

Vergaderjaar 2016–2017

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 815

BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 31 maart 2017

Met deze brief geef ik gevolg aan twee toezeggingen die de Minister van VWS, en de Minister van Financiën namens haar, aan uw Kamers heeft gedaan.

Ten eerste heeft de Minister van Financiën, tijdens de Algemene Financiële Beschouwingen op 22 november 2016 in de Eerste Kamer namens de Minister van VWS uw Kamer toegezegd een brief te sturen over het proces rondom de zorgpremieraming en -bekendmaking (Handelingen I 2016/17, nr. 8, items 3 en 6). Meer in het bijzonder over de vraag of het mogelijk is de premie eerder vast te stellen en of de premieontwikkeling meer in lijn gebracht kan worden met de uitgavenontwikkeling. De Minister van Financiën heeft toegezegd dat de Minister hierbij ook zal ingaan op de inzet van reserves in de premie en de rol van De Nederlandsche Bank (DNB) hieromtrent.

Ten tweede heeft de Minister van VWS tijdens het VSO ontwerpbesluit zorgtoeslag op 29 november 2016 in de Tweede Kamer uw Kamer toegezegd om met deze brief ook inzicht te geven in de inhoudelijke verschillen tussen de zorgpremieraming en -realisatie 2017 (Handelingen II 2016/17, nr. 28, item 34).

Samenvattend concludeer ik in deze brief het volgende:

- Zorgverzekeraars ontvangen jaarlijks rond 15 oktober informatie over de hoogte van de vereveningsbijdrage. De hoogte van de vereveningsbijdrage is gebaseerd op de uitgavenramingen die begin september vaststaan. Daarnaast is de informatie uit de begroting – zoals de uitgavenramingen van VWS en de rekenpremie – relevante informatie voor zorgverzekeraars voor hun ramingen. Ook de rekenpremie is gebaseerd op de uitgavenramingen die begin september vaststaan. Het is dus niet mogelijk dat zorgverzekeraars de nominale premie al voor Prinsjesdag bekend maken.

- Op fluctuaties in de premie zijn met name twee zaken van invloed: fluctuaties van de rekenpremie en de inzet van reserves in de (opslag)premie door zorgverzekeraars. De fluctuaties in de rekenpremie worden niet alleen door uitgavengroei bepaald, maar ook door het wegwerken van overschotten en tekorten in het zorgverzekeringsfonds en vanwege het rechtrekken van de verhouding tussen inkomensafhankelijke bijdrage en de nominale premie. Gegeven de systematiek is dit onoverkomelijk. Fluctuaties in de rekenpremie leiden tot fluctuaties in de premieontwikkeling.
- Zorgverzekeraars geven positieve resultaten en/of reserves terug in de premie en streven hiermee ook naar een gelijkmatige premieontwikkeling. Dit zorgt er natuurlijk wel voor dat de premieontwikkeling niet één op één de uitgavengroei weerspiegelt.
- In welke mate zorgverzekeraars positieve resultaten en/of solvabiliteit teruggeven via een lagere vaststelling van de premie is een (strategische) keuze van zorgverzekeraars zelf. Het is niet mogelijk hier afspraken over te maken met zorgverzekeraars, ook al vanwege mededingingseisen. Te grote fluctuaties in de premie zijn ook niet in het belang van de zorgverzekeraars zelf. DNB houdt op grond van Solvency II toezicht op de minimaal vereiste solvabiliteit van individuele zorgverzekeraars.
- Zorgverzekeraars hebben in de premie 2017 minder reserves ingezet dan door VWS geraamd (€ 1,5 miljard versus € 2 miljard). Daarnaast voorzien zorgverzekeraars gemiddeld dat de zorguitgaven lager uitkomen dan door VWS geraamd. Tot slot worden overige lasten door zorgverzekeraars hoger ingeschat, en beleggingsopbrengsten lager. Hierdoor is de premie 2017 door zorgverzekeraars macro circa € 0,65 miljard hoger vastgesteld dan door VWS geraamd.

