

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA Den Haag

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

Ons kenmerk
1594733-197078-Z

Bijlage(n)

-

Datum 21 oktober 2019
Betreft Verslag Schriftelijk Overleg (VSO) inzake SO Risicovereveningsmodel 2020
- 29689-1016 & 1023

Uw kenmerk
29689-1016 & 1023

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.*

Geachte voorzitter,

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen aan mij voorgelegd over de brief met voorgestelde verbeteringen voor het risicovereveningsmodel 2020 (Kamerstuk 29 689, nrs. 1016 en 1023). In deze brief beantwoord ik deze vragen.

Hoogachtend,

de minister voor Medische Zorg
en Sport,

Bruno Bruins

Inhoudsopgave

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

II. Reactie van de minister

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?

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

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

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 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

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

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.

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?

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

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.

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.

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.

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 begrijpen 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 Ellemeest¹⁰, 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

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

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 Ellemeest¹¹. 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 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 risicoverevening 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 GroenLinks-fractie 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?

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

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 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.

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

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

Vanwege de overlap en samenhang tussen de vragen die zijn gesteld door de leden van de verschillende fracties, zijn de vragen op onderwerp geclusterd. De vragen zijn ingedeeld op de volgende onderwerpen:

- 1) Verbetering compensatie voor chronisch zieken in de risicoverevening
- 2) Risicoselectie
- 3) Nieuwe toetreders / diversiteit aan verzekeraars
- 4) Gemeentepolis
- 5) GGZ
- 6) Overheveling verpleging & verzorging van AWBZ naar ZVW
- 7) Restitutiepolis en keuzevrijheid voor verzekerden
- 8) SES/AVI +9
- 9) Verkorting doorlooptijd risicoverevening
- 10) Proces verevening en inspraak Tweede Kamer

1) Verbetering compensatie chronisch zieken in de risicoverevening
De leden van de fracties van VVD, CDA, D66 en GroenLinks maken zich zorgen over de compensatie van chronisch zieken in de risicoverevening. De leden van de CDA-fractie vragen of de kans op risicoselectie niet toeneemt door alleen nog maar te investeren in het onderhoud van het model en of het gelijke speelveld hierdoor in gevaar komt. De leden van de VVD- en de CDA-fractie vragen of er voorbeelden zijn dat verzekeraars zich belemmerd voelen zich te richten op het inkopen van de beste en meest doelmatige zorg voor chronisch zieken. Ook vragen de leden van de CDA-fractie welke merkbare verbeteringen in de zorg chronisch zieken kunnen verwachten, als verzekeraars zich volledig richten op het inkopen van de beste en meest doelmatige zorg voor deze groepen. De leden van de D66 fractie vragen waarom de Minister niet eerder de ondercompensatie onderzocht en de leden van de D66- en GroenLinks-fractie of hij ex-post mechanismen overweegt.

Het functioneren van de risicoverevening heeft mijn voortdurende aandacht. Dit om het gelijke speelveld tussen zorgverzekeraars te borgen en ze optimaal te stimuleren zich te richten op goede en doelmatige zorg voor verzekerden die van zorg gebruik maken. In dit kader is de aandacht voor chronisch zieken in de risicoverevening niet nieuw. De risicoverevening wordt elk jaar onderzocht en aangepast om op onderbouwde wijze compensatie voor chronisch zieken verder te verbeteren.

Sinds Kwaliteit loont in 2014¹⁴ is de risicoverevening verbeterd door verdere uitbreidingen en verfijning van kenmerken op basis van geneesmiddelengebruik, ziekenhuisopnamen, hulpmiddelengebruik en meerjarig hoge kosten. Ook worden de werking van het model en over- en ondercompensaties jaarlijks gemonitord. De compensatie voor chronisch zieken is de afgelopen jaren dus fors verbeterd. Tegelijkertijd constateren we dat de omvang van de verbeteringen in de loop der jaren steeds kleiner wordt en dat de huidige methodiek en databronnen steeds minder perspectief bieden op aanvullende verbeteringen. Daarom worden twee vereveningsproblemen – zeer dure GGZ-patiënten en extreem dure geneesmiddelen – per 2020 op een alternatieve manier, namelijk via een mate van achterafverrekening, gecompenseerd.

