

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond er bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 25 juni 2014 inzake het Risicovereveningsmodel 2015 (Kamerstuk 29 689, nr. 529).

De voorzitter van de commissie,  
Neppéus

De griffier van de commissie,  
Teunissen

## **Inbreng VVD-fractie**

De leden van de VVD-fractie hebben met belangstelling kennis genomen van het risicovereveningsmodel 2015. Zij hebben een aantal vragen en opmerkingen.

### *Voorgenomen vormgeving ex ante vereveningsmodel 2015*

De Minister onderzoekt de mogelijkheid van introductie van een criterium in het model voor 2015 dat rekening houdt met hogere voorspelbare kosten voor chronisch zieken en ouderen. Dit zou mogelijk een eerste, generieke oplossing binnen het huidige ex ante verevenings-model bieden voor over- en ondercompensatie. Wanneer is dit onderzoek afgerond? Corrigeert het huidige vereveningsmodel daadwerkelijk onvoldoende voor de hogere voorspelbare kosten voor chronisch zieken en ouderen, of is dit een vermoeden? Compenseert het huidige vereveningsmodel al in voldoende mate voor deze kosten, of in onvoldoende mate? Is de Minister van plan te kiezen voor eventuele overcompensatie in de verevening voor deze groepen? Zo ja, waarom dan deze keuze?

Bij verpleging en verzorging wordt tijdelijk, tot uiterlijk 2017, het criterium «regio verpleging en verzorging» geïntroduceerd. De Minister verwacht dat dankzij dit tijdelijke criterium de verzekeraars voldoende middelen krijgen om aan hun zorgplicht te voldoen, en tijd krijgen de zorg zo te structureren en in te kopen dat vraag en aanbod samenkomen. Hoe kan met deze maatregelen het structurele probleem van regionale scheefgroei op het gebied van verpleging en verzorging worden opgelost? Verwacht de Minister dat een periode tot uiterlijk 2017 lang genoeg is voor verzekeraars om zich structureel op de nieuwe situatie voor te kunnen bereiden? Hoe kan voorkomen worden dat de niet dominante verzekeraars in regio's waar de vraag naar verpleging en verzorging zowel met hun inkoop als met hun marketing inspelen op het zo min mogelijk laten instromen van klanten uit die regio's? In hoeverre biedt dit tijdelijke criterium prikkels voor verzekeraars om doelmatige zorg te leveren, en waar mogelijk de uitgaven aan verpleging en verzorging te verlagen? In hoeverre voorkomt dit tijdelijke criterium eventuele risicoselectie ten aanzien van verpleging en verzorging?

### *Bijzondere groepen*

De Minister benoemt een aantal groepen, onder andere naar aanleiding van eerdere Kamerdebatten, waar aandacht aan wordt besteed. In hoeverre beziet de Minister ook in meer algemene zin op basis van een integrale analyse of er nog andere groepen zijn waar aandacht aan besteed moet worden ten aanzien van de vereveningsystematiek?

### *Vooruitblik ex post compensaties en risicodragendheid 2015*

De Minister laat de modellen tijdens de zomermaanden nogmaals doorrekenen om de kwaliteit daarvan te bezien. Hierbij zal specifiek aandacht besteed worden aan kleine zorgverzekeraars. In hoeverre is het mogelijk deze doorrekening per zorgverzekeraar uit te voeren, met name ten aanzien van verpleging en verzorging, om te bezien of er grote verschillen bestaan tussen deze partijen in de uitkomsten van de modellen?

## **Inbreng PvdA-fractie**

De leden van de fractie van de PvdA hebben kennis genomen van de brief over het risicovereveningsmodel 2015. Zij merken op dat een adequaat risicovereveningsmodel een sleutelrol speelt in het zorgstelsel, en dat een goede werking hiervan essentieel is in het voorkomen van oneerlijke concurrentie tussen zorgverzekeraars, het waarborgen van een level playing field, en het tegengaan van risicoselectie. Genoemde leden hebben nog enkele vragen over de toegezonden brief.

De leden van de fractie van de PvdA merken op dat er in de brief ingegaan wordt op de historisch gegroeide regionale verschillen in het zorgaanbod van verpleging en verzorging. Daarbij wordt aangegeven dat deze verschillen tijdelijk worden betrokken in de het model voor verpleging en verzorging. Genoemde leden zien graag nader uiteengezet hoe deze verschillen daarbij worden betrokken, welke verschillen dit betreft en op welke gronden dit criterium, al dan niet, tot 2017 onderdeel blijft van dit model. Welke normen verbindt de Minister aan de kwaliteit van dit model? Wanneer kan er gesproken worden van een model voor de somatische zorg dat goed genoeg is om de kosten voor verpleging en verzorging hierin op te nemen? Is het denkbaar dat, indien dit model in 2017 niet aan deze kwaliteitseisen voldoet, het afzonderlijke model voor de kosten voor verpleging en verzorging gehandhaafd blijft?

De leden van de fractie van de PvdA vragen hoe de regering oordeelt over de kwaliteit van de gegevens waarop de risicovereveningsmodellen gegrond zijn. Zijn er voldoende gegevens, en zijn deze van een dusdanige kwaliteit dat er tijdig gekomen kan worden tot modellen van goede kwaliteit die in voldoende mate voorspellend zijn? Wanneer zijn deze modellen in voldoende mate voorspellend? Mocht de voorspellende waarde van deze modellen tegenvallen, hoe wordt dit dan vertaald naar de voorgenomen afbouw van de ex-post compensaties? Genoemde leden merken op dat risicovereveningsmodellen niet alleen essentieel zijn voor het tegengaan van ongewenste vormen van risicoselectie, maar dat zij ook zeer veel invloed hebben op de positie van kleine zorgverzekeraars en daarmee op de concurrentie tussen zorgverzekeraars en de pluriformiteit in het aanbod van zorgverzekeringen. Genoemde leden zouden graag een nadere toelichting willen over de wijze waarop de Minister, al dan niet door verdere aanpassing van de risicovereveningsmodellen, uitstel van de afbouw van de ex-post compensaties, of anderszins, deze concurrentie en pluriformiteit tussen zorgverzekeraars wil waarborgen. Zij vragen de regering of zij hierbij rekening wil houden met de feitelijke werkelijkheid van een zorgverzekeringsmarkt waarop weliswaar tientallen risicodragers actief zijn, maar feitelijk slechts negen concerns?

## **Bijzondere groepen**

De leden van de fractie van de PvdA merken op dat er de afgelopen tijd in meerdere Kamerdebatten gesproken is over de onwenselijkheid van doelgroepselectie. Zij merken op dat deze polissen veel weg hebben van, of in ieder geval sterk doen denken aan ongewenste vormen van risicoselectie. Genoemde leden merken op dat zij het toejuichen wanneer de risicoverevening zodanig wordt vormgegeven dat doelgroepselectie wordt voorkomen. Wel geven zij aan dat wat hen betreft deze doelgroepselectie ondervangen zou dienen te worden via een risicoverevening die dusdanig fijnmazig is dat doelgroepselectie überhaupt niet aantrekkelijk is. Welke structurele kenmerken, afgezien van specifieke doelgroepen, is de Minister voornemens om de komende jaren toe te voegen aan de risicovereveningsmodellen om tot deze fijnmazige systemen te komen? Is de Minister voornemens de komende jaren, naast deze extra structurele

kenmerken, ook andere bevolkingsgroepen dan in de brief zijn genoemd, deel uit te laten maken van het risicovereveningsmodel?

### **Solvabiliteit, en transparantie jaarverslagen zorgverzekeraars**

De leden van de fractie van de PvdA vragen een overzicht van de verzekeraars die wel, respectievelijk niet, een verbeterd inzicht bieden. Zij zien graag van alle zorgverzekeraars vermeld in welke mate zij transparant zijn. Deze leden vragen welke redenen de zorgverzekeraars, die geen verbetering laten zien, hiervoor aanvoeren.

De leden van de fractie van de PvdA vragen op welke wijze de premiebetaler in de te betalen premie terug ziet dat zorgverzekeraars over 2013 wederom een hoger resultaat behaald hebben dan het voorgaande jaar. Kan precies per zorgverzekeraar aangegeven worden hoe en in welke situatie de verzekerde voordeel ondervindt van deze resultaten? Kunnen zorgverzekeraars alsnog een verbetering maken door expliciet – in één figuur of tabel – het resultaat uit voorgaande jaren te vermelden, en dit uit te splitsen naar teruggave via de premie, investeringen in de zorg en opbouw van reserves? Zo nee, waarom niet? Zo ja, wanneer kan de Kamer dat ontvangen? Hoe kan worden gezorgd dat voortaan uit de jaarverslagen wel een volledig beeld komt van de bestemming van de winst, naar basis en aanvullende verzekering? Verder vragen de leden zich af of er ook een maximumsolvabiliteitseis wordt overwogen voor zorgverzekeraars. Deze leden zouden graag een uitgebreide toelichting willen op de mogelijkheid om een maximum aan de solvabiliteit van zorgverzekeraars te kunnen stellen, alsook op de eventuele hoogte van een dergelijke maximumgrens. Graag ontvangen zij daarbij ook een uiteenzetting waaruit de risico's die zorgverzekeraars lopen bestaan, en in hoeverre deze gerelateerd zijn aan het aantal overstappers.

### **Inbreng SP-fractie**

De leden van de SP-fractie hebben de brief van de Minister met belangstelling gelezen. Zij hebben naar aanleiding hiervan nog enkele vragen en opmerkingen.

Zij vragen hoeveel capaciteit beschikbaar is binnen het Ministerie voor het ontwikkelen van het risicovereveningssysteem. Hoeveel fte's werken aan het ontwikkelen en onderhouden van het risicovereveningssysteem, en hoeveel personen zijn in dienst die dusdanig goed op de hoogte zijn van het risicovereveningssysteem dat zij de werking hiervan volledig doorzien? Zij vragen de Minister of zij van oordeel is dat de capaciteit en kennis van het risicovereveningssysteem binnen het Ministerie voldoende is.

Genoemde leden vragen de Minister of zij de mening deelt dat de mate van risicodragendheid van zorg dient af te hangen van de kwaliteit van het ex-ante model. Is het niet verstandiger eerst te zorgen dat er zicht is op een stabiele verevening van bijvoorbeeld verzorging en verpleging alvorens de risicodragendheid te doen toenemen? Welke risico's ziet de Minister bij een te snelle invoering van risicodragendheid na overheveling van nieuwe verantwoordelijkheden in de Zorgverzekeringswet? Kan de Minister de analyse van risico's en voordelen naar de Kamer sturen? Zij vragen de Minister de historisch gegroeide regionale verschillen op het gebied van verpleging en verzorging nader te duiden. Deze leden vragen in per regio in kaart te brengen om welke verschillen dit gaat en of dit al dan niet reële verschillen zijn. Voorts vragen zij waarom de Minister nu al aankondigt dat het criterium dat op basis van deze verschillen wordt geïntroduceerd per 2017 weer zal worden afgeschaft. De leden van de SP-fractie vragen de Minister of zij er nu al zeker van is dat deze regionale verschillen in dat jaar niet meer bestaan. Waarom is de Minister daar zo

zeker van? Is het niet verstandiger eerst eens een aantal jaren dit goed te volgen alvorens tot eventuele afbouw van compensaties over te gaan? Is de Minister van mening dat er enkel afgebouwd dient te worden, of is het ook mogelijk dat een regio moet opbouwen, omdat daar te weinig zorg geboden wordt?

Genoemde leden vragen welke polissen de Minister bedoelt wanneer zij spreekt over «mogelijk onwenselijke doelgroepopolissen». Zij vragen deze polissen te benoemen en aan te geven welke zorgverzekeraars dergelijke polissen aanbieden. Voorts vragen zij waarom de Minister er niet voor kiest deze polissen te verbieden om te garanderen dat er geen onwenselijke polissen worden aangeboden. Klopt het dat zorgverzekeraars al in 2015 met wijkverpleging-pluspolissen zullen komen; een aanvullende verzekering voor wijkverpleging? Zo ja, welke vormen van zorg gaat de aanvullende verzekering bieden die niet in de basisverzekering zit? Op welke wijze gaat de Minister controleren dat er geen zorg die verzekerd is in de basisverzekering aangeboden wordt in de aanvullende verzekering? De leden van de SP-fractie maken zich zorgen over het afschaffen van de ex-post risicoverevening waardoor zorgverzekeraars in de toekomst volledig risicodragend zullen zijn. Naar de mening van deze leden zal dit de deur nog verder openzetten voor risicoselectie.

Wil de Minister in dit verband nader ingaan op de gepubliceerde cijfers van Schut, Van Kleef en Van de Ven in ESB van 30 mei 2014, waarin zij aangeven dat op basis van het risicovereveningsmodel 2014 de verzekeraar bij chronisch zieken er nog steeds sprake is van ondercompensatie, oplopend tot wel 670 euro per jaar, terwijl bij gezonde verzekerden verzekeraars een overcompensatie kennen tot wel 298 euro per jaar? Is bij een dergelijk imperfect risicovereveningsmodel het risico op risicoselectie niet levensgroot? Lopen hierdoor met name kleinere verzekeraars niet het meeste risico? Is niet te verwachten dat, als de ex-postcompensaties verder worden afgebouwd, een nieuwe fusiegolf zal ontstaan waarbij er nog maar vier zorgverzekeraars over zullen blijven die dan de volledige markt beheersen? Hoe borgt de Minister het overeind blijven van de laatste kleine (re) verzekeraars die van belang zijn om de grote verzekeraars enigszins in toom te houden?

Het valt genoemde leden op dat de Minister ondanks de risico's vasthoudt aan de vastgestelde data voor afschaffing voor verpleging en verzorging en de langdurige GGZ eind 2017. Zij vragen waarom de Minister hiervoor kiest, terwijl er grote onzekerheden bestaan of de risico's die met deze patiënten samenhangen voldoende zijn afgedekt via de ex-ante risicoverevening. De leden van de SP-fractie vragen de Minister waarom zij ervoor kiest een datum als deadline te stellen in plaats van het goed functioneren van de ex-ante risicoverevening als hard criterium te hanteren. Zij vragen de Minister of zij afschaffing van de ex-post compensatie ook zal doorzetten wanneer zij constateert dat de ex-ante compensatie in 2014 onvoldoende functioneert.

Is de Minister bereid, wat ook wel wordt bepleit, voor de verpleging en verzorging en de langdurige GGZ vooralsnog uit te gaan van een apart deelbudget om de ontwikkelingen op dat terrein de komende jaren goed te kunnen volgen?

Is de Minister bereid, als het gaat om de GGZ, de hoge kosten compensatie (HKC) niet af te schaffen, zodat de voorspellende waarde van het model verbetert?

Is de Minister bereid bij het risicovereveningsmodel ook nog eens goed te kijken naar de gevolgen van de overheveling van dure specialistische geneesmiddelen; geneesmiddelen waarvan de kosten sterk stijgen, waarbij de kans op risicoselectie toeneemt als deze groep niet goed wordt gecompenseerd?

De leden van de SP-fractie constateren dat zorgverzekeraars ook in 2013 weer hoge winsten hebben geboekt. Zij zijn van mening dat dit geen goede bestemming van premiegeld is, en vinden het contrast met de bezuinigingen die bijvoorbeeld in het kader van de decentralisaties worden doorgevoerd hiermee in schril contrast staan. Genoemde leden vragen de Minister per zorgverzekeraar in beeld te brengen hoeveel resultaat zij boekten over het jaar 2013. Zij vragen dit uit te splitsen in resultaat geboekt op de basisverzekering en de aanvullende verzekering. Zij vragen de Minister om een oordeel te vellen over deze resultaten. Deelt de Minister de mening van de leden van de SP-fractie dat deze resultaten wederom «onmaatschappelijk hoog» zijn. Kan de Minister de laatste stand van de reserves van de verschillende zorgverzekeraars in beeld te brengen, waarin de resultaten geboekt in 2013 verwerkt zijn? Zij vragen de Minister deze stand van de reserve af te zetten tegen de reserve die vereist is op basis van Solvency II en tegen de eerder geldende Solvency I. Daarnaast vragen zij de Minister een inschatting te maken van de solvabiliteitseis die in 2015 zal gelden wanneer de overheveling van taken vanuit de AWBZ werkelijkheid zou worden. Deze leden vragen de Minister de actuele stand van de reserve van de verschillende zorgverzekeraars ook af te zetten tegen deze ingeschatte solvabiliteitseis. Zij vragen of de Minister verder kan uitwerken wat in het kader van transparantie en controleerbaarheid van de behaalde winsten over enig jaar wenselijk is wat in de jaarverslagen van de zorgverzekeraars verschijnt. De Minister geeft daartoe een eerste aanzet, maar dat gaat wat de leden van SP-fractie betreft niet ver genoeg. Als het gaat om de bestemming van de winst is het bijvoorbeeld van belang of er winsten zijn uitgekeerd aan aandeelhouders. Ook dat zou in het jaarverslag inzichtelijk moeten worden gemaakt. Wil de Minister hierover harde afspraken maken met de zorgverzekeraars?

Ook lijkt een aanscherping van de discussie welke reserves nu reëel zijn aangewezen aangezien het om publiek opgebrachte middelen gaat. Thans zijn de reserves gemiddeld ongeveer tweemaal zo hoog als noodzakelijk geacht. Ligt het niet voor de hand – zeker ook gezien de sterke stijging van de premies de afgelopen jaren inclusief het eigen risico – dat de reserves worden teruggebracht naar het niveau dat noodzakelijk is, bijvoorbeeld 11% van de jaarlijkse schadelast in de basisverzekering? Ligt het niet voor de hand dat het kabinet bij het vaststellen van de rekenpremie ook daarmee rekening houdt?

### **Inbreng CDA-fractie**

De leden van de CDA-fractie hebben kennis genomen van de brief van de Minister over het risicovereveningsmodel 2015. Voor deze leden is de afbouw van ex-post compensaties onlosmakelijk verbonden met de vormgeving en de kwaliteit van het ex-ante model. Deze leden zouden ook nog graag het advies van de werkgroep ontwikkeling risicoverevening 2015 willen ontvangen.

Zij willen in de eerste plaats opmerken dat de Minister in haar brief stelt dat de kwaliteit van de modellen in september bezien wordt, en vervolgens in 2015 verdere verbetering van de modellen plaatsvindt, dit terwijl er per 1 januari 2015 een groot gedeelte van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet wordt overgeheveld. Zij noemen hier specifiek de extramurale behandeling van zintuiglijk gehandicapten die gelijk risicodragend wordt overgeheveld. De leden van de CDA-fractie vragen waarom de extramurale behandeling van de zintuiglijk gehandicapten met onmiddellijke ingang risicodragend wordt overgeheveld, aangezien het een kleine groep is met relatief hoge zorgkosten. Graag ontvangen zij een uitgebreide toelichting hierop. Is de Minister namelijk niet bang voor indirecte risicoselectie voor deze doelgroep?

Verder lezen deze leden dat de Minister prioriteit geeft aan chronisch zieken en oudere verzekerden, alsmede verzekerden waarvoor specifieke mogelijk onwenselijke doelgroepolissen in de markt worden gezet. Graag krijgen deze leden meer uitleg over de manier waarop de Minister deze doelgroep tot prioriteit maakt. Wat gaat zij dan precies doen? Wat bedoelt de Minister als zij zegt dat het vereveningsmodel in de geneeskundige GGZ «stevig wordt aangepast»? Hoe ziet de zorgzwaarte-indicator eruit?

De Minister schrijft: «Tot het moment dat ik het model voor de somatische zorg goed genoeg acht om de kosten van verpleging en verzorging er in op te nemen en uiterlijk tot 2017 maak ik gebruik van een afzonderlijk model voor de kosten voor verpleging en verzorging.

Waarom wil de Minister in 2017 de kosten voor verpleging en verzorging opnemen in het somatische model? Is het niet juist vanwege het belang van goede monitoring van het model voor verpleging en verzorging dat dit een afzonderlijk deelbudget blijft?

In de brief staat vervolgens: «in het model voor verpleging en verzorging wordt tijdelijk rekening gehouden met de historisch gegroeide regionale verschillen in het zorgaanbod van verpleging en verzorging. Hiervoor introduceert zij het tijdelijke criterium «regio verpleging en verzorging». Kan de Minister toelichten wat zij hier precies mee bedoelt? Wat betekent dit voor de verpleging en verzorging in de zogenaamde krimpgebieden? De leden van de CDA-fractie vinden een goede risicoverevening enorm belangrijk om risicoselectie te voorkomen. Zij willen van de Minister weten hoe groot de kans is dat er risicoselectie gaat optreden als gevolg van de overheveling van de extramurale verpleging en verzorging. Zij verwijzen daarbij ook naar de geformuleerde risico's in het rapport Rapport «Evaluatie Zorgstelsel en Risicoverevening Acht jaar na invoering Zorgverzekeringswet: succes verzekerd?» van het Instituut BMG van de Erasmus Universiteit.

De leden van de CDA-fractie willen graag weten of de Minister de conclusies op pagina 54 van bovengenoemde rapport deelt: Mocht dit niet het geval zijn, dan willen deze leden graag weten waarom. Zo is het zeer de vraag of en hoe voor extramurale verpleging en verzorging een adequate risicoverevening kan worden gerealiseerd. Niet alleen is onduidelijk welke risicokenmerken geschikt en beschikbaar zijn, maar ook is de vraag of voor deze verstrekkingen de polisaanspraken (en dus de te verwachten kosten) helder af te bakenen zijn (zeker als deze aanspraken afhangen van de per individu beschikbare mantelzorg). Aangezien verzekeraars volgens het kabinet vanaf 2017 volledig risicodragend moeten worden gemaakt voor deze vormen van zorg, is de kans groot dat de ruimte voor risicoselectie hierdoor fors toeneemt.

De Minister schrijft dat zij «de verschillende modellen nogmaals door laat rekenen op de meest recente en representatieve gegevens.» Hierna «bezieet zij de kwaliteit van de modellen en bepaalt zij de inzet voor de ex-post compensaties voor 2015.» Wat betekent dit – indien de voorspelende waarde onvoldoende is -voor de afbouw van de ex-post compensaties voor 2015?

De Minister streeft voor verpleging en verzorging en voor de langdurige GGZ naar volledige risicodragendheid per 2017. Voor extramurale behandeling van zintuiglijke gehandicapten zorg wordt naar volledige risicodragendheid gestreefd per 2015 alsook voor de kosten van vrijwel alle dure geneesmiddelen. De leden van de CDA-fractie vragen of dit een realistisch scenario is.

De Minister schrijft dat vrijwel alle dure geneesmiddelen risicodragend worden. Betekent dit dat de weesgeneesmiddelen vaste zorgkosten blijven in de risicoverevening?

De Minister heeft aangegeven dat de kwaliteit van het ex-ante model leidend zal zijn bij het invoeren van risicodragendheid voor de over te



hevelen zorg. Voor de leden van de CDA-fractie is dit een belangrijk punt. Deze leden vragen wanneer de voorspellende waarde van het ex-ante vereveningsmodel voldoende is volgens de Minister. Is de Minister bereid objectieve maatstaven hiervoor te ontwikkelen?

Voor 2015 wijzigt de Minister de operationalisering van het SES-criterium om de kwaliteit en stabiliteit van dit vereveningscriterium te verbeteren. Zij willen graag weten wat die wijziging van de operationalisering van het SES-criterium inhoudt. Op welk onderzoek is dit gebaseerd?

De leden van de CDA-fractie lezen dat zorgverzekeraars in 2013 wederom een hoger resultaat hebben behaald dan in voorgaande jaren. De Minister geeft aan de zorgverzekeraars aan te spreken over transparantie van het resultaat, uitsplitsen naar basis en aanvullende verzekering, welk deel van het resultaat behaald is over het lopende jaar en welk deel uit eerdere jaren komt. Hoe doet u dat? Kan zij de Kamer over de resultaten van dit gesprek en de vervolgcacties van de zorgverzekeraars voor het algemeen overleg Zorgverzekeringwet van 4 september 2014 informeren?

Verwacht de Minister dat een deel van de winst wordt gebruikt om de solvabiliteitspositie van verzekeraars te vergroten in verband met de voorgenomen overheveling van taken uit de langdurige zorg? Kan de Minister berekenen hoe groot het bedrag is waarmee zorgverzekeraars hun solvabiliteitspositie moeten verbeteren in verband met de overdracht van taken uit de langdurige zorg naar de Zorgverzekeringwet, conform de toezegging aan het lid Bruins Slot?

Tegelijkertijd geeft de Minister aan dat de zorgverzekeringssector voldoende vermogen heeft om aan Solvency II eisen te kunnen voldoen. Daarnaast is de verwachting van de Minister dat zij geen opwaartse druk verwacht voor de premie van 2015. Waar baseert de Minister deze aanname op? Zorgverzekeraars kunnen namelijk zelf besluiten om wel de solvabiliteit verder te verhogen. Hebben de zorgverzekeraars aan de Minister bevestigd dat zij geen extra premie zullen doorberekenen in het kader van het behouden van de solvabiliteit?

### **Inbreng PVV-fractie**

De leden van de PVV-fractie hebben met belangstelling kennis genomen van de brief van de Minister over het risicovereveningsmodel 2015. Een goed werkend en betrouwbaar vereveningssysteem is cruciaal voor het zorgstelsel. Deze leden hebben daarom nog een paar aanvullende vragen. De leden van de PVV-fractie constateren dat zorgverzekeraars winst maken op herkenbare groepen verzekerden, zoals studenten en seizoenarbeiders. Hierop worden de vereveningscriteria aangepast. Verwacht de Minister dat er de komende jaren nog meer herkenbare groepen zullen worden toegevoegd aan het vereveningssysteem? Er zijn ook groepen waarop de zorgverzekeraars verlies maken, zoals chronisch zieken of gehandicapten. Komen er voor deze herkenbare groepen ook aanpassingen in de vereveningscriteria? Zo ja, hoe? Zo nee, waarom niet? De leden van de PVV-fractie lezen dat vrijwel alle dure geneesmiddelen risicodragend worden. Vallen hier ook de weesgeneesmiddelen onder? Tot slot vragen de leden van de PVV-fractie of het ex-ante model al van voldoende kwaliteit is om (indirecte) risicoselectie te voorkomen in de verpleging en verzorging. Zij vragen ook of 2017 niet te vroeg is voor volledige risicodragendheid, gezien de nieuwe tarieven voor verpleging en verzorging pas in 2016 worden ingevoerd. Graag krijgen deze leden hierop een uitgebreide reactie.



## **Inbreng D66-fractie**

De leden van de D66-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de Minister over het Risicovereveningsmodel 2015. Deze leden benadrukken dat zij de acceptatieplicht voor zorgverzekeraars en het verbod op premiedifferentiatie belangrijke verworvenheden van het solidaire Nederlandse zorgstelsel vinden. Zij benadrukken dat, om dit systeem te behouden, een goed werkend risicovereveningssysteem cruciaal is. Daarmee worden de ongelijke kosten die samenhangen met de gezondheid van de verzekerdenpopulatie gecompenseerd, zodat een gelijk speelveld ontstaat waarop zorgverzekeraars eerlijk kunnen concurreren. Deze leden achten het belangrijk dat risicoselectie wordt voorkomen, zodat de zorgverzekering voor iedereen toegankelijk blijft. De hier aan het woord zijnde leden hebben nog wel enkele vragen en opmerkingen.

### *1. Voorgenomen vormgeving ex ante vereveningsmodel 2015*

De leden van de D66-fractie delen de analyse van de Minister dat een adequaat risico vereveningsmodel een belangrijk fundament onder de Zorgverzekeringswet is. Een slecht werkend ex-antemodel kan immers leiden tot (indirecte) risicoselectie en leiden tot ongewenste hogere premies. Deze leden waarderen het daarom dat het model wordt aangepast met nieuwe criteria. Deze leden stellen vast dat het somatische model wordt verbeterd door de herintroductie van een farmaciekosten-groep voor specifiek geneesmiddelengebruik voor reuma en een wijziging van de indeling van sociaal economische status. Zij vragen de Minister nader toe te lichten waarom wordt gekozen voor de herintroductie en wat de wijziging van de operationalisering van sociaal economische status precies inhoudt.

### *2. Bijzondere groepen*

De leden van de D66-fractie hebben de indruk dat op basis van criterium opleidingsniveau steeds meer specifieke, mogelijk onwenselijke, doelgroepolissen in de markt worden gezet. Zij vragen of de Minister bereid is een onderzoek naar dit criterium te laten uitvoeren.

### *3. Vooruitblik ex- post compensaties en risicodragendheid 2015*

De leden van de D66-fractie hebben met instemming kennis genomen van het voornemen van de Minister een brief te schrijven over de inzet van de ex-post compensaties voor 2015 met speciale aandacht voor de kleine zorgverzekeraars. Zij constateren dat de Minister voor extramurale behandeling van zintuiglijke gehandicapten streeft naar volledige risicodragendheid per 2015, voor verpleging en verzorging per 2017 en voor de langdurige GGZ per eind 2017. Deze leden vragen of de voorspelende waarde van het ex-ante vereveningsmodel voor deze soorten van zorg op die momenten afdoende adequaat zal zijn. Deze leden vragen de Minister aan te geven op basis waarvan zij bepaalt of het ex-ante model op het desbetreffende moment van voldoende kwaliteit is. Kan zij toelichten hoe ze de kwaliteit van het ex-ante model daadwerkelijk leidend zal laten zijn bij de afbouw van de ex-post compensaties?

### *4. Solvabiliteit en transparantie jaarverslagen zorgverzekeraars*

De leden van de D66-fractie stellen vast dat een deel van de zorgverzekeraars de transparantie over resultaten en reserves heeft verbeterd. Helaas zijn er ook nog steeds zorgverzekeraars die hierin minder ver zijn. Deze leden delen met de Minister de mening dat er bovendien verbeteringen mogelijk zijn waar het gaat om het gebruik van figuren, het inzichtelijk

maken van de resultaten, uitgesplitst over het lopende jaar en eerdere jaren, en het uitsplitsen van resultaten naar de basis en aanvullende verzekering. De leden van de D66-fractie constateren dat de Minister de zorgverzekeraars hierop zal aanspreken. Is de Minister bereid de Kamer een (beknopt) verslag te sturen over de uitkomsten van dit gesprek.