

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen aan de Minister voor Medische Zorg over twee brieven inzake het Risicovereveningsmodel 2020 (Kamerstuk 29 689, nrs. 1016 en 1023).

De voorzitter van de commissie,
Lodders

De adjunct-griffier van de commissie,
Bakker

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

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief omtrent het Risicovereveningsmodel 2020¹. Zij hebben hierbij nog enkele vragen.

In de brief lezen deze leden dat de kosten in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) scheef zijn verdeeld. Omdat ex ante oplossingen (onder andere vanwege gebrek aan data) niet tot aanzienlijke verbeteringen van het risicovereveningsmodel leiden op korte termijn, is er gekeken naar- en gekozen voor een ex post oplossing. Is de Minister voornemens om op den duur toch te kijken naar een ex ante oplossing wanneer er voldoende data beschikbaar is, ook gezien dit een oplossing voor de lange termijn betreft en gezien de eigenschap dat een ex ante oplossing de zorgverzekeraar prikkelt zo doelmatig mogelijk zorg in te kopen? Voorts lezen de leden van de VVD-fractie in de brief dat informatie over de Wet bijzondere opnamen psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) kan zorgen voor een sterke verbetering van het risicovereveningsmodel voor de ggz. Op dit moment is er geen landelijk dekkende administratie beschikbaar en er is geen zicht op zo'n registratie op korte termijn. Is de Minister voornemens om ggz-instellingen op te roepen met een dergelijk, landelijk dekkende administratie te komen, waarbij ook op persoonsniveau met behulp van het Burgerservicenummer (BSN) geregistreerd wordt?

Zorgverzekeraars hebben aangegeven dat zij, ondanks verbeteringen aan het risicovereveningsmodel en de aanpassingen voor het jaar 2020, nog altijd structureel onvoldoende worden gecompenseerd voor chronisch zieke populaties en overgecompenseerd voor gezonde populaties. Dit zou een belemmering kunnen zijn voor verzekeraars om zich te richten op het inkopen van de beste en meest doelmatige zorg voor chronisch zieken. De leden van de VVD-fractie willen weten hoe de Minister hier tegenaan kijkt, of hij dergelijke signalen heeft ontvangen en of dit nu daadwerkelijk gebeurt.

Uit onderzoek van Equalis² blijkt dat er sprake is van voorspelbare winsten en verliezen van groepen verzekerden. De premieverschillen worden volgens Equalis deels veroorzaakt door populatieverschillen. Het is de vraag of de risicoverevening op dit moment dus voldoende compensatie biedt voor die populatieverschillen. Kan de Minister laten weten in hoeverre hij denkt dat door de aanpassingen aan het risicovereveningssysteem de compensatie hiervan per 2020 weer voldoende is?

In het Algemeen Dagblad³ lezen de leden van de VVD-fractie dat flexmigranten of medische studenten het eigen risico kunnen afkopen. Zo hebben zij weinig zorgkosten en voor de verzekeraar zijn dit goedkope verzekerden. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) vindt dit onwenselijk en stelt dat de verzekeraar zo selectief kan zijn met het accepteren van

¹ Kamerstukken II, vergaderjaar 2018–2019, 29 689 nr. 1016.

² Equalis, Premieverschillen tussen zorgverzekeraars nemen toe, maart 2019.

³ Algemeen Dagblad, Flexmigrant of medisch student kan eigen risico afkopen, 20 september 2019.

verzekerden. Deelt de Minister deze visie en kan de Minister toelichten of de kans op risicoselectie toeneemt door alleen nog maar te investeren in het onderhoud van het model?

In het rapport Risicoselectie en risicosolidariteit zorgverzekeringsmarkt⁴ noemt de NZa een aantal mogelijkheden om risicoselectie door verzekeraars mogelijk te maken, zoals het vrijwillig eigen risico, polissen met beperkende voorwaarden en «koppelverkoop». Is de Minister in dit licht voornemens om niet alleen te investeren op onderhoud van het vereveningsmodel, maar ook maatregelen te treffen die risicoselectie door zorgverzekeraars onmogelijk maakt? Zo ja, welke maatregelen ziet de Minister voor zich?

Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van het Risicovereveningsmodel 2020. Deze leden hebben hier enkele vragen bij. In de Monitor Zorgverzekeringen 2019⁵ plaatst de NZa kanttekeningen bij de doorontwikkeling van het risicovereveningsmodel naar een zogenaamd onderhoudsmodel. De NZa signaleert als risico dat de prikkel voor verzekeraars hierdoor groter wordt om zich voor langere termijn op winstgevende groepen te richten. De leden van de CDA-fractie vragen of de Minister de mening van de NZa deelt, dat de kans op risicoselectie toeneemt door alleen nog maar te investeren in het onderhoud van het model? Heeft hij het voornemen hier wat aan te gaan doen?

In de Monitor Zorgverzekeringen 2019 schrijft de NZa: «Als risicoselectie voor de zorgverzekeraars «noodzakelijker» wordt, hoe kunnen zij dit dan succesvol toepassen? De belangrijkste mogelijkheden die wij hiervoor zien, zijn het vrijwillig eigen risico, polissen met beperkende voorwaarden, de huidige vormgeving van het verbod op premiedifferentiatie, en «koppelverkoop» van de basis- en aanvullende verzekering. Optimalisering van het risicovereveningssysteem is de meest effectieve manier om deze prikkels weg te nemen.» De leden van de CDA-fractie vinden het juist belangrijk dat (indirecte) risicoselectie voorkomen wordt. Wil de Minister maatregelen treffen die het benutten van genoemde mogelijkheden voor risicoselectie door verzekeraars onmogelijk maakt? Zo ja, welke?

Uit onderzoek van de Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM)⁶ blijkt dat chronisch zieken, ondanks de risicoverevening, nog steeds voorspelbaar verliesgevend zijn voor zorgverzekeraars. Ondanks verbeteringen aan het risicovereveningsmodel en de aanpassingen voor 2020, zeggen zorgverzekeraars nog altijd structureel onvoldoende te worden gecompenseerd voor chronisch zieke populaties, en overgecompenseerd voor gezonde populaties. De Minister schrijft dat dit een belemmering zou kunnen zijn voor zorgverzekeraars om zich te richten op het inkopen van de beste en meest doelmatige zorg voor chronisch zieken. De leden van de CDA-fractie vragen of de Minister bekend is met voorbeelden waarbij zorgverzekeraars zich nauwelijks richten op het inkopen van de beste zorg voor chronisch zieken. Welke merkbare verbeteringen in de zorg kunnen chronisch zieken verwachten, als verzekeraars zich volledig richten op het inkopen van de beste en meest doelmatige zorg voor deze groepen?

⁴ Nederlandse Zorgautoriteit, Rapport Risicoselectie en risicosolidariteit zorgverzekeringsmarkt, september 2016.

⁵ Nederlandse Zorgautoriteit, Monitor Zorgverzekeringen 2019, september 2019.

⁶ Van Kleef, Van Vliet, Eijkenaar, Van de Ven, Compenseer Zorgverzekeraars beter voor hun verliezen op chronisch zieken, ESB, juni 2019.

In de brief over het Risicovereveningsmodel 2020⁷ wordt aangegeven dat de Minister hecht aan een goed functionerende risicoverevening waardoor zorgverzekeraars geprikkeld worden tot goede en doelmatige zorginkoop. Een goede risicoverevening zou moeten zorgen voor een gelijk speelveld tussen zorgverzekeraars en zou prikkels tot indirecte risicoselectie moeten wegnemen. De laatste tijd komen er meer en meer berichten naar buiten die erop duiden dat risicoselectie aan de orde is. Zorgvisie⁸ stelt dat meer dan het zorginkoopbeleid de samenstelling van de verzekerdenpopulatie het resultaat van zorgverzekeraars bepaalt. De leden van de CDA-fractie vragen wat de Minister vindt van de conclusies uit dit artikel. Op welke wijze denkt de Minister het gewenste gelijke speelveld beter te kunnen garanderen en prikkels tot risicoselectie tijdig weg te nemen? Ziet de Minister mogelijkheden om de risicoverevening doorlopend te toetsen op prikkels tot risicoselectie en indien aanwezig weg te nemen? Welke rol voor de NZa ziet de Minister hiervoor weggelegd?