Ondanks alle aanpassingen bestaat nog het vermoeden dat bepaalde groepen verzekerden structureel onvoldoende worden gecompenseerd. Als dat het geval is zouden verzekeraars zich belemmerd voelen om zich volledig te richten op de beste en meest doelmatige zorg voor die groepen. Om vast stellen of het vermoeden terecht is, heb ik toegezegd in 2020 een diagnostisch onderzoek uit te voeren óf er sprake is van structurele ondercompensatie en zo ja wat hiervan de oorzaken zijn. Die oorzaken kunnen ook buiten de risicoverevening liggen, zoals inkoopbeleid van verzekeraars of praktijkvariantie tussen zorgaanbieders. Op basis van de resultaten zal ik besluiten of vervolgonderzoek nodig is. Het is nu te vroeg om te concluderen of ex-post mechanismen of onderzoek naar normbedragen, zoals de leden van de GroenLinks-fractie voorstellen, hiervoor tot de mogelijke oplossingen behoort. Uiteraard zal ik de Kamer over de uitkomsten informeren.

Ik heb geen voorbeelden dat zorgverzekeraars voor bepaalde groepen geen zorg of mindere kwaliteit zorg zouden inkopen.

2) Risicoselectie

De leden van de fracties van VVD, CDA en GroenLinks stellen vragen over voorspelbare verliezen en winsten van groepen verzekerden. Naar aanleiding van het rapport van Equalis en het artikel daarover in Zorgvisie vragen ze of de verevening voldoende compensatie biedt voor populatieverschillen tussen en over mogelijkheden voor risicoselectie.

Reactie

Dat verzekeraars een verschillend resultaat behalen, zoals blijkt uit genoemd artikel, betekent niet automatisch dat de verevening onvoldoende compenseert voor voorspelbare verliezen en winsten. Zorgverzekeraars voeren verschillend beleid ten aanzien van doelmatige en scherp-geprijsde zorginkoop, kwaliteit van zorg en goed serviceverlening. Daarnaast ondervinden ze concurrentiele druk voor een efficiënte bedrijfsvoering, wat heeft geleid tot flinke besparingen in de bedrijfsvoering, zoals het artikel ook vermeldt.

¹⁴ Kamerstukken 31 765, nr. 116

Dat zorgverzekeraars hierdoor een verschillend financieel resultaat behalen, vind ik prima.

Ook het feit dat bij dezelfde inkoop maar verschillende populatiekenmerken financiële resultaten kunnen verschillen, vind ik logisch. Afhankelijk van het verzekerdenbestand profiteert het ene merk meer van een bepaalde inkoopstrategie dan een ander merk.

Een essentiële voorwaarde hierbij is wel dat zorgverzekeraars het financiële resultaat niet behalen door bepaalde groepen verzekerden te weren of de zorg te versralen. Hiervoor is een goede risicoverevening essentieel.

De leden van de fracties van VVD, CDA en GroenLinks vragen naar aanleiding van het NZa rapport Risicoselectie en risicosolidariteit zorgverzekeringsmarkt¹⁵ voorts naar de mogelijkheden voor risicoselectie door verzekeraars, zoals het vrijwillig eigen risico, polissen met beperkende voorwaarden en 'koppelverkoop' met de aanvullende verzekering en vragen naar het toezicht hierop.

Reactie

De instrumenten die worden genoemd dienen elk een ander doel op de zorgverzekeringsmarkt. Zo biedt het vrijwillig eigen risico de keuze om een deel van de kosten zelf te betalen en draagt op die manier bij aan het draagvlak voor ons solidaire zorgstelsel. Bovendien heeft het een remmende werking op zorggebruik. Polissen met beperkende voorwaarden bevorderen onder andere selectief contracteren van goede en doelmatige zorgaanbieders, wat resulteert in lagere zorgkosten. Uiteraard kiest de ene groep verzekerden eerder voor een dergelijke polis dan een andere. Acceptatieplicht en verbod op premiedifferentiatie zorgen ervoor dat iedereen wordt geaccepteerd tegen dezelfde premie. Bovendien is het mogelijk om de basis- en aanvullende verzekering apart af te nemen.

De NZa onderzoekt periodiek risicoselectie en solidariteit. Haar eerdere onderzoeken naar risicoselectie lieten zien dat er sprake is van segmentatie op de polismarkt. Enerzijds zijn er polissen die vooral worden gekozen door overstappers (dat blijken relatief vaak gezonde verzekerden te zijn) en die een positief vereveningsresultaat kennen. Anderzijds zijn er polissen met een relatief slechter resultaat. Op concernniveau blijken de resultaten zich uit te middelen. Dit betekent dat zorgverzekeraars de goede resultaten op de eerstgenoemde polissen inzetten om premiestijgingen van de andere polissen te voorkomen. Verzekeraars hebben aangegeven te streven naar een evenwichtige verzekerdenpopulatie, die bijvoorbeeld naar leeftijd representatief is voor Nederland, om risico's te spreiden. De NZa blijft risicoselectie en risicosolidariteit onderzoeken en signaleren van risicoselectie monitoren.

De leden van de VVD-fractie wijzen tot slot naar aanleiding van het artikel in het AD op het afkopen van het eigen risico als selectie-instrument.

¹⁵ Nederlandse Zorgautoriteit, Rapport Risicoselectie en risicosolidariteit zorgverzekeringsmarkt, september 2016.

Reactie

Het vrijwillig eigen risico is een keuzemogelijkheid voor verzekerden en draagt op die manier bij aan het draagvlak voor ons solidaire zorgstelsel. Het herverzekeren van het vrijwillig eigen risico in de aanvullende verzekering vind ik ongewenst. De NZa signaleert dat er vanaf dit jaar weer twee zorgverzekeraars zijn die het vrijwillig eigen risico via de aanvullende verzekering alsnog verzekeren, dan wel het voornemen daartoe hebben. Daarnaast is er een zorgverzekeraar die herverzekering aanbiedt via een derde verzekeraar. De verzekeraars waren daarmee per 2017 gestopt, na een verzoek van mijn ambtsvoorganger (Kamerstukken 29 689, nr. 725). De NZa vindt het net als ik onwenselijk dat er nu weer mee begonnen wordt, omdat de facto het verbod op premiedifferentiatie wordt omzeild en de zorgverzekeraar een selectief acceptatiebeleid kan voeren. Ik vind het goed dat de NZa als toezichthouder in gesprek gaat met de betreffende verzekeraars en hen dringend verzoekt te stoppen. Ook zelf heb ik meteen met de betreffende zorgverzekeraars het gesprek geopend om hen hierop aan te spreken.

3) Buitenlandse toetreders / diversiteit aan verzekeraars

De leden van de CDA-fractie vragen wat de minister vindt van de ontwikkeling dat volgens het rapport van Equalis buitenlandse toetreders tot de Nederlandse zorgverzekeringsmarkt veel voordeel halen uit de vereveningsystematiek. Zij vragen of het wenselijk is dat op deze wijze ons zorggeld naar het buitenland verdwijnt.

Reactie

Allereerst doet het rapport van Equalis geen uitspraak over buitenlandse toetreders of zorggeld dat naar het buitenland zou verdwijnen. De cijfers die Equalis laat zien, zijn op basis van door verzekeraars zelf gerapporteerde inschattingen voor 2019.

Ik vind het een goede zaak dat de Nederlandse zorgverzekeringsmarkt openstaat voor toetreders, of dat nu Nederlandse bedrijven of in het buitenland gevestigde bedrijven zijn. Toetreders kunnen vernieuwing op de zorgverzekeringsmarkt aanjagen en de mogelijkheden voor verzekerden vergroten om te kiezen uit verschillende, onderscheidende polissen.

De risicovereveningssystematiek geldt daarbij op gelijke wijze voor toetreders en voor bestaande aanbieders, voor Nederlandse en voor in het buitenland gevestigde partijen. De druk om verzekeringen tegen een concurrerende premie aan te bieden zorgt ervoor dat premiegelden en de risicovereveningsbijdrage zo doelmatig mogelijk aangewend worden voor de zorg en voor de bedrijfsvoering van zorgverzekeraars die noodzakelijk is om de zorg te kunnen laten verlenen en de verzekerde de service te bieden die hij/zij verwacht. Dat is in het belang van de verzekerde.

Verder vragen de leden van de CDA-fractie of er sprake is van een gelijk speelveld tussen zorgverzekeraars in Nederland en in het buitenland gevestigde zorgverzekeraars met betrekking tot kostenopslag, herverzekeringspremies en toezicht.

Reactie

Het Europese toezichtkader van de Richtlijn Solvency II gaat uit van één toezichthoudende instantie in de lidstaat van herkomst. Een in het buitenland gevestigde risicodragers moet voldoen aan dezelfde solvabiliteitseisen uit de Richtlijn Solvency II als een in Nederland gevestigde risicodragers. Dit borgt het

gelijke speelveld. Voor een in Nederland gevestigde verzekeraar is DNB de toezichthouder. Voor risicodragers gevestigd in een ander Europees land is dat de toezichthouder van dat land.

4) Gemeentepolis

De leden van de fracties D66 en SP vragen onder andere naar aanleiding van de motie Raemakers en Ellemeet naar het onderzoek naar structurele onder- en overcompensatie in de risicoverevening in relatie tot de gemeentepolis.

Reactie

De verbeteringen aan de verevening die de afgelopen jaren hebben plaatsgevonden en voor 2020 zijn aangekondigd zullen ook de compensatie van gemeentepolishouders verder verbeteren aangezien hier veel verzekerden zijn met chronische aandoeningen, GGZ problematiek en medicijngebruik. In het diagnostisch onderzoek naar restrisico's in de verevening zullen onder- en overcompensatie geanalyseerd worden naar persistentie en naar oorzaak. Hier kunnen groepen naar voren komen die structureel een voorspelbare winst of verlies genereren. Als dat het geval is bij een groep verzekerden die oververtegenwoordigd is in de gemeentepolis, bijvoorbeeld multimorbiditeit in combinatie met lage sociaal-economische status, dan zal er gekeken moeten worden hoe dit op te lossen. Het is echter niet het doel om naar specifieke polissen te kijken.

Het is immers een keuze van de zorgverzekeraar om een bepaald type polis aan te bieden en in te richten en de keuze van de verzekerde om die af te nemen. De risicoverevening compenseert voor chronische gezondheidsverschillen die buiten het keuzebereik van de zorgverzekeraar of verzekerde liggen.

De leden van de CDA-fractie vragen 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. 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.

In de context van de gemeentepolis stellen de leden van de fracties CDA en SP vragen over inkomensondersteuning bij zorgkosten. De leden van de CDA-fractie vragen specifiek of de verantwoordelijkheid voor het compenseren van hogere zorgkosten zoals het eigen risico bij verzekeraars of gemeenten ligt. De leden van de SP-fractie vragen welke gemeentelijke regelingen er bestaan ter compensatie van (hoge) zorgkosten voor lage inkomens.

Reactie

We hebben een solidair stelsel voor zorgkosten, waarin gezond en ongezond, jong en oud, rijk en arm meebetalen aan de zorgkosten via de premie en het inkomensafhankelijke deel. Voor gezonde mensen mogen verzekeraars geen andere premie rekenen vanwege het verbod op premiedifferentiatie. Specifiek voor mensen met een laag of lager inkomen, bestaat de zorgtoeslag. Voorheen waren er de compensatieregeling voor het eigen risico (de CER) en een tegemoetkoming voor chronisch zieken (Wtcg). Deze regelingen kwamen voor een heel groot deel niet bij de juiste mensen terecht en zijn om die reden in 2015 afgeschaft. De taak en middelen zijn deels overgeheveld naar gemeenten. Gemeenten hebben de functie om als vangnet te fungeren voor minima via de

bijstand. Voor ondersteuning van burgers bij (incidentele) hoge kosten beschikken zij over middelen om compensatie te verlenen op grond van de bijzondere bijstand. Met het afschaffen van de Wtcg en CER is tevens de optie gecreëerd om vanuit de Wmo burgers financieel tegemoet te komen, zodat ook burgers met hoge meerkosten boven de minimumnormen in aanmerking zouden kunnen komen voor ondersteuning; denk hierbij aan hoge stook-, was- of dieetkosten als gevolg van een chronische aandoening.

Veel gemeenten bieden een gemeentelijke collectiviteit aan voor minima. Daarmee maken zij afspraken met verzekeraars over bijvoorbeeld het eigen risico of om eigen bijdragen bij brillen of tandarts direct in de aanvullende verzekering af te dekken, zodat aanvragen voor de bijzondere bijstand (en daarmee uitvoeringskosten) worden voorkomen. Feitelijk is dit een verplaatsing van kosten van de bijzondere bijstand naar een aanvullende verzekering. We zien veel verschillen tussen gemeenten. Of de gemeentepolis de best passende polis is voor een verzekerde, hangt sterk af van hoe de gemeentepolis is ingericht, de gemeentelijke bijdrage en de zorgbehoefte van de verzekerde. Uit de resultaten van de voorzieningenwijzer blijkt dat de gemeentelijke collectiviteit slechts in 40% van de gevallen de beste keuze is voor minima. Sommige gemeenten kiezen er daarom voor keuzehulp aan te bieden om de juiste zorgverzekering te kiezen.

Verzekeraars hebben de plicht om iedereen te accepteren voor de basisverzekering en voor alle verzekerden dezelfde premie te rekenen op een polis, ongeacht leeftijd, risico of inkomen. Verzekeraars mogen collectiviteiten aanbieden, maar zijn hier niet toe verplicht, net zomin als zij dat zijn voor werkgevers of patiëntenorganisaties. Ook gemeenten hebben beleidsvrijheid om wel of geen collectiviteit voor minima aan te bieden, gemeentelijke regelingen te ontwikkelen of burgers te ondersteunen op grond van de Wmo (art. 2.1.7). De instrumenten zijn daarbij niet het doel, maar het middel om burgers te helpen. Met welk middel het optimale resultaat wordt bereikt voor hun burgers is aan gemeenten om te beoordelen.

5) GGZ

De leden van de VVD-fractie vragen of ik, als voldoende data beschikbaar is, kijk naar een ex ante oplossing voor de compensatie van dure ggz-cliënten.

Reactie

Uit onderzoek van afgelopen jaar is gebleken dat de erg dure ggz-cliënten zeer scheef verdeeld zijn en ongelijk verdeeld over de zorgverzekeraars, wat het gelijke speelveld verstoort en prikkels tot risicoselectie met zich mee kan brengen. Omdat ex ante oplossingen (o.a. vanwege gebrek aan data) op korte termijn niet tot aanzienlijke verbeteringen leiden van het risico-vereveningsmodel, is in onderzoek gekeken naar een ex post oplossing voor een kleine groep zeer dure ggz-cliënten. Dit laat onverlet dat ex ante oplossingen mijn voorkeur hebben. Ik zal dan ook voor dure ggz- cliënten blijven kijken naar de mogelijkheden voor ex ante oplossingen, bijvoorbeeld in het geval dat er nieuwe data beschikbaar is.

Voorts vragen de leden van de VVD-fractie of ik instellingen op wil roepen om met een landelijk dekkende administratie te komen.

Reactie

Met ingang van 2020 is de Wet zorg en dwang van toepassing. Door verschillende partijen wordt nu besproken op welke wijze landelijk dekkende gegevens beschikbaar kunnen komen voor de risicoverevening. Daarnaast heeft dit jaar de NZa ggz-instellingen gewezen op het belang van deze registratie via de circulaire bij de regelgeving (https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_256571_22/1/).

6) Overheveling Verpleging en Verzorging van AWBZ naar ZVW

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. Zij vragen of de kostenpatronen zijn gewijzigd en zo ja, wat de bevindingen van deze monitoring zijn. Zij vragen in hoeverre de overheveling van de V&V het gelijke speelveld tussen zorgverzekeraars heeft beïnvloed en als sprake is van beïnvloeding van het gelijke speelveld, wat dan de impact voor de verschillende type polissen (natura en restitutie) is. Ook vragen zij of ik het eens ben 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 en als het gelijke speelveld is aangetast of ik bereid ben hier alsnog corrigerende maatregelen voor te nemen.

Reactie

De werking van de risicoverevening wordt jaarlijks gemonitord als de vaststelling van de vereveningsbijdragen aan zorgverzekeraars en als de schadecijfers definitief zijn. Vanwege de lange doorlooptijd van declaraties loopt deze monitor altijd enkele jaren achter. Afgelopen zomer is de Monitor risicoverevening 2014 gepubliceerd; de Monitor 2015 is recent van start gegaan. Een belangrijk onderdeel van deze Monitor is onderzoek naar de representativiteit van de gegevens van het onderzoek op basis waarvan de normbedragen worden vastgesteld (de Overall Toets) ten opzichte van de werkelijke schadecijfers en definitieve vereveningsbijdrage. De representativiteit van AWBZ-gegevens wijkverpleging ten opzichte van werkelijke schadecijfers zal dus in de Monitor 2015 aan bod komen. Eventuele verstoringen van het gelijke speelveld tussen zorgverzekeraars worden onderzocht. Er wordt in de Monitor niet gekeken op het niveau van polissen. Het is immers een keuze van de zorgverzekeraar respectievelijk de verzekerde om een bepaald type polis aan te bieden respectievelijk af te nemen. De risicoverevening compenseert voor chronische gezondheidsverschillen die buiten het keuzebereik van de zorgverzekeraar of verzekerde liggen.

Overigens is in de afrekening door het Zorginstituut nooit gebruik gemaakt van AWBZ-gegevens. In het eerste jaar (2015) is de wijkverpleging nagenoeg risicoloos overgeheveld en werden zorgverzekeraars onder andere via regio's gecompenseerd. In de jaren erna is gebruik gemaakt van een vereveningskenmerk gebaseerd op kosten van het voorgaand jaar of voorgaande jaren. Het onderzoek op basis waarvan de normbedragen worden vastgesteld (de Overall Toets) werd weliswaar gedeeltelijk gebaseerd op AWBZ-gegevens maar de uitvoering en daarmee afrekening was volledig gebaseerd op declaraties uit de Zorgverzekeringswet. De impact van de AWBZ-gegevens is dus relatief beperkt. Bij de vaststelling van de normbedragen 2020 is nog slechts gebruik gemaakt van één jaar van AWBZ-gegevens (2014). Dit is het laatste jaar dat AWBZ-gegevens gebruikt worden in het onderzoek. Hierna zal ook het onderzoek volledig gebaseerd worden op declaraties uit de Zorgverzekeringswet.

7) Restitutiepolis en keuzevrijheid voor verzekerden

De leden van de CDA-fractie vragen of ik op de lange termijn bestaansrecht zie voor de restitutiepolis, waarmee de vrije artskeuze gewaarborgd wordt. Zij vragen voorts of ik van mening ben dat er nu voldoende keuzevrijheid voor verzekerden is binnen de zorgverzekeringsmarkt.

Reactie

Iedere verzekerde heeft een vrije keuze naar welke zorgverlener hij gaat; de overheid schrijft niet voor naar welke arts hij of zij moet gaan bij ziekte. Er is dus per definitie sprake van een vrije artskeuze in Nederland. Hieruit volgt echter niet dat ook recht bestaat op (volledige) vergoeding door de overheid of de zorgverzekeraar van de kosten die door de zelf uitgekozen artsen in rekening worden gebracht bij de patiënt/verzekerde.

Afhankelijk van de polis vergoedt de zorgverzekeraar de zorg bij de keuze voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder volledig (restitutie¹⁶) of gedeeltelijk (natura). De verzekerde is vrij om een polis en een zorgverzekeraar te kiezen passend bij zijn of haar voorkeuren. Zorgverzekeraars zijn volgens de Zorgverzekeringswet verplicht bij een naturapolis ook een vergoeding te betalen voor kosten van zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De wetgever heeft de hoogte van deze vergoeding niet vastgelegd in de wet, maar wel opgemerkt dat de vergoeding geen hinderpaal mag zijn voor mensen om voor niet-gecontracteerde zorg te kiezen. Het is de bedoeling dat de patiënt met een naturapolis een deel van de kosten van de niet-gecontracteerde zorg zelf moet betalen, omdat daardoor een stimulans ontstaat voor verzekerden om te kiezen voor gecontracteerde zorg en voor zorgaanbieders om een contract te sluiten. Overigens wordt bij de meeste naturapolissen (met uitzondering van enkele polissen met beperkende voorwaarden) breed gecontracteerd; met name voor de medisch-specialistische zorg.

Ik vind het belangrijk dat verzekerden een ruime keuze kunnen maken uit kwalitatief goede zorgverleners, ook verzekerden met een naturapolis. Ik vind het ook belangrijk dat verzekerden voldoende te kiezen hebben op de zorgverzekeringsmarkt en een zorgverzekeringspolis kunnen afsluiten die past bij hun voorkeuren. Dat is het geval; vrijwel alle zorgverzekeraars bieden naast een naturapolis ook een restitutiepolis of combinatiepolis aan. Door de zorgtoeslag zijn zowel de natura- als de restitutiepolis voor iedereen betaalbaar. Doordat de contractering in naturapolissen in de regel breed is, is het prijsverschil tussen de naturapolis en de restitutiepolis nu beperkt.

Voorts vragen de leden van de CDA-fractie of ik het standpunt deel 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.

Reactie

De verzekerden zijn gebaat bij een divers en onderscheidend aanbod op de zorgverzekeringsmarkt. Dat verhoogt de kans dat er een zorgverzekeraar en een zorgverzekeringspolis tussen zit die aansluit bij hun wensen. Verzekerden kijken voor hun keuze niet alleen naar de omvang van de zorgverzekeraar of een eventuele regionale focus, maar bijvoorbeeld ook naar de hoogte van de premie, de gecontracteerde zorgaanbieders, de soort polissen en het serviceniveau.

¹⁶ Tenzij de aanbieder excessieve tarieven in rekening brengt.

Verschillende soorten zorgverzekeraars kunnen verschillende combinaties van deze elementen in hun productaanbod verwerken. Het is daarbij mogelijk dat een zorgverzekeraar zich richt op een bepaalde doelgroep, bijvoorbeeld bepaalde patiënten of een specifieke regio. Echter, de wettelijke acceptatieplicht zorgt ervoor dat de zorgverzekeraar wel alle verzekerden moet accepteren.

8) SES/AVI

De leden van de CDA-fractie vragen of ik kan aangeven welke verbeteringen zullen worden doorgevoerd ten aanzien van de vereveningskenmerken aard van het inkomen (AVI) en sociaaleconomische status (SES).

Reactie

De verbetering van het vereveningskenmerk AVI betreft een uitbreiding met klassen voor de 0-17 jarigen en voor de 65-69 jarigen. Door dit extra onderscheid verbetert de compensatie voor deze groepen verzekerden. Als gevolg van de laatste aanpassing schuiven ook de relevante leeftijdsgrenzen bij de vereveningskenmerken SES en PPA (personen per adres) van 64 naar 69 jaar. De overige wijzigingen bij SES zijn klein en technisch van aard. Het gaat onder meer om de wijze waarop wordt omgegaan met het inkomen van verzekerden die maar een deel van het jaar verzekerd zijn en met het inkomen van verzekerden in een Wlz-instelling of verzekerden die langdurig gebruikmaken van intramurale geneeskundige geestelijke gezondheidszorg.

9) verkorting doorlooptijd risicoverevening

De leden van de CDA-fractie vragen welke acties ik onderneem en heb ondernomen om de huidige vier jaar die nodig is om tot definitieve afrekening en daarmee verevening te komen, fors in te korten.

Reactie

Mede naar aanleiding van het rapport van de Commissie Transparantie en Tijdigheid (Kamerstukken 33 654, nr. 29) is onderzoek gedaan naar de verkorting van de duur van de risicoverevening. Ik heb Uw Kamer over de uitkomsten van dit onderzoek geïnformeerd met mijn brief over de informatievoorziening zorguitgaven en aanbevelingen Commissie Transparantie en Tijdigheid (Kamerstuk 33 654, nr. 35).

De conclusie van het onderzoek is dat op dit moment geen verkorting kan worden gerealiseerd. De lange doorlooptijd van declaraties in de geestelijke gezondheidszorg vormt daarbij de belangrijkste bottleneck. Betrokkenen (onderzoekers, Zorgverzekeraars Nederland, Zorginstituut Nederland, VWS en enkele verzekeraars) verkiezen nauwkeurigheid, volledigheid van gegevens en stabiliteit van het proces boven tijdigheid van informatie over de te ontvangen vereveningsbijdrage. Uit terugkoppeling van Zorgverzekeraars Nederland is gebleken dat ook de overige zorgverzekeraars deze conclusie van het onderzoek onderschrijven.

Het voorgaande laat onverlet dat ik in de komende jaren alert blijf op mogelijkheden om de onzekerheden in het definitieve kostenniveau eerder te reduceren, hetgeen op enig moment tot de keuze kan leiden om de definitieve afrekening te versnellen.

10) Proces risicoverevening en inspraak Tweede Kamer

De leden van de fractie van GroenLinks vragen of het proces rondom mijn brieven aan de Kamer over het risicovereveningsmodel voor het komende jaar vervroegd kan worden en of ik daarbij iets van de Kamer nodig heb.

Reactie

De jaarlijkse cyclus van de risicoverevening is een complex proces. Enerzijds vergt het dat besluiten over het risicovereveningsmodel voor het komende jaar tijdig worden genomen zodat Uw Kamer kan worden geïnformeerd en regelgeving kan worden aangepast. Anderzijds is het belangrijk dat voldoende tijd wordt genomen zodat gebruikgemaakt kan worden van de meest actuele gegevens, waarmee het onderzoek naar en de besluitvorming over (mogelijke) verbeteringen aan het model zo zorgvuldig mogelijk worden uitgevoerd, waarbij zorgverzekeraars, onderzoekers en uitvoerders nauw zijn betrokken. Het is de kunst hierin een goede balans te vinden.

Ik streef er, gelet op het voorgaande, naar om u jaarlijks vóór het zomerreces te informeren over de voorgenomen modelwijzigingen voor het volgende jaar. Versnelling in dit proces is naar mijn mening niet mogelijk zonder aan zorgvuldigheid in de onderbouwing en de voorbereiding van de besluitvorming in te boeten of verbeteringen uit te stellen. Een incidentele uitloop naar het zomerreces, zoals dit jaar is gebeurd, kan ik niet uitsluiten, maar is niet de bedoeling.

Wijzigingen in de regelgeving worden vastgelegd via een wijziging van het Besluit zorgverzekering. Deze wijziging wordt in juni bij Uw Kamer voorgehangen.

Ten aanzien van de voorgenomen onderzoeken stuur ik u jaarlijks bij de start van het nieuwe onderzoekjaar, in september, een overzicht van de voorgenomen onderzoeken.