

Vergaderjaar 2007–2008

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 220

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 15 september 2008

In de commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ bestond bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen ter beantwoording voor te leggen aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over zijn brieven van 11 en 13 april 2008 inzake borging en kennisverbreding uitvoering risicoverevening en evaluatie werking risico-vereveningssysteem (29 689, nrs. 184 en 187).

De op 6 juni 2008 toegezonden vragen en opmerkingen zijn, vergezeld door de minister bij brief van 12 september 2008 aan de Kamer gezonden antwoorden, hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Smeets

De griffier van de commissie,
Teunissen

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Kant (SP), Snijder-Hazelhoff (VVD), Ferrier (CDA), ondervoorzitter, Joldersma (CDA), De Vries (CDA), Smeets (PvdA), voorzitter, Van Miltenburg (VVD), Schippers (VVD), Omtzigt (CDA), Koşer Kaya (D66), Willemse-van der Ploeg (CDA), Van der Veen (PvdA), Schermers (CDA), Van Gerven (SP), Wolbert (PvdA), Heerts (PvdA), Zijlstra (VVD), Ouwehand (PvdD), Agema (PVV), Leijten (SP), Bouwmeester (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink (CU), Sap (GL) en Vacature (SP).

Plv. leden: van der Staaij (SGP), Van Velzen (SP), Neppérus (VVD), Vietsch (CDA), Uitslag (CDA), Ormel (CDA), Van Dijken (PvdA), Verdonk (Verdonk), Dezentjé Hamming-Bluemink (VVD), Atsma (CDA), Van der Ham (D66), Aasted-Madsen-van Stiphout (CDA), Gill'ard (PvdA), Smilde (CDA), Langkamp (SP), Vermeij (PvdA), Arib (PvdA), Kamp (VVD), Thieme (PvdD), Bosma (PVV), Luijben (SP), Tichelaar (PvdA), Ortega-Martijn (CU), Halsema (GL) en De Wit (SP).

I Vragen en opmerkingen fracties

Inbreng CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie zien met belangstelling dat de minister serieus werk maakt van het verbeteren en het borgen van het risicovereveningsmodel, dat het hart vormt van het nieuwe zorgstelsel. Dit model dient er voor te zorgen dat er ex ante een gelijk speelveld ontstaat tussen verzekeraars, en dat elke verzekerde even aantrekkelijk is voor een verzekeraar.

Met de verevening zijn enorme bedragen gemoeid. Het is dan ook goed te zien dat de minister de kennis beter borgt door 3 extra mensen aan te stellen. Hoewel deze leden normaal geen voorstander zijn van meer mensen in de rijksdienst, vinden zij dit hier toch een goede oplossing. Voorafgaand merken deze leden op dat het risicovereveningsmodel niet echt aanzet tot primaire preventie. Indien een gedragsverandering resulteert in een betere gezondheid (bewegen, niet roken, geen overgewicht), wordt de aanzet van een aantal aandoeningen uitgesteld. Maar dat leidt ook weer tot minder geld uit de risicoverevening.

Is de minister bereid onderzoek te doen naar manieren om prikkels tot preventie binnen het vereveningsmodel te brengen?

Brief 29 689, nr. 184

Kennisverbreding risicoverevening

De minister constateert dat het risicovereveningsmodel vaak verkeerd geïnterpreteerd wordt. Is de minister voornemens daarop actie te ondernemen? Is de publicatie «beschrijving van het risicovereveningsmodel» op dit moment verkrijgbaar in het Nederlands en het Engels?

Borging

In de zorg komt de komende tijd een groot aantal veranderingen, zoals de liberalisering van de ziekenhuismarkt, de nieuwe DBC-productstructuur en de overheveling van zorgvormen uit andere compartimenten die wordt overgeheven naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) (zoals de kortdurende GGZ). Op welke wijze is en wordt het risicovereveningsmodel in een vroegtijdig stadium betrokken in ieder van deze operaties? Op welke wijze wordt dus geborgd dat het model de veranderingen aankan? In de brief wordt gerefereerd aan een rapport van PricewaterhouseCoopers, waarin alle gegevensstromen in kaart gebracht worden. Is de minister bereid dit rapport aan de Kamer te doen toekomen?

In het risicovereveningsmodel worden ook gegevens van het UWV en de Belastingdienst gebruikt. Nu ligt op dit moment nog niet vast of de POLIS administratie een werkende keten is – zie achtste voortgangsrapportage over het project SUB/WALVIS. Welke gegevens worden uit welke bronnen gebruikt, en is er een beleidslijn gegevensaanlevering van toepassing op het UWV en de Belastingdienst? Zo ja, welke? Zo nee, wanneer wordt die dan wel ingevoerd? Wordt de gegevensaanlevering van het UWV en de Belastingdienst gecertificeerd door een accountant?