Nu krijgen zorgverzekeraars pas jaren later inzicht in de eindresultaten van de verevening, waardoor het moeilijk te achterhalen is welke oorzaken hieraan ten grondslag liggen en verbetermaatregelen niet tijdig kunnen worden genomen. De leden van de CDA-fractie vragen of de Minister van mening is dat wanneer er geen sprake is van wanbeleid bij zorgverzekeraars en er grote onder- en overcompensatie van de risicoverevening plaatsvindt, het gelijke speelveld in gevaar komt. Zo nee, waarom niet? Hoe kan grote onder- en overcompensatie worden voorkomen? Welke oplossingen ziet de Minister hiervoor? Wat vindt de Minister van de ontwikkeling dat buitenlandse toetreders tot de Nederlandse zorgverzekeringsmarkt veel voordeel halen uit de vereveningsystematiek, volgens het rapport van Equalis⁹? Is het wenselijk dat op deze wijze ons zorggeld naar het buitenland verdwijnt?

De laatste tijd hebben er regelmatig publicaties plaatsgevonden over de problematiek rondom de wijkverpleging ook in relatie tot de risicoverevening. De Verpleging & Verzorging (V&V) is per 2015 overgeheveld vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). In korte tijd daarna zijn ex-post correcties afgebouwd. De leden van de CDA-fractie vragen in hoeverre door het Ministerie van VWS monitoring heeft plaatsgevonden van de kostenpatronen na de overheveling van de V&V? Zijn de kostenpatronen gewijzigd? Zo ja, wat zijn de bevindingen van deze monitoring? In hoeverre heeft de overheveling van de V&V het gelijke speelveld tussen zorgverzekeraars beïnvloed? Indien sprake is van beïnvloeding van het gelijke speelveld, wat is dan de impact voor de verschillende type polissen (natura en restitutie)? Is de Minister het eens dat er alsnog een analyse moeten plaatsvinden om inzichtelijk te maken of het gelijke speelveld door de overheveling van de V&V is aangetast in de periode 2015 tot en met 2019? Als het gelijke speelveld is aangetast, is de Minister dan bereid hier alsnog corrigerende maatregelen voor te nemen?

De Minister geeft aan van plan te zijn een verbetering door te voeren in het risicovereveningsmodel 2020 ten aanzien van de vereveningskenmerken aard van het inkomen (AVI) en sociaaleconomische status (SES). De leden van de CDA-fractie vragen of de Minister kan aangeven welke verbeteringen zullen worden doorgevoerd.

⁷ Kamerstukken II, vergaderjaar 2018–2019, 29 689, nr. 1016.

⁸ Zorgvisie, Bruins neemt verlies op chronisch zieken onder de loep, 26 juli 2019.

⁹ Equalis, Premieverschillen tussen zorgverzekeraars nemen toe, maart 2019.

Bij de discussie van een eventuele aanpassing van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet was er veel weerstand tegen de inperking van de vrije artskeuze en daarmee de restitutiepolis. De leden van de CDA-fractie vragen of de Minister op de lange termijn bestaansrecht ziet voor de restitutiepolis, waarmee de vrije artskeuze gewaarborgd wordt. Is de Minister van mening dat er nu voldoende keuzevrijheid voor verzekerden is binnen de zorgverzekeringsmarkt?

Deelt de Minister het standpunt van de leden van de CDA-fractie dat het goed is dat er verschillende soorten zorgverzekeraars zijn, zowel grote als kleine zorgverzekeraars, maar ook zorgverzekeraars die zich bijvoorbeeld richten op een bepaalde doelgroep?

De leden van de CDA-fractie vragen of er sprake is van een gelijk speelveld tussen zorgverzekeraars in Nederland en in buitenland gevestigd (risicodragers) met betrekking tot kostenopslag, herverzekeringpremies en toezicht.

De Kamer heeft dit jaar rapport gehad over het jaar 2014. De lange termijn leidt tot onzekerheid over afrekening en, met minder dan gemiddelde populaties, grote risico's met name bij negatieve verevening. De leden van de CDA-fractie vragen of de Minister kan aantonen welke acties hij onderneemt en heeft ondernomen om de huidige vier jaar die nodig is om tot definitieve afrekening en daarmee verevening te komen, fors in te korten.