Proces premieraming en premiebekendmaking

Premiebekendmaking door zorgverzekeraars vóór Prinsjesdag

Tijdens de Algemene Financiële Beschouwingen op 22 november 2016 in de Eerste Kamer heeft de heer De Grave (VVD) gevraagd om te bezien of het mogelijk is dat zorgverzekeraars hun zorgpremies vóór Prinsjesdag bekend maken. Op deze manier kan in de koopkrachtberekeningen en de raming van de zorgtoeslag op Prinsjesdag rekening worden gehouden met de werkelijk gerealiseerde gemiddelde premie.

De nominale premie bestaat uit twee delen; de rekenpremie en de opslagpremie. De rekenpremie wordt vastgesteld door VWS en is voor alle zorgverzekeraars gelijk. Samen met de opbrengsten uit eigen betalingen en de bijdrage uit het zorgverzekeringsfonds (de vereveningsbijdrage) kunnen zorgverzekeraars hiermee in de optiek van VWS hun zorgkosten voor het jaar waarop de premie betrekking heeft betalen. De opslagpremie stellen zorgverzekeraars zelf vast en verschilt dus per verzekeraar. Hieruit financieren zorgverzekeraars hun beheerskosten en bouwen zij reserves op of af. In de opslagpremie kunnen zorgverzekeraars ook winsten en verliezen uit het verleden, afwijkende inschattingen ten aanzien van de zorguitgaven of risico-opslagen verwerken. Door verschillen in de opslagpremie concurreren zorgverzekeraars met elkaar om verzekerd te worden. De nominale premies die zorgverzekeraars nu in november bekend maken, worden dus niet door VWS, maar door zorgverzekeraars zelf vastgesteld.

Voor zorgverzekeraars is het voor de vaststelling van hun nominale premie noodzakelijk te weten hoe hoog de vereveningsbijdrage is. De vereveningsbijdrage is gebaseerd op de uitgavenramingen die begin september vaststaan; na verwerking van de augustusbesluitvorming door

het kabinet en de definitieve CPB-cijfers uit de MEV. Wanneer de risico-verevening definitief is doorgerekend ontvangen zorgverzekeraars jaarlijks rond 15 oktober informatie over de hoogte voor de vereveningsbijdrage voor het jaar waarop de premie betrekking heeft.

Daarnaast is voor zorgverzekeraars de informatie uit de begroting van VWS – zoals de uitgavenramingen van VWS en de rekenpremie die VWS vaststelt – relevante informatie voor hun ramingen. Zorgverzekeraars zouden op elk moment een raming kunnen maken voor hun zorg- en beheerskosten. Echter, de raming wordt uiteraard beter wanneer deze op meer informatie wordt gebaseerd. De informatie uit de begroting nemen zorgverzekeraars mee in hun ramingen. Ook de rekenpremie is gebaseerd op de uitgavenramingen die pas begin september vaststaan en kan VWS dus niet eerder dan begin september vaststellen.

Gegeven dat zorgverzekeraars jaarlijks rond 15 oktober de hoogte van de vereveningsbijdrage weten en zij de rekenpremie en uitgavenramingen uit de VWS-begroting gebruiken voor hun ramingen, is het niet mogelijk dat zorgverzekeraars al voor Prinsjesdag hun nominale premie bekend maken.

Gelijkmatige premieontwikkeling meer in lijn met uitgavengroei

De heer de Grave heeft ook gevraagd naar de mogelijkheden om de premieontwikkeling gelijkmatiger en meer in lijn met de uitgavengroei te laten verlopen. Specifiek vraagt de heer De Grave om met zorgverzekeraars afspraken te maken waardoor er van het inzetten van reserves minder fluctuaties uitgaan op de premie. Op fluctuaties in de premie zijn met name twee zaken van invloed: fluctuaties van de rekenpremie en de inzet van reserves in de (opslag)premie door zorgverzekeraars. Overigens heeft de heer Van Rooijen (50PLUS) ook expliciet gevraagd in te gaan op de inzet van reserves in de premie en de rol van De Nederlandsche Bank (DNB) hieromtrent.

Ten eerste wordt, zoals aangegeven, een belangrijk deel van de premiefluctuaties veroorzaakt door fluctuaties in de rekenpremie. De fluctuaties in de rekenpremie worden niet alleen door uitgavengroei bepaald, maar ook door het wegwerken van overschotten en tekorten in het zorgverzekeringsfonds en vanwege het rechtrekken van de verhouding tussen inkomensafhankelijke bijdrage en de nominale premie. Gegeven de systematiek is dit onoverkomelijk.

Ten tweede zijn zorgverzekeraars de laatste jaren in staat geweest de premiestijging te drukken met de inzet van reserves. Dit is een van de redenen waardoor de premieontwikkeling de uitgavengroei niet één op één weerspiegelt. Zorgverzekeraars waren hier deels toe in staat doordat zorgverzekeraars (net als de overheid) hun uitgaven te hoog hadden geraamd en dus achteraf met meevallers werden geconfronteerd. Deze meevallers hebben zorgverzekeraars de laatste jaren teruggegeven aan de verzekerden via een lagere vaststelling van de premie. Over het inzetten van meevallers vallen bij voorbaat geen afspraken te maken; meevallers doen zich immers onbeoogd voor. Bovendien is het vanwege de mededingingseisen niet toegestaan hier afspraken over te maken.

In welke mate zorgverzekeraars positieve resultaten en/of solvabiliteit (=reserves) teruggeven via een lagere vaststelling van de premie is afhankelijk van de ruimte in de solvabiliteit die zij hebben boven de wettelijk vereiste solvabiliteit en is een (strategische) keuze van zorgverzekeraars zelf. Overigens geldt dat zorgverzekeraars met de inzet van middelen in de premie streven naar een gelijkmatige premieontwikkeling.

Te grote fluctuaties in de premie zijn ook niet in het belang van de zorgverzekeraars zelf.

Op grond van Solvency II moeten zorgverzekeraars een minimale solvabiliteit aanhouden waarvan de hoogte afhankelijk is van de risico's die een verzekeraar loopt. DNB houdt toezicht op de solvabiliteit van zorgverzekeraars en stuurt op het wettelijk kader. Daarnaast is het verstandig dat zorgverzekeraars een veiligheidsmarge bovenop de wettelijk vereiste solvabiliteit aanhouden om te voorkomen dat zij steeds door de grens heen zakken en dan direct de premie moeten verhogen. DNB heeft geen voorschriften omtrent de veiligheidsmarge, dit is een keuze van zorgverzekeraars zelf. Voor wat betreft de ruimte voor inzet van solvabiliteit in de premie, toetst DNB dat zorgverzekeraars, na de voorgenomen inzet van solvabiliteit in de premie, nog steeds voldoen aan de minimaal vereiste solvabiliteit.

Realisatiecijfers zorgverzekeraars en contractering zorgaanbieders en zorgverzekeraars

De heer Van Rooijen heeft gevraagd naar de mogelijkheden om tot een premieschatting voor het volgende jaar te komen door op basis van resultaten uit het voorgaande jaar een voorlopige indicatie te geven van de jaarresultaten en van de eerste halfjaarresultaten van het nieuwe jaar. Dit is echter niet haalbaar.

Zorgverzekeraars leveren aan het begin van het jaar VWS (via het Zorginstituut Nederland) een zo goed mogelijke inschatting van hun uitgaven uit het voorgaande jaar. Het gaat hier echter nadrukkelijk om een raming, niet om realisatiecijfers. De uitgaven aan bijvoorbeeld medisch specialistische zorg en geestelijke gezondheidszorg zijn dan namelijk nog lang niet compleet en definitief. Dit is dus zeer indicatief. Zorgverzekeraars maken in mei hun resultaten over het voorgaande jaar bekend.

Ook stellen zorgverzekeraars een raming op van hun uitgaven over het eerste halfjaar. Deze raming ontvangt VWS (van Zorginstituut Nederland) echter pas kort na Prinsjesdag. Het is dus niet mogelijk dat VWS deze cijfers meeneemt in de Prinsjesdagstukken. Daarnaast geldt dat ook deze raming maar zeer beperkt op realisatiecijfers van medisch specialistische zorg en geestelijke gezondheidszorg is gebaseerd.

Pas als de uitgaven over de eerste drie kwartalen beschikbaar zijn, valt er iets te zeggen. Deze cijfers gebruiken zorgverzekeraars dan ook bij het bepalen van hun premie. VWS gebruikt deze cijfers bij het opstellen van de raming in de Najaarsnota. De laatste jaren is flink in versnelling van informatie geïnvesteerd. Mede daardoor valt er nu op basis van de uitgavenraming na drie kwartalen al iets te zeggen. Op dit moment werkt de commissie Transparantie en Tijdigheid aan voorstellen om de informatie over de zorguitgaven nog verder te versnellen en te verbeteren.

