraag 2

Deelt u de mening van hoogleraar Zorgverzekeringen (de heer Van de Ven) dat verzekeraars verlies lijden op zieke mensen en winst maken op gezonde mensen, en dat dit volgens hem een verkeerde prikkel in het systeem is? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 2

In het Nederlandse stelsel worden via de risicoverevening zorgverzekeraars gecompenseerd voor verschillen in zorgkosten voor zover die samenhangen met leeftijd, geslacht en gezondheid van hun verzekerdenportefeuille. Op die wijze corrigeren we de verkeerde prikkel die de heer Van de Ven signaleert. In het vereveningsmodel zijn daarom morbiditeitskenmerken opgenomen, die gericht zijn op verzekerden met een chronische aandoening. Deze morbiditeitskenmerken zijn gebaseerd op specifiek geneesmiddelengebruik, specifieke diagnoses bij ziekenhuisbehandelingen en op specifiek hulpmiddelengebruik. Daarnaast worden verzekerden die drie jaar lang zeer hoge kosten hebben, gecompenseerd via het kenmerk meerjarige hoge kosten. De compensatie berust op de gemiddelde (vervolg)kosten die verzekerden maken die in een klasse van een morbiditeitskenmerk vallen. Via de risicoverevening is de gemiddelde compensatie voor de verzekerden die in een morbiditeitskenmerk vallen adequaat. Er wordt niet gestreefd naar een adequate compensatie op het niveau van een individuele verzekerde of op het niveau van kleinere subgroepen. Binnen de groep verzekerden die in een morbiditeits-

teitskenmerk vallen kunnen er subgroepen zijn die bovengemiddelde kosten hebben, waar de zorgverzekeraar verlies op maakt, en subgroepen die ondergemiddelde kosten hebben, waar de zorgverzekeraar winst op maakt. Dit is echter inherent aan het werken met een compensatie die gebaseerd is op een gemiddelde.

Het is belangrijk is dat via de risicoverevening zoveel mogelijk chronisch zieken blijvend adequaat gecompenseerd worden. Het is niet wenselijk als er (grote) groepen chronisch zieken zijn, die identificeerbaar zijn voor de verzekeraar, en die voorspelbaar verliesgevend zijn. Daarom laat ik geregeld groot onderhoud plegen aan de morbiditeitskenmerken. In zo'n groot onderhoud wordt kritisch gekeken naar de definitie van het kenmerk en of alle relevante aandoeningen opgenomen zijn. Hiermee houd ik scherp in de gaten of de vereveningssysteem nog steeds passend is. Dit jaar laat ik groot onderhoud plegen aan de farmaciekostengroepen en de diagnosekostengroepen. Tevens onderzoek ik dit jaar of een interactie van de morbiditeitskenmerken met leeftijd bepaalde ondercompensaties weg kan nemen. Ik verwacht daarom dat de compensatie voor chronisch zieken in het risicovereveningsmodel ook in 2016 verder verbeterd zal zijn.

Vraag 3

Wat vindt u van het gestelde in de Zembla-uitzending, dat een manier om chronisch zieken buiten de deur te houden is, hen te weigeren voor de aanvullende verzekering, omdat de kans dat chronisch zieken een basisverzekering afsluiten, terwijl zij voor de aanvullende verzekering geweigerd worden, nihil wordt geacht?

Antwoord 3

Alhoewel wij in ons stelsel hebben geregeld dat je de basisverzekering en de aanvullende verzekering bij verschillende verzekeraars kunt afsluiten, leert de praktijk dat dit niet vaak gebeurt. Uit de marktscan die de NZa elk jaar maakt van de situatie op de zorgverzekeringsmarkt, blijkt dat in 2014 ruim 84% van de Zvw-verzekerden een aanvullende verzekering heeft afgesloten. Voorts blijkt dat 0,22% van deze 84% de aanvullende verzekering bij een ander concern heeft afgesloten dan het basispakket.

Zoals ik ook in Zembla heb aangegeven, vind ik indirecte vormen van risicoselectie bedreigend voor de toegankelijkheid en de solidariteit van ons stelsel. De NZa voert op dit moment op mijn verzoek een nieuw onderzoek uit naar risicoselectie. In dat onderzoek gaat de NZa expliciet de verhouding tussen de wettelijk verplichte zorgverzekering en de vrijwillige aanvullende verzekering bij de sturing van verzekerden onderzoeken.

Vraag 4

Ziet u het gevaar dat genoemde hoogleraar schetst, namelijk dat het systeem mensen gaat uitsluiten die hoge zorgkosten hebben?

Antwoord 4

Zoals gezegd maak ik mij zorgen om de indirecte vormen van risicoselectie waarover ook de NZa de laatste tijd heeft gerapporteerd. De NZa ziet in het «Verdiepend onderzoek Naleving acceptatieplicht door zorgverzekeraars» van april 2014 dat zorgverzekeraars steeds meer proberen verzekerdenstromen te sturen. Dit blijft tot nu toe binnen het toegestane wettelijke kader. Een aantal zorgverzekeraars werpt drempels op voor de toegang tot de basisverzekering voor personen die niet tot de doelgroep behoren. Dit gebeurt bijvoorbeeld via informatieverstrekking en de «vindbaarheid» van polissen op de website. Of door het beperken van de toegang tot de aanvullende verzekering voor mensen die niet tot de doelgroep behoren. Dit kan risico's opleveren voor de toegang tot de basisverzekering en de keuzevrijheid van consumenten. Deze werkwijze draagt niet bij aan de bedoeling van het zorgstelsel (zie verder ook antwoord op vraag 5).

Vraag 5

Klopt het dat uit de evaluatie van de Zorgverzekeringswet blijkt dat in de focusgroepen door deelnemers is aangegeven dat zorgverzekeraars terughoudend zijn in het investeren in zorginkoop en innovatie voor groepen verzekerden die ondergecompenseerd worden? Om welke zorgverzekeraars gaat dit? Bij welke vormen van zorg zijn zorgverzekeraars terughoudend qua

zorginkoop en innovatie? Welke categorieën patiënten betreft het? Hoeveel jaar is dit al gaande?

Antwoord 5

Op pagina 25 van het KPMG rapport Evaluatie Zorgverzekeringswet 2014 schetsen de auteurs dat, alhoewel de risicoverevening aanzienlijk is verbeterd, de voorspelbaarheid van de ondercompensatie van bepaalde groepen verzekerden nog niet geheel is verholpen en dat dit doorwerkt in het beleid van zorgverzekeraars. Dit laatste ontlent de auteurs aan opmerkingen vanuit de focusgroepen.

Ik weet niet welke zorgverzekeraars terughoudend zijn in het investeren in zorginkoop en innovatie en niet voor welke groepen patiënten precies en hoe lang dit al zou spelen. De NZa houdt mij op de hoogte van de voortgang van hun onderzoek en acties ter voorkoming van risicoselectie en ik zal u hierover informeren. Ik zal daarnaast onderzoeken, zoals toegezegd tijdens de Begrotingsbehandeling van november jongstleden, welke maatregelen ik kan nemen tegen het sturen van verzekerdenstromen.

Hiernaast heeft continu onderhoud van het risicovereveningssysteem mijn aandacht, aangezien één van de prikkels voor risicoselectie kan liggen in onvolkomenheden in de risicoverevening.

Vraag 6

Welke maatregelen hebben de verantwoordelijke toezichthouders, de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), genomen om te voorkomen dat de ondergecompenseerde verzekerden suboptimale zorg ontvangen, omdat zorgverzekeraars terughoudend zijn in het investeren in zorginkoop en innovatie voor groepen verzekerden die ondergecompenseerd worden?

Antwoord 6

De IGZ houdt toezicht op de kwaliteit van de zorgverlening, ook op de zorgverlening aan alle patiënten. Dit doet zij aan de hand van richtlijnen en protocollen van de behandelaar zelf.

De NZa ziet toe op de naleving van de zorgplicht en onderzoekt in dit kader de komende tijd of zorgverzekeraars voor enkele zorgvormen (GGZ, verloskunde, fysiotherapie en logopedie) voldoende zorg inkopen. De NZa zal haar eerste bevindingen hiervan rond eind februari 2015 bekend maken.

De NZa heeft voor de marktscan zorgverzekeringsmarkt 2013 iBMG onderzoek laten doen naar risicoselectie. Ook in het »Verdiepend onderzoek Naleving acceptatieplicht» van april 2014 heeft de NZa uitgebreid aandacht besteed aan doelgroepenbeleid. De NZa onderneemt de volgende acties naar aanleiding van de bevindingen uit dit onderzoek om te zorgen dat de feitelijke toegang tot één en dezelfde basisverzekering voor alle verzekerden gelijk blijft.

- De NZa zal de transparantie-eisen aanscherpen om te voorkomen dat zorgverzekeraars bepaalde doelgroepen automatisch naar een bepaalde polis sturen.
- De NZa zal nagaan of het mogelijk is om verschillende inschrijfeisen (bijvoorbeeld via internet) voor verschillende doelgroepen te verbieden.
- De NZa doet nader onderzoek naar de sturingsmogelijkheden van volmachten en intermediairs.

Recent heeft de NZa het thema risicoselectie besproken in het »Samenvattend rapport rechtmatige uitvoering Zorgverzekeringswet 2013». De NZa heeft in dit rapport aangekondigd ook komend jaar nader onderzoek te gaan doen naar risicoselectie. In dit kader gaat de NZa onderzoek doen naar verliesgevende groepen en de aard van de in- en uitstroom van verzekerden per polis en per risicodrager. Ook gaat de NZa, zoals aangegeven in mijn antwoord op vraag 3, de verhouding tussen de wettelijk verplichte zorgverzekering en de vrijwillige aanvullende verzekering bij de sturing van verzekerden nader onderzoeken.

Vraag 7

Bent u bereid in de brief die u naar de Kamer zal sturen, waarin de ex-ante risicoverevening voor 2016 wordt aangekondigd, ook aan te geven hoe hoog de ondercompensatie is op de »gebruikers van wijkverpleging in het voorafgaand jaar» voor zowel de kosten van somatische zorg als de kosten

van somatische zorg plus de overgehevelde AWBZ-zorg, beide zonder ex-post compensaties?

Antwoord 7

Ja, ik ben daartoe bereid. Ik zal deze informatie verstrekken in de brief van september omdat in juni het definitieve model nog niet is doorgerekend op de meest recente data.

Vraag 8

Bent u bereid de NZa te verzoeken in haar onderzoek naar het risico op alle vormen van risicoselectie, dat u in mei 2015 de Kamer zal aanbieden, ook in te gaan op risicoselectie via terughoudendheid in de zorginkoop van wijkverpleging?

Antwoord 8

Vooralsnog ben ik niet van plan om in het kader van dit onderzoek de NZa te vragen aandacht te besteden aan het onderwerp zorginkoop van wijkverpleging. In 2015 is sprake van een overgangsregime waardoor bestaande cliënten hun zorg houden. In het antwoord op uw vraag 7 heb ik aangegeven dat ik u in mijn brief over de ex-ante risicoverevening voor 2016 zal berichten hoe hoog de ondercompensatie is op de gebruikers van wijkverpleging. Afhankelijk daarvan zal ik mij beraden op vervolgstappen.

Vraag 9

Bent u van plan op basis van het bovenbedoelde onderzoek naar risicoselectie met een reactie te komen met passende, zo nodig wettelijke maatregelen waarmee risicoselectie kan worden tegengegaan, conform de motie Bouwmeester/Rutte (Kamerstuk 29 689, nr. 551)? Bent u bereid hierbij ook met maatregelen te komen om risicoselectie via «terughoudendheid in de zorginkoop van wijkverpleging» tegen te gaan?

Antwoord 9

Ja, zoals al eerder aangegeven, zal ik op basis van het NZa onderzoek met een reactie komen en met passende maatregelen om risicoselectie tegen te gaan. Het NZa onderzoek zal in mei 2015 gereed zijn. Nadat ik u mijn brief over de ex-ante risicoverevening voor 2016 heb gestuurd, zal ik bezien hoe de stand van zaken is rond de zorginkoop van de wijkverpleging.