Enkele jaren geleden was er een verzekeraar die zich richtte op zorg voor mensen met een hindoestaanse achtergrond, ASIFO. Deze is in Menzis opgegaan, omdat men het niet redde vanwege de specifieke verzekerdenpopulatie. Idem voor AGIS in Amsterdam, die onder haar populatie veel aidspatiënten had, welke is opgegaan in Achmea. Recentelijk is De Friesland met een agrarische populatie opgegaan in Achmea. Wat de leden van de CDA-fractie betreft zijn dat voorbeelden van het feit dat de verevening niet goed werkt. Is de Minister dat met deze leden eens?

De leden van de CDA-fractie vragen ten slotte of de Minister vindt dat de schadelast van gemeentepolissen (zoals het afkopen of fors verlagen van bijvoorbeeld het eigen risico) vergoed dient te worden door gemeenten of door de zorgverzekeraars.

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de twee brieven van de Minister over de vormgeving van de risicoverevening 2020 in de Zorgverzekeringswet. Deze leden willen benadrukken dat zij grote waarde hechten aan een evenwichtig systeem van risicoverevening. Door een goed uitgebalanceerd risicovereveningsmodel worden de ongelijke kosten die samenhangen met de gezondheid van de verzekerdenpopulatie in voldoende mate gecompenseerd. Zo ontstaat een gelijk speelveld, waarop zorgverzekeraars eerlijk met elkaar kunnen concurreren. Een passende compensatie voorkomt dat zorgverzekeraars aansturen op risicoselectie en zorgt ervoor dat zij juist gestimuleerd worden om de beste en meest doelmatige zorg in te kopen voor kwetsbare groepen. Een goed functionerend risicovereveningsmodel draagt volgens genoemde leden zo bij aan het in de toekomst betaalbaar en toegankelijk houden van de zorg. Deze leden lezen tot hun spijt dat het huidige model nog niet als zodanig lijkt te functioneren. Zij hebben daarom nog enkele vragen aan de Minister in dit verband.

De leden van de D66-fractie constateren dat zorgverzekeraars aangeven dat ze nog altijd structureel onvoldoende worden gecompenseerd voor chronisch zieke populaties en juist overgecompenseerd worden voor gezonde populaties. Dit duidt op een gebrekkig functioneren van het risicovereveningsmodel. Zo bezien achten deze leden het wat voorbarig dat eerder door de Minister al werd gesproken over de transitie van een ontwikkelmodel naar een onderhoudsmodel. Deze leden zien graag dat de risicoverevening eerst goed wordt doorontwikkeld, alvorens naar het onderhoud wordt gekeken. De basis van het risicovereveningsmodel ziet immers toe op de juiste compensatie. Omwille van het streven naar doelmatigheid bij zorgverzekeraars begrepen genoemde leden dat de Minister zich daarbij focust op ex ante oplossingen. Overweegt de Minister niettemin ex post mechanismen voor chronisch zieken te vergroten, nu volgens de Minister de grenzen van de verbetering van het ex ante model nagenoeg zijn bereikt, terwijl nog steeds sprake lijkt te zijn van structurele ondercompensatie? De leden van de D66-fractie lezen voorts dat de Minister onderzoek gaat doen of er inderdaad sprake is van structurele ondercompensatie van chronisch zieken en wat daarvan de mogelijke oorzaken zijn. Dat lijkt deze leden een juiste stap, maar roept bij hen ook vragen op. Waarom zag de Minister niet al eerder de mogelijkheid hier onderzoek naar te doen? Zijn de voornoemde signalen van de zorgverzekeraars geheel nieuw voor de Minister? En in hoeverre worden de gemeentepolissen voor minima specifiek meegenomen in het onderzoek? De Minister geeft immers aan met het onderzoek uitvoering te geven aan de motie van de leden Raemakers en Ellemeet¹⁰, waarin de regering werd opgeroepen de risicoverevening te verbeteren op een wijze dat dit verzekerden met een gemeentepolis aantrekkelijker maakt voor verzekeraars en gemeenten. Dit vanwege de zorgelijke berichten afgelopen jaar van zorgverzekeraars die stoppen, tijdelijk stoppen of dreigen te stoppen met het aanbieden van de gemeentepolis voor mensen met een smalle beurs. Mogen de leden van de D66-fractie van de Minister verwachten dat het onderzoek ertoe leidt dat het volgende risicovereveningsmodel dus ook daadwerkelijk tot een dergelijke verbetering wat betreft de gemeentepolissen leidt? Nu de risicoverevening in beperkte mate werkt, vragen de leden zich tot slot af of de Minister mogelijkheden ziet om de risicoverevening continu te toetsen op prikkels tot risicoselectie en waar aanwezig weg te nemen. Zo ja, ziet de Minister daarin nog een rol voor de NZa?

Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-fractie

De leden van de GroenLinks-fractie zijn blij dat er een onderzoek komt naar de ondercompensatie van chronisch zieken, om tegemoet te komen aan de motie van de leden Raemakers en Ellemeet¹¹. Deze leden delen namelijk de mening van de Minister dat ondercompensatie van chronisch zieken een belemmering kan betekenen voor verzekeraars om zich te richten op het inkopen van de beste en meest doelmatige zorg. Maar de leden van de GroenLinks-fractie vragen zich ook af waarom de Minister niet direct actie onderneemt om de ondercompensatie tegen te gaan. Dat er ondercompensatie plaatsvindt, is op te maken uit verschillende bronnen. Ten eerste uit het onderzoek van Erasmus School of Health & Management¹², waaruit blijkt dat chronisch zieken nog altijd voorspelbaar verliesgevend zijn. Mede hierdoor lijken verzekeraars het aantal gemeentepolissen terug te schroeven. Daarom vragen de leden van de

¹⁰ Kamerstukken II, vergaderjaar 2018–2019, 29 689, nr. 978.

¹¹ Kamerstukken II, vergaderjaar 2018–2019, 29 689, nr. 978.

¹² Van Kleef, Van Vliet, Eijkenaar, Van de Ven, Compenseer Zorgverzekeraars beter voor hun verliezen op chronisch zieken, ESB juni 2019

GroenLinks-fractie of de Minister bereid is actie te ondernemen om ervoor te zorgen dat chronisch zieken niet meer voorspelbaar verliesgevend zijn.

Een oplossing om de kosten en baten van chronisch zieken en gezonde mensen gelijk te trekken is de ex post verevening. De leden van de GroenLinks-fractie denken dat het in ieder geval tijdelijk een goede oplossing kan zijn. Het ex ante vereveningssysteem wordt nu namelijk al sinds 1993 geperfectioneerd en het is tot nu toe nog steeds niet helemaal gelukt. Omdat chronisch zieken hiervan de dupe zijn, denken de leden van de GroenLinks-fractie dat het nu tijd wordt voor een andere aanpak. Verzekeraars zijn immers niet geprikkeld om de best mogelijke zorg voor chronisch zieken in te kopen. Op het moment dat alle onderzoeken zijn afgerond en er een sluitend vereveningsmodel is ontwikkeld, dan kan de ex ante verevening weer worden ingevoerd. Door nu direct de risico-verevening op orde te brengen, blijven chronisch zieken, maar ook gemeentepolissen, aantrekkelijk voor de zorgverzekeraars. Op deze manier kan worden gegarandeerd dat deze groepen niet de dupe zijn van een niet-adequaat vereveningsmodel. Deelt de Minister deze mening? Zo nee, wat voor stappen neemt de Minister dan om de acute problemen met de risicoverevening aan te pakken?

Ten derde vragen de leden de GroenLinks-fractie wat er nog voor andere mogelijkheden zijn om de risicoverevening te verbeteren. Zij begrijpen dat de huidige aanpak voor verbetering van het vereveningsmodel zich voornamelijk richt op het verbeteren van de specifieke kenmerken van de verzekerden populatie, waardoor beter kan worden voorspeld welke verzekerden geld gaan kosten. De leden van de GroenLinksfractie vragen of de bedragen die verzekeraars krijgen ten compensatie van chronisch zieken wel adequaat zijn. Op het moment dat zorgverzekeraars een voorspelbaar verlies lijden, dan lijkt het erop dat de kenmerken van de populatie wel goed in beeld zijn gebracht, maar dat enkel de compensatie van deze groepen niet op orde is. Is de Minister bereid om ook onderzoek te doen naar de normbedragen? Zo nee, waarom niet?

Zolang de risicoverevening nog niet helemaal op orde is, blijft er een prikkel voor verzekeraars om risicoselectie toe te passen. Is de Minister, eventueel tijdelijk, bereid om aanvullende maatregelen te treffen die het voor zorgverzekeraars moeilijker maken om risicoselectie toe te passen? Voorbeelden hiervoor zijn het afschaffen van het vrijwillig eigen risico, polissen met beperkende voorwaarden en de koppelverkoop van aanvullende en basisverzekeringen.

Ten slotte hebben de leden van de GroenLinks-fractie nog vragen over het proces. Dit schriftelijk overleg gaat over de brief van de Minister die tijdens het zomerreces aan de Kamer is verstuurd. Dit overleg was de eerste mogelijkheid om hierover van gedachten te wisselen met de Minister. Op 6 september 2019 is er een vervolg op deze brief gestuurd door de Minister¹³. Hierin staat dat de verbeteringen van het vereveningsmodel in de brief van 5 juli 2019 ongewijzigd worden doorgevoerd en deze voor 1 oktober 2019 juridisch worden vastgelegd. De leden van de GroenLinksfractie snappen dat dit voor 1 oktober moet gebeuren en hadden daarom graag eerder de mogelijkheid gehad om hierover met de Minister in debat te gaan. De leden van de GroenLinks-fractie willen de Minister vragen of dit proces in het geheel iets vervroegd kan worden, waardoor de brief die nu tijdens het zomerreces kwam, voor het zomerreces naar de Kamer kan worden gestuurd. Hierdoor heeft de Kamer dan, middels een schriftelijk overleg, nog de mogelijkheid om het beleid indien nodig bij te sturen. In het jaar 2017 is de Kamer wel voorafgaand aan het

¹³ Kamerstukken II, vergaderjaar 2018–2019, 29 689, nr. 1023.

zomerreces geïnformeerd over de voorgenomen wijzingen van het risicovereveningsmodel en is daar tijdens het zomerreces nog een schriftelijk overleg over geweest. De leden van de GroenLinks-fractie vragen de Minister dan ook of hij iets van de Kamer nodig heeft, zoals bijvoorbeeld eerdere planning van het algemeen Zorgverzekeringswet, om dit proces in het geheel iets te vervroegen.

Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de Minister over de risicoverevening 2020. Deze leden hebben de volgende vragen en opmerkingen.

De leden van de SP-fractie constateren dat de Minister stelt dat een bredere discussie over risicodragendheid niet opportuun is, omdat hij hecht aan doelmatigheid. Dit terwijl ook gesteld wordt dat ex ante oplossingen de voorkeur hebben, maar er toch voor ex post oplossingen gekozen wordt in het geval van dure ggz-kosten. Genoemde leden vragen om een toelichting.

De leden van de SP-fractie zijn erg kritisch op de collectieve polissen, aangezien de korting die wordt aangeboden vaak een sigaar uit eigen doos is. De Minister heeft al aangegeven dat de maximale korting verlaagd zal worden, terwijl deze leden het liefst zien dat deze helemaal wordt afgeschaft aangezien deze niet door middel van zorginhoudelijke afspraken wordt aangeboden en enkel voortvloeit uit hogere betalingen voor de verzekerde elders.

Mensen met een gemeentepolis zijn vaak chronisch zieken en zorgverzekeraars geven aan dat ze nog altijd structureel onvoldoende worden gecompenseerd voor chronisch zieke populaties en overgecompenseerd voor gezonde populaties. Aangezien de Minister een diagnose laat stellen of hier inderdaad sprake van is en wat daarvan de mogelijke oorzaken zijn, vragen genoemde leden of de Minister in zijn diagnose ook mensen met een gemeentepolis die hier juist géén baat bij hebben, wil betrekken.

Dit aangezien ook voor de collectieve gemeentepolis geldt dat het voor sommige verzekerden juist helemaal niet goedkoper is. De leden van de SP-fractie vinden dit extra wrang omdat dit juist mensen raakt met een laag inkomen. Zou de Minister dit willen meenemen in zijn diagnose en eventueel vervolgonderzoek?

Voorts vragen de leden van de SP-fractie of de Minister kan aangeven welke gemeentelijke regelingen er bestaan en effectief zijn in het compenseren van lagere inkomens voor de hoge premiekosten, en in hoeverre de gemeentepolis bijdraagt aan het tegemoetkomen van verzekerden met lagere inkomens? Deze leden hechten eraan dat er in dezen naar zowel chronisch zieke verzekerden als naar gezonde verzekerden wordt gekeken, gezien de mate waarin beide groepen kunnen profiteren van een gemeentepolis erg verschilt.

II. Reactie van de Minister