Wanneer realisatiecijfers over de afgelopen jaren eerder beschikbaar zouden komen, zou dat het in theorie wellicht mogelijk maken om de contracten tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars voor het komende jaar eerder af te sluiten. De heer De Grave stelt dat het verzekeren ten goede zou komen wanneer zij beter de afweging kunnen maken rond de zorgpremie en de zorgverzekering.

Het is inderdaad van belang dat verzekeren bij bekendmaking van de premie duidelijkheid hebben over de vergoeding. De NZa heeft in haar beleidsregel «Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan

consumenten (TH/NR-004)» voorgeschreven dat zorgverzekeraars hun verzekerden goed moeten informeren over de polisvoorwaarden. Daarbij is aangegeven dat op 19 november – bij de start van het overstapeseizoen – het voor aspirant-verzekerden helder en duidelijk moet zijn welke zorgaanbieders de zorgverzekeraars wel en niet zijn gecontracteerd en hoe een eventuele selectie heeft plaatsgevonden. Als onderhandelingen nog lopen, kan een zorgverzekeraar aangeven dat het nog niet bekend is welke vergoeding gaat gelden. Het is wenselijk deze optie zo min mogelijk te gebruiken, omdat dit niet de gewenste duidelijkheid verschaft. De Minister van VWS heeft met partijen in de Medisch Specialistische Zorg dan ook afgesproken dat zij zich maximaal inspannen om te voorkomen deze optie te communiceren naar verzekerden. Met effectivering van deze afspraken ontstaat op 19 november voldoende tijd en helderheid voor consumenten om te kunnen kiezen.

Overigens zal het ook praktisch gezien onhaalbaar zijn om de contractafspraken veel verder te vervroegen. De cyclus begint formeel op 1 april met de publicatie van het inkoopbeleid en partijen hebben de zomer en de maanden erna nodig om tot afspraken te komen. Wel ben ik samen met partijen hard bezig om de contractering en de beleidscyclus optimaler te laten verlopen. Hierover heeft de Minister van VWS ook afspraken gemaakt (Kamerstuk 29 689, nr. 695). Daarnaast blijf ik werken aan een verdere optimalisering van het contracteerproces. De Minister van VWS heeft recent de Tweede Kamer daar ook nog over bericht in een brief bij de monitor over het contracteerproces 2017 (Kamerstuk 29 689, nr. 798). Uit deze monitor blijkt dat contracteerproces 2017 beter is verlopen dan 2016.

Premieraming en -realisatie 2017

Mevrouw Leijten (SP) heeft tijdens het VAO ontwerpbesluit zorgtoeslag op 29 november 2016 gevraagd waarom de premie 2017 door zorgverzekeraars hoger is vastgesteld dan door VWS geraamd. Zij gaf aan te hebben begrepen dat naast de reserveafbouw ook de verwachte uitgaven een reden waren voor de hogere premies.

Zorgverzekeraars hebben de premie 2017 gemiddeld € 49 euro per jaar hoger vastgesteld dan door VWS geraamd. Dit is macro circa € 0,65 miljard. Uit de transparantieoverzichten van de premieopbouw zoals door individuele zorgverzekeraars gepresenteerd op hun website blijkt dat het verschil voor € 0,5 miljard samenhangt met reserveafbouw (VWS ging uit van een macro inzet van reserves van € 2 miljard; zorgverzekeraars hebben € 1,5 miljard afgebouwd).

Zorgverzekeraars voorzien gemiddeld, anders dan mevrouw Leijten aanneemt, dat de zorguitgaven lager uitkomen dan door VWS geraamd. Dit drukt de premie met € 0,3 miljard ten opzichte van de raming.

De overige lasten van zorgverzekeraars worden door hen € 0,4 miljard hoger ingeschat dan door VWS. Een flink deel hiervan hangt samen met de inschatting van de beleggingsopbrengsten. VWS is er (in samenspraak met het CPB) van uitgegaan dat zorgverzekeraars elk jaar circa € 0,2 miljard beleggingsopbrengst hebben. Zorgverzekeraars zijn op grond van het onzekere beursklimaat uitgegaan van een opbrengst van nul.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M.J. van Rijn