De doorlooptijden van het risicovereveningsmodel zijn nog steeds zeer lang, waardoor het zeer moeilijk is zicht te hebben op de werkelijke financiële situatie. Dat is onwenselijk. Welke maatregelen is de minister voornemens op de doorlooptijden te verkorten, zodat DNB beter toezicht kan houden?

Evaluatie, brief 29 689, nr. 187

Met enige verbazing zien de leden van de CDA-fractie dat de evaluatie

louter kwalitatief van aard is, en niet kwantitatief: welke gegevens zijn nu ter beschikking van het ministerie en is het niet mogelijk om het 2006 model te laten evalueren op een kwantitatieve manier? Er zijn al diverse studies verschenen die laten zien dat dit mogelijk is (Bijvoorbeeld de proefschriften van L. M. Lamers (Capitation payments to competing Dutch sickness funds based on diagnostic information from prior hospitalization, 1997) en P. J. A. Stam (Testing for effectiveness of risk equalization models in health insurance, 2007), en diverse (inter)nationale publikaties over het Nederlandse vereveningsmodel, bijvoorbeeld Stam en Van de Ven, De harde kern in de risicoverevening, ESB 22feb08, 104–107; Stam en Van de Ven, «Evaluatie risicoverevening: prikkels tot risicoselectie?», Onderzoek uitgevoerd in opdracht van de NPCF, Erasmus Universiteit Rotterdam, 17sep07). De leden van de CDA-fractie gaan dus uit van een kwantitatieve en een kwalitatieve evaluatie.

De leden van de CDA-fractie gaan ervan uit dat de volgende Nederlandse groepen betrokken zullen worden bij het onderzoek:

- patiëntenverenigingen, die niet in staat zijn geweest om een collectief contract af te sluiten (migraine, artrose, maagaandoeningen, gehoorproblemen, psychische aandoeningen). Is de minister bereid deze organisaties te laten vertellen hoe en waarom zij geen collectief contract konden afsluiten, omdat de indruk bestond dat collectieve contracten verliesgevend zouden zijn vanwege een inadequate risicoverevening (zoals gesuggereerd in de NRC van 27 mei 2006)?
- Nederlandse experts, zodat er een levendige discussie ontstaat tussen Nederlandse en buitenlandse experts. Kan de minister dat toezeggen?

Deelvraag 1:

Kan de minister onderbouwen dat er tot nu toe geen signalen van risicoselectie zijn in Nederland? Is de minister bereid in de vraagstelling op te nemen of er signalen zijn dat er sprake is van risicoselectie in Nederland?

Deelvraag 4:

- De leden van de CDA-fractie verzoeken de minister de vergelijking met andere landen hier achterwege te laten. Immers, om te evalueren of het vereveningsmodel goed werkt is het noodzakelijk te zien of het in absolute zin goed functioneert, niet in relatieve zin. Is de minister bereid de zin «in vergelijking met in buitenland gehanteerde ex ante vereveningsmodellen» te schrappen?
- Is het mogelijk te onderzoeken of de juiste criteria zijn opgenomen en of het toevoegen van meer gezondheidscriteria niet leidt tot een beter vereveningsmodel? Is het mogelijk om hierbij vooral te kijken naar meerjarige hoge schade (onderzoek van bijvoorbeeld Piet Stam) en na de FKG's voor hulpmiddelen en fysiotherapie? Die laatste zullen immers ook gebruikt worden bij de compensatie eigen risico en de compensatie voor chronisch zieken en gehandicapten.

Deelvraag 8:

DNB is zeer intensief betrokken bij Solvency II. Zou het niet in de rede liggen om naast het CVZ en de NZa ook DNB te betrekken?

De leden van de CDA-fractie zouden het het op prijs stellen als de laatste vraag een open vraag zou zijn als «welke relevante opmerkingen en adviezen heeft het panel van internationale experts»?

De leden van de CDA-fractie merken op dat zij voorstander zijn van een snelle afbouw van het ex-post vereveningsstelsel. Is de minister bereid aan de experts te vragen onder welke voorwaarden dat mogelijk is en of daarbij nog flankerend beleid nodig is zoals bijvoorbeeld voorgesteld door Stam en van der Ven in ESB op 22 februari?

Tot slot hebben de leden van de CDA-fractie nog een aantal vragen over de hybride regiofactor.

Kent de minister de brief van 8 mei van het CVZ over de hybride regiofactor? Indien deze factor wordt ingevoerd, voor de hoeveelste keer zullen dan de ministeriële regeling en de beleidregels van het CVZ over 2006 wijzigen?

Verder zijn deze leden verbaasd dat een kwantitatieve evaluatie niet mogelijk is, maar een aanpassing van de regiofactor wel. Zij gaan er dus vanuit dat een kwantitatieve evaluatie alsnog mogelijk zal zijn.

Inbreng PvdA-fractie

De leden van de PvdA-fractie zijn van mening dat het vereveningsstelsel een heel belangrijk onderdeel vormt van de Zorgverzekeringswet. Het systeem dient dan ook goed verankerd te zijn. Zij hebben enkele vragen over de brieven van de minister aangaande de borging en kennisverbreding van risicoverevening en de evaluatie van de werking van het systeem.

De minister geeft aan dat inzicht in een deel van de feitelijke kosten over 2006 ontbreekt. De leden van de fractie van de PvdA vragen hoe dit mogelijk is, mede gezien het feit dat een DBC maximaal een jaar na de opening van de DBC bij de zorgverzekeraar wordt gedeclareerd. Kan worden verduidelijkt hoe het dan toch mogelijk is om een goede systeembeoordeling te geven?

In antwoord op de in de brief van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) waarin wordt aangegeven dat «de voorbereiding voor een verantwoorde invoering van de DBC-systematiek ernstig tekort is geschoten en er dus sprake is geweest van een overhaaste invoering» geeft de minister een procedureel antwoord. Graag vernemen de leden van de fractie van de PvdA of de opmerking van ZN volgens de minister inhoudelijke grond heeft en indien dit het geval is wat dan de consequenties zijn voor het functioneren van het risicovereveningssysteem.

De minister geeft aan dat hij de zorgen van ZN over het tijdig beschikken over kosten en opbrengstengegevens zeer serieus neemt. Kan de minister aangeven waaruit de eventuele oplossingsrichtingen zullen bestaan, zoals door de minister is aangegeven in zijn antwoord op de brief van ZN, en wanneer verwacht mag worden dat deze oplossingsrichtingen van invloed zullen zijn op het risicovereveningssysteem? Kan de minister voorts aangeven wat het effect op het risicovereveningssysteem is zolang de oplossingsrichtingen nog niet gerealiseerd zijn?

In de brief van ZN wordt aangegeven dat de omgeving waarbinnen verzekeraars tot een offerte voor hun verzekerden moeten komen gecompliceerder en onzekerder is geworden. Kan de minister aangeven wat de gevolgen zijn geweest voor het vaststellen van de premiehoogte in het bijzonder, of de premies te hoog dan wel te laag zijn vastgesteld? Kan de minister tevens aangeven wat zijn inschatting is van de omstandigheden waaronder de premies voor 2009 worden vastgesteld en in welke mate er sprake zal zijn van een inhoudelijke verbetering?

De leden van de fractie van de PvdA vragen hoe lang de evaluatie van de werking van het risicovereveningssysteem in beslag zal nemen, en wanneer deze evaluatie – vergezeld van een reactie van de minister – aan de Kamer zal worden gezonden.

De minister geeft aan dat hij verdere kennisverbreding probeert te bewerkstelligen door te werken aan een zo transparant mogelijke besluitvorming over de risicoverevening. De minister geeft aan dat hij verschillende overleggrems opnieuw heeft ingericht, en dat hij verantwoordelijkheden helder heeft gemaakt. Kan de minister aangeven hoe en op welke wijze dit is gebeurd?

De minister beschrijft dat de uitvoering van de risicoverevening is neergelegd bij het CVZ, en dat het CVZ door uitbreiding van middelen een toereikende capaciteit heeft voor de reguliere uitoefening van de risicoverevening van de Zvw. De leden van de fractie van de PvdA vragen of het CVZ ook van mening is dat zij een toereikende capaciteit heeft. Zo nee, is de minister – gezien de almaar uitdijende taken van het CVZ – bereid de uitbreiding van middelen van het CVZ nogmaals te bezien, dit mede gezien in het licht van de opmerking van de minister dat de druk op het CVZ onverminderd hoog zal blijven?

In de motie van de leden Omtzigt en Van der Veen wordt de minister specifiek verzocht te onderzoeken hoe risicoselectie kan worden geëlimineerd. De leden van de fractie van de PvdA vragen waarom dit verzoek niet is terug te vinden in de onderzoeksvragen voor de evaluatie van het risicovereveningssysteem.

Inbreng SP-fractie

Hoewel de leden van de SP-fractie geen voorstander waren en zijn van het nieuwe zorgstelsel, erkennen zij wel de noodzaak van een goedwerkend systeem van risicoverevening voor de borging van de acceptatieplicht in het zorgstelsel en het vermijden van risicoselectie door zorgverzekeraars. De leden van de SP-fractie maken zich dan ook zorgen over het ontstaan van polissen zoals de Zekurpolis die er voordeel bij hebben om een relatief gezond verzekerdenbestand te hebben en dat dit systeem van risicoverevening dit niet geheel lijkt te corrigeren. De minister van VWS heeft zich onlangs bereid verklaard de werking hiervan te onderzoeken. Kan de minister aangeven hoe dit onderzocht gaat worden?

Is de minister nog steeds van plan om het systeem van risicoverevening dusdanig te wijzigen, dat nacalculatie niet meer nodig is? Kunt u een stappenplan aangeven?

Op welke manier komt de kortdurende GGZ terug in het systeem van risicoverevening?

De leden van de SP-fractie delen de mening van Zorgverzekeraars Nederland dat de «voorbereiding voor een verantwoorde invoering van de DBC-systematiek ernstig tekort is geschoten en er dus sprake is van een overhaaste invoering». De leden van de SP-fractie vragen zich voorts dan ook af in hoeverre het huidige risicovereveningssysteem voldoende is voorbereid op de uitbreiding van het percentage vrije prijzen in het B-segment zoals de minister dat van plan is in 2009.

Inbreng VVD-fractie

Brief 29 689, nr. 184

De leden van de VVD-fractie hebben de minister gevraagd het proces van de risicovereveningssysteem beter te borgen na signalen dat dit onvoldoende is geregeld. De belangen zijn groot. De risicoverevening is de ruggengraat van ons ziektekostenverzekeringssysteem en de financiële gevolgen zijn zeer groot. Als er iets niet goed gaat in de uitvoering kunnen

de consequenties desastreus zijn. Deze leden danken de minister hartelijk voor de door hem verstrekte informatie en de verbeteringen die zijn doorgevoerd of zijn gepland. Kan de minister de Kamer garanderen dat de borging van de uitvoering van het risicovereveningssysteem op dit moment al optimaal is? Zo niet, wanneer is dat dan wel het geval? De staf die hiermee is belast is uitgebreid. Hoe groot is de omvang van de totale staf die verantwoordelijk is voor de uitvoering? Is dit voldoende? Wanneer is de opdracht aan Price WaterhouseCoopers over het in kaart brengen van de gegevensstromen en de beschrijving van de manier waarop bestaande gegevensbestanden worden gebruikt ten behoeve van de risicoverevening afgerond? Hoelang neemt de implementatie van deze resultaten, tezamen met de eerdere aanbevelingen van deze consultant, in beslag? Is de uitvoering tot die tijd ook goed geborgd?

Brief van de minister van VWS aan Zorgverzekeraars Nederland (ZN) d.d. 3 april 2008

De minister refereert aan een brief van ZN. Kan de minister aangeven waarover ZN precies haar zorg uitspreekt, en waarom de minister meer vertrouwen heeft dan ZN en waarop dat is gebaseerd? Over deze brief willen de leden van de VVD-fractie een aantal vragen stellen.

De minister refereert aan een pleidooi van ZN voor een betere borging van het proces van de risicoverevening en voor een zo snel mogelijke doorlooptijd in het hele afreken traject. Heeft dit pleidooi betrekking op de situatie voordat er maatregelen zijn getroffen, of daarna? Graag vernemen deze leden voorts wat de exercitie van de medewerkers van VWS met ZN en het CVZ om het afreken traject van de risicoverevening in kaart te brengen heeft opgeleverd, en of iedereen daarmee tevreden is.

De leden van de VVD-fractie delen in de verbazing van de minister over de opmerkingen van ZN inzake de invoering van de DBC-systematiek. Bij deze leden is daarvan niets bekend. Zij vragen wat er precies ernstig tekort is geschoten, en hoe dat in de toekomst kan worden voorkomen. Ook zijn zij benieuwd naar de rol van de zorgverzekeraars daarin.

Brief 29 689, nr. 187

De minister stelt dat: «Met de inzet van ex post compensaties wordt gecorrigeerd voor onvolkomenheden in het ex ante risicovereveningsmodel». Ondanks de nuancerende laatste zin van deze alinea, maken de leden van de VVD-fractie zich toch wat zorgen over de toon van de brief. Meerdere malen hebben deze leden aangegeven de ex post compensatie als een tijdelijke overgangsmaatregel te beschouwen; een maatregel die uiteindelijk de kracht uit het systeem haalt. Een verzekeraar wordt door compensatie vooraf en achteraf helemaal niet gestimuleerd om te investeren in een scherpe inkoop. Marktwerking is een groot woord als het risico van ondernemen door de overheid zo goed als wordt weggenomen. Daarmee gaat een grote drive om de kosten te beperken en de kwaliteit te verhogen verloren. Deze leden bepleiten dan ook een afbouw volgens een strak en voorspelbaar tijdspad in enkele jaren.

Aan onderzoeksvraag 5 voegen zij graag het volgende toe. Wegen de vooren nadelen van verdere verfijning van de vereveningscriteria tegen elkaar op, en geldt dat ook voor de kosten tegen de baten? Is de minister bereid dit in kaart te brengen?

Inbreng PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben met interesse kennis genomen van de brieven van de minster. Zij zijn van mening dat een goed functionerend systeem van risicoverevening van cruciaal belang is voor het functioneren van het huidige zorgverzekeringsstelsel, en verzoeken de minister de ervaringen van zorgverzekeraars op dit vlak serieus te nemen. De leden hebben op dit moment geen aanvullende vragen.

II Antwoord Minister

1 Inleiding

Op 11 en 23 april jongstleden heb ik uw Kamer met twee brieven geïnformeerd over de borging en kennisverbreding bij de uitvoering van de risicoverevening en een internationale evaluatie naar de werking van het risicovereveningssysteem (Kamerstukken II, 2007/08, 29 689, nrs. 184 en 187). In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond er bij enkele fracties behoefte mij een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen naar aanleiding van deze brieven. In deze brief ga ik uitgebreid in op de vragen en opmerkingen. Ik volg bij de beantwoording de volgende opbouw:

- kennisverbreding risicoverevening, waarbij ik ook in ga op een vraag over preventie;
- borging, waarbij ik onderscheid maak naar de uitvoering risicoverevening door CVZ en het afrekentraject, aanpassingen vereveningsmodel, inzet van ex-post compensatiemechanismen, onderzoek gegevensstromen en gegevens UWV en Belastingdienst;
- brief van Zorgverzekeraars Nederland, waarbij aan de orde komen vragen over de invoering van de dbc's, de overfinanciering ziekenhuizen en de premievaststelling door zorgverzekeraars;
- internationale evaluatie;
- overige vragen over het hybride regiocriterium en een onderzoek naar de risicoverevening in relatie tot de Zekur-polis.

2 Kennisverbreding risicoverevening

Alom is men de mening toegedaan dat het risicovereveningssysteem het hart of de ruggengraat van het nieuwe zorgstelsel is. Hierdoor staat risicoverevening meer en meer in de belangstelling. Ik heb aangegeven in mijn brief van april (Kamerstuk II 2007/08, 29 689, nr. 184) dat ik een aantal acties heb ondernomen om de kennis over het risicovereveningssysteem te verbreden. Een van de redenen om dit te doen is mijn constatering dat de risicoverevening regelmatig verkeerd geïnterpreteerd wordt. In discussies wordt bijvoorbeeld vaak gesproken over afschaffing van de risicoverevening, daar waar afbouw van de ex-post compensatiemechanismen wordt bedoeld. Ik constateer verder dat risicoverevening vaak genoemd wordt als een instrument om beleid te maken of bepaalde problemen op te lossen. Maar het risicovereveningssysteem is er primair om verzekeraars in een gelijke uitgangspositie te plaatsen ongeacht de gezondheidstoestand van de verzekerden. De vormgeving van het risicovereveningssysteem is er tevens op gericht dat verzekeraars geprikkeld worden tot doelmatige zorginkoop.

Een van de belangrijkste uitgangspunten van de risicoverevening is dat het vereveningsmodel een volledig objectief vastgesteld model is waarmee circa 16,8 miljard euro over zorgverzekeraars wordt verdeeld. De normbedragen in het model komen op econometrische wijze tot stand. Beleidsmatige keuzes in de verdeling van de beschikbare middelen voor de risicoverevening zijn uitgesloten. Hierdoor kan er geen sprake zijn van

willekeur in de toekenning van de vereveningsmiddelen. Dit uitgangspunt is van groot belang gebleken voor bijvoorbeeld de De Nederlandsche Bank en de Europese Commissie. Indien met het risicovereveningssysteem andere doelen zouden worden nagestreefd dan gaat dit altijd ten koste van het primaire doel en is de kans groot dat beleidsmatige doelen hun intrede doen in het risicovereveningssysteem. De leden van de CDA-fractie vragen in dit kader bijvoorbeeld of ik bereid ben om onderzoek te doen naar manieren om prikkels tot preventie binnen het vereveningsmodel te brengen. In bijlage 6 van mijn preventiebrief van 24 september 2007 ben ik ingegaan op preventie en de risicoverevening. Mijn mening is inmiddels niet gewijzigd en ik zie dan ook geen reden om een onderzoek daarnaar te laten uitvoeren. In deze preventiebrief heb ik geconstateerd dat er vaak wordt gezegd dat het vereveningssysteem verzekeraars onvoldoende beloont voor preventieve inspanningen. De parameters van het vereveningssysteem zouden daarom anders moeten worden gekozen, bijvoorbeeld zo dat verzekeraars voor mensen in achterstandswijken meer geld uit de verevening krijgen zodat ze meer aan preventie in deze wijken kunnen doen. De parameters van het model worden echter gekozen met het oog op een optimalisering van de verevenende werking. Het heeft niet de bedoeling om verzekeraars langs die weg tot meer preventie voor bepaalde groepen aan te zetten. Het vereveningssysteem is voor dat laatste niet het goede aangrijpingspunt. De risicoverevening is niet bedoeld als zelfstandig instrument om het karakter van de zorgverzekering om te buigen van een schadeverzekering naar een verzekering van gezondheid. Voor zover dit laatste gewenst is dient dit te verlopen via de aanpassing van de wettelijke verankerde dekking in de Zorgverzekeringswet. De risicoverevening is dan volgend.

Een belangrijke actie om de kennis over de risicoverevening te vergroten is de publicatie van een uitgebreide beschrijving van het risicovereveningssysteem. De publicatie «beschrijving van het risicovereveningssysteem van de Zorgverzekeringswet» is reeds geruime tijd beschikbaar in het Nederlands. De publicatie is breed verspreid en is te downloaden op www.minvws.nl. De samenvatting van de publicatie is inmiddels ook beschikbaar in het Engels en in het Duits. Deze twee versies zijn ook te downloaden van de VWS-website.

De leden van de CDA-fractie vragen of ik voornemens ben om verdere acties te ondernemen om de kennis te verbreden. Ik ben allereerst bezig met een herziene opzet van de regelgeving (hoofdstuk 3 van het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering). Hierbij wordt gekeken naar inconsistenties en onjuistheden in gebruikte termen en indeling, en de benaming van hoofdstukken en paragrafen. Dit leidt tot een aantal tekstuele aanpassingen en aanpassingen in de opmaak. De leesbaarheid en juridische kwaliteit wordt hiermee aanzienlijk verbeterd. Het gewijzigde Besluit zal na behandeling in de ministerraad in het najaar bij beide Kamers der Staten-Generaal worden voorgehangen. Ik streef er naar dat het gewijzigde Besluit zorgverzekering met ingang van 2009 in werking treedt. Dit geldt ook voor de gewijzigde ministeriële Regeling zorgverzekering. Deze moet uiterlijk 1 oktober 2008 in werking treden, omdat deze Regeling ook de inhoudelijke wijzigingen van het risicovereveningsmodel 2009 bevat.

Mijn medewerkers geven presentaties buiten VWS en beantwoorden de nodige vragen over de werking van het systeem. Ik beraad me nog op verdere acties om de kennis te verbreden, bijvoorbeeld in het najaar over de vaststelling van het risicovereveningssysteem 2009. Ik hecht verder veel waarde aan transparantie van het besluitvormingsproces. Alle stukken van relevante werkgroepen en begeleidingscommissies zijn openbaar. De diverse overlegcommissies over de risicoverevening zijn geherstructureerd, waarbij de verantwoordelijkheden helder zijn gemaakt. De leden

van de PvdA-fractie vragen hoe en op welke wijze dit is gebeurd. Allereerst heb ik mij in belangrijke mate gebaseerd op een advies van PriceWaterhouseCoopers over het besluitvormingsproces van de risicoverevening. Er zijn nu werkgroepen op elk belangrijk en onderscheidenlijk aspect van de risicoverevening: onderzoek, beleid en uitvoering. De werkgroepen hebben ieder hun eigen specifiek afgebakende aandachtsgebied. In het verlengde daarvan, is ook nog een keer goed gekeken naar de vraag, welke partijen van welke werkgroep lid moeten zijn. In het verleden was er zowel qua behandelde onderwerpen als bezetting, veel overlap tussen de werkgroepen, waardoor er onduidelijkheid ontstond. De drie werkgroepen adviseren het zogenaamde beslisoverleg risicoverevening over de inrichting van het risicovereveningsmodel voor het volgend jaar. Zij hebben nadrukkelijk zelf geen beslissingsbevoegdheid meer. Wel bereiden zij de besluitvorming in het beslisoverleg voor. Het beslisoverleg wordt voorgezeten door de directeur Zorgverzekeringen van mijn ministerie. In overleg met de andere leden, Zorgverzekeraars Nederland en het College voor zorgverzekeringen, adviseert hij over het voorstel voor de inrichting van het risicovereveningsmodel voor het volgend jaar. Tijdens het jaarlijks bestuurlijk overleg bespreek ik dit voorstel met het bestuur van Zorgverzekeraars Nederland. Ik stel uiteindelijk het risicovereveningsstelsel voor het volgend jaar vast en leg dit stelsel neer in hoofdstuk 3 van de Regeling zorgverzekering.

3 Borging

U heeft veel vragen over de borging van de uitvoering van de risicoverevening door het College voor zorgverzekeringen (CVZ), de borging dat het vereveningsmodel de vele veranderingen in de organisatie en financiering van de zorg aan kan met daarbij speciale aandacht voor de inzet van ex-post compensatiemechanismen en de borging van de gegevens die noodzakelijk zijn in zowel de ontwikkeling en vaststelling van het vereveningsmodel als in de uitvoering. Ik interpreteer deze vragen zodanig dat u het met mij eens bent dat de hiervoor genoemde elementen een steeds groter belang krijgen, mede gegeven de grote belangen en financiële middelen die met de risicoverevening gemoeid zijn.

Uitvoering risicoverevening door CVZ

De uitvoering van de risicoverevening is neergelegd bij het CVZ. Ik heb de personele capaciteit van het CVZ per 2008 uitgebreid en acht deze capaciteit toereikend voor de reguliere uitvoering van de risicoverevening in de Zorgverzekeringswet. De leden van de fractie van de PvdA vragen of het CVZ ook van mening is dat zij een toereikende capaciteit heeft en de leden van de VVD-fractie vragen hiernaast ook inzicht in hoeveel mensen betrokken zijn bij de uitvoering van de risicoverevening. Bij het CVZ zijn momenteel meer dan 15 fte betrokken bij de uitvoering van de risicoverevening. Het grootste deel van deze fte's is betrokken bij de bepaling van de vereveningsbijdrage. Ook bij gegevensverwerking en ontsluiting, juridische zaken en onderzoek werken medewerkers die betrokken zijn bij het risicovereveningsdossier. Hiernaast heb ik voor 2008 en 2009 een aanzienlijk budget beschikbaar gesteld voor de uitvoering van een verbetertraject waarbij externe specialisten worden ingehuurd op bijvoorbeeld het terrein de ontwikkeling van de benodigde software. Het CVZ deelt mijn opvatting dat de formatie op dit moment toereikend is. Na afloop van het verbetertraject zal ik samen met het CVZ nogmaals bezien in hoeverre de capaciteit, die bij het CVZ voor risicoverevening aanwezig is, toereikend is.

De leden van de VVD-fractie vragen of ik de Kamer kan garanderen dat de borging van de uitvoering van het risicovereveningsstelsel op dit moment al optimaal is. Zoals bij de Kamer bekend is, is de uitvoering van

de risicoverevening voor het startjaar van de Zorgverzekeringswet (2006) niet geheel probleemloos verlopen. Het CVZ heeft hierop maatregelen getroffen om de uitvoering te verbeteren. Voor de jaren 2007 en 2008 heeft dit er toe geleid dat er zich geen onjuistheden hebben voorgedaan bij de uitvoering van de risicoverevening. Het doel van het ingezette verbetertraject is dat de uitvoering van de risicoverevening op een termijn van twee à drie jaar volledig gecertificeerd is. Ik ben van mening dat we, na certificering van de uitvoering, kunnen spreken over optimale borging. Zoals ik heb aangegeven in mijn eerdere brief heeft ook Zorgverzekeraars Nederland gepleit voor een betere borging van het proces van de risicoverevening. De VVD-fractie vraagt of dit pleidooi van Zorgverzekeraars Nederland betrekking had op de situatie voordat er maatregelen zijn getroffen. Uiteraard is Zorgverzekeraars Nederland zeer scherp op een foutloze uitvoering van de risicoverevening. Het pleidooi is daarom grotendeels ingegeven door de uitvoering van de risicoverevening 2006, in het bijzonder over fouten in de voorlopige afrekening 2006. Dit heeft dus betrekking op de situatie voor de maatregelen ter verbetering van de borging genomen zijn. Ik zie de brief van Zorgverzekeraars Nederland op dit punt dan ook als een bevestiging van het reeds ingezette beleid om de uitvoering beter te borgen.

De leden van de VVD-fractie vragen voorts naar het onderzoek naar het afrekentraject van de risicoverevening. Het onderzoek is nog in voorbereiding. Met Zorgverzekeraars Nederland zal een gezamenlijk onderzoek gestart worden waarbij een extern onderzoeksbureau de opdracht krijgt het afrekentraject in beeld te brengen. Als volledig inzicht in het afrekentraject is verkregen kan worden nagegaan welke maatregelen kunnen worden getroffen om de doorlooptijd van het afrekentraject zo kort mogelijk te maken. Ik ben het met de leden van CDA-fractie eens dat de doorlooptijden lang zijn, waardoor het moeilijk is om zicht te krijgen op de werkelijke financiële situatie (bijvoorbeeld in het kader van de toezichttaak van De Nederlandsche Bank). Tegelijkertijd dient bedacht te worden dat doorlooptijden niet altijd kunnen worden voorkomen. Zo kan een dbc een jaar openstaan waarna de dbc kan worden gedeclareerd door het ziekenhuis en betaling kan volgen. Dit betekent dat pas vijf à zes kwartalen na sluiting van een «vereveningsjaar» de schadegegevens ziekenhuiszorg beschikbaar komen. Pas hierna kunnen zorgverzekeraars kosten inbrengen voor het ex-post mechanisme hogekostencompensatie, waarna CVZ de vereveningsbijdrage definitief kan vaststellen. Het is dan inmiddels twee jaar na sluiten van het «vereveningsjaar». Het is niet mogelijk om hier een versnelling in aan te brengen.

Aanpassingen vereveningsmodel

Enkele fracties vragen zich af of voldoende geborgd is dat het vereveningsmodel de vele veranderingen in de organisatie en financiering van de zorg aan kan. De leden van de CDA-fractie en de SP-fractie willen weten op welke wijze het risicovereveningssysteem wordt betrokken op de verschillende veranderingen in de zorg, in het bijzonder bij de uitbreiding van het percentage vrije prijzen in het B-segment. In alle trajecten ben ik me er van bewust dat het slagen van veranderingen in bijvoorbeeld de ziekenhuisbekostiging niet mogelijk is zonder de mogelijkheden en onmogelijkheden in de risicoverevening en de mate van risicodragendheid van verzekeraars in ogenschouw te nemen. Voor 2009 zal het segment met B-dbc's worden uitgebreid. Om de competitie in dit segment te stimuleren is het van belang dat ziekenhuizen en verzekeraars financieel risico lopen. Dit betekent dat ik voornemens ben om voor 2009 in de risicoverevening een apart deelbedrag te introduceren dat betrekking heeft op B-dbc's. In 2008 is er nog sprake van twee deelbedragen ziekenhuiszorg, te weten de vaste kosten en de variabele kosten. Door nu een apart deelbedrag B-dbc's te introduceren ontstaan er meer mogelijkheden om te differentiëren in de

inzet van ex-post compensatiemechanismen en daarmee in de risicodragendheid van een zorgverzekeraar over de inkoop van ziekenhuiszorg. De CDA-fractie vraagt mij in hoeverre de veranderingen in het vereveningsmodel kunnen worden opgevangen. Als antwoord hierop meld ik dat ik zo nauwlettend mogelijk in de gaten houd wat de consequenties zijn voor de kwaliteit van het vereveningsmodel. Ik zal dit betrekken bij mijn beslissing begin september 2008 over de vormgeving van het risicovereveningsstelsel 2009.

Ook bij de overheveling van zorgvormen uit andere compartimenten die worden overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet (zoals recent de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg en mogelijk binnenkort reactiveringszorg die nu in AWBZ-verpleeghuizen wordt geleverd) betrek ik direct de implicaties voor het risicovereveningsstelsel. Essentieel is altijd dat er voldoende kostengegevens beschikbaar zijn op individueel niveau die te koppelen zijn aan de gegevens over de verzekerdenkenmerken. Dit zal bijvoorbeeld de komende tijd voor de reactiveringszorg worden onderzocht. Op deze wijze is ook ooit begonnen met de ontwikkeling van een vereveningsmodel voor de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg. Ik heb u vorig jaar aangegeven (Kamerstukken II 2007/08, 29 689, nr. 164) dat de gegevens waarop het vereveningsmodel voor de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg moest worden gebaseerd van onvoldoende kwaliteit waren en dat mijn inspanning erop gericht zijn om de kwaliteit van de gegevens te verbeteren. Ik realiseer mij dat deze gegevens – het betreffen productiecijfers 2007 van een deel van de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg – destijds niet voor dit doel zijn geregistreerd. De verdere ontwikkeling van het risicovereveningsmodel voor de geneeskundige ggz valt of staat echter wel bij de beschikbaarheid van goede gegevens.

De leden van de SP-fractie vragen op welke manier de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg terugkomt in het risicovereveningsstelsel. Elk jaar informeer ik u in september over de vormgeving van het risicovereveningsstelsel voor het komende jaar. Vorig jaar heb ik u geïnformeerd over vereveningsmodel 2008, waarin ik ook ben ingegaan op het vereveningsmodel voor de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (Kamerstukken II, 2007/08, 29 689, nr. 155). Voor de kosten voor geneeskundige geestelijke gezondheidszorg is in het risicovereveningsstelsel 2008 een apart deelbedrag geïntroduceerd met een apart vereveningsmodel en specifieke inzet van ex-post compensatiemechanismen. In 2008 worden de zorgverzekeraars volledig nagecalculeerd voor de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg. Hiermee rekeninghoudend is voor deze kosten een eenvoudig risicovereveningsmodel 2008 vormgegeven. Dit ex-ante vereveningsmodel is op dit moment alleen nodig ten behoeve van de bevoorschotting van verzekeraars en om ervaring op te bouwen. Het vereveningsmodel geneeskundige geestelijke gezondheidszorg kent zes vereveningscriteria: leeftijd/geslacht, aard van het inkomen, sociaal-economische status (SES), een GGZ-regiocriterium, farmaceutische kostengroep psychische aandoeningen en eenpersoonsadres. Bij de operationalisering van de criteria heb ik zoveel mogelijk aangesloten bij de vereveningsmodellen voor de variabele kosten ziekenhuiszorg en de kosten van overige prestaties.

Inzet van ex-post compensatiemechanismen

De leden van de fractie van de SP en de VVD vragen naar een stappenplan voor de afbouw van de ex-post compensatiemechanismen. