

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen over de brief van 6 januari 2021 van de Minister voor Medische Zorg betreffende het Ontwerpbesluit houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met de invoering van het vereveningscriterium DKG's en van maatregelen voor het vereveningsjaar 2021 (Kamerstuk 29 689, nr. 1091).

De voorzitter van de commissie,
Lodders

De adjunct-griffier van de commissie,
Heller

Inhoudsopgave	blz.
I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	2
II. Reactie van de Minister	3

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben kennisgenomen van het ontwerpbesluit houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met de invoering van het vereveningscriterium DKG's en van maatregelen voor het vereveningsjaar 2021. Zij hebben hierbij nog enkele vragen.

De leden van de VVD-fractie lezen dat de derde stap voor de vaststelling van het normatieve bedrag van een zorgverzekeraar, bestaat uit de toepassing van de regeling voor hogekostencompensatie indien dat bij ministeriële regeling is bepaald¹. De Regeling risicoverevening 2021 zal die toepassing regelen. Op basis van de regeling voor hogekostencompensatie worden de kosten voor verzekerden met zeer hoge ggz-kosten gedeeltelijk herverdeeld onder de zorgverzekeraars. Op basis waarvan wordt besloten welke zorgverzekeraars een gedeelte van de ggz-kosten toebedeeld krijgen? Is bekend welk percentage van de kosten wordt herverdeeld? Welke (in)directe gevolgen kunnen individuele verzekerden merken van deze herverdeling?

Voorts lezen de leden van de VVD-fractie dat een betere verevenende werking een betere voorspelling betekent van de zorgkosten die een zorgverzekeraar voor een individuele verzekerde maakt. Voor een individuele verzekerde heeft dit geen directe gevolgen. Welke indirecte gevolgen kan een individuele verzekerde hiervan ondervinden?

Over het zorgprestatie-model lezen de leden van de VVD-fractie dat de invoering gepaard gaat met het per 31 december 2021 verplicht afsluiten van lopende DBC's en producten basis-ggz die anders nog zouden blijven doorlopen in 2022. Dit leidt tot een grote eenmalige vermindering van de ggz-schadelast in 2021, die op het niveau van individuele verzekeraars verschillend kan uitpakken. Kan de Minister deze verschillende gevolgen voor individuele verzekeraars uiteenzetten?

De regeling voor macronacalculatie voor het vereveningsjaar 2021 heeft wel gevolgen voor het exploitatiesaldo, zo lezen de leden van de VVD-fractie in de toelichting. De omvang daarvan is nog niet in te schatten vanwege de onzekerheid over de gevolgen van de infectieziekte COVID-19. De mate van het inhalen van de reguliere zorg die in 2020 is uitgevallen en van de eventuele uitval van reguliere zorg in 2021, is afhankelijk van het nog onzekere verdere verloop van de infectieziekte Covid-19 in 2021. Kan de Minister aangeven op welk moment een betere inschatting is te geven van de omvang van het exploitatiesaldo?

Vragen en opmerkingen van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben kennisgenomen van het Ontwerpbesluit in verband met aanpassingen in de risicoverevening en de bijbehorende brief van de Minister. Zij hebben in dit verband nog enkele vragen.

¹ Bijlage de onderhavige brief: Ontwerpbesluit wijzigingen risicoverevening 2021, artikel 3.12a

De leden van de D66-fractie willen allereerst benadrukken dat zij grote waarde hechten aan een evenwichtig systeem van risicoverevening. Een goed uitgebalanceerd model compenseert de ongelijke kosten die samenhangen met de gezondheid van de verzekerdenpopulatie afdoende. Daarmee ontstaat een gelijk speelveld, waarop zorgverzekeraars eerlijk kunnen concurreren. Een adequate compensatie voorkomt dat zorgverzekeraars aansturen op risicoselectie en zorgt ervoor dat zij juist gestimuleerd worden om ook voor kwetsbare groepen de beste en meest doelmatige zorg in te kopen. Een goed functionerend risicovereveningsmodel is volgens deze leden dan ook fundamenteel voor het in de toekomst toegankelijk en betaalbaar houden van de zorg. De voorbije jaren bleek echter dat het model nog niet optimaal functioneerde. Zorgverzekeraars gaven aan dat ze nog altijd structureel onvoldoende worden gecompenseerd voor chronisch zieke populaties en juist overgecompenseerd worden voor gezonde populaties. Welke van de in het voorliggende besluit genomen maatregelen dragen eraan bij om dit te verbeteren, en hoe precies? Deze leden ontvangen graag een heldere onderbouwing. Welke stappen beoogt de Minister voorts de komende jaren nog te zetten om tot een verbeterde, evenwichtige risicoverevening te komen? Wat is daarin volgens haar de juiste balans tussen ex ante en ex post?

De leden van de D66-fractie hebben voorts enkele vragen over de macronacalculatie. De Minister geeft aan na bestuurlijk overleg met zorgverzekeraars en het Zorginstituut Nederland tot de conclusie te zijn gekomen dat eenmalig voor het vereveningsjaar 2021 macronacalculatie nodig is, om de onzekerheden op de resultaten van zorgverzekeraars over het jaar 2021 te verminderen. Deze leden begrijpen de wens om de onzekerheden voor verzekeraars als gevolg van de coronacrisis te mitigeren. Dat is ook in het belang van de verzekerden. Kan de Minister nader toelichten welke mate van zekerheid de macronacalculatie biedt op een stabiele financiële positie van alle verzekeraars en het tegengaan van een risico-opslag komend jaar? Welke andere mogelijkheden zijn er om de onzekerheden voor verzekeraars door corona te mitigeren? In hoeverre vormen zij een alternatief op de macronacalculatie of juist een aanvulling? Deze leden vragen daarbij specifiek in te gaan op de catastroferegeling in verband met de coronapandemie in 2020 en 2021, zoals neergelegd in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet. Wat is volgens de Minister de juiste balans tussen de inzet van buffers door verzekeraars en aanvullende financiële steun door de overheid? Genoemde leden lezen dat het nacalculatiepercentage is vastgesteld op 85%, zodat de doelmatigheidsprinkels gedeeltelijk blijven bestaan. Kan nader worden onderbouwd waarom tot dit percentage is gekomen? Is sturing op doelmatigheid dit jaar wel mogelijk, gelet op de gezamenlijke financieringsregelingen van verzekeraars voor zorgaanbieders zoals de continuïteitsbijdrage? In dat kader vragen genoemde leden overigens ook waarom er niet voor is gekozen om de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) via de beschikbaarheidsbijdrage rechtstreeks bedragen aan zorgaanbieders uit te laten keren, maar de steun voor zorgaanbieders in deze crisis aan verzekeraars over te laten. Hoort dat bij hun zorgplicht – ook in geval van een restitutiepolis – of lag directe financiering en verantwoordelijkheid van de overheid eigenlijk niet meer voor de hand? Kan nader worden toegelicht waarom deze keuze is gemaakt en op welk moment? Heeft de optie van de beschikbaarheidsbijdrage wel op tafel gelegen? Welke voor- en nadelen heeft de huidige route, waarbij verzekeraars aanbieders compenseren en de overheid vervolgens de verzekeraars? De leden van de D66-fractie vragen tot slot nadere uitleg hoe het flankerend beleid bij de macronacalculatie bijdraagt aan een gelijk speelveld.

II. Reactie van de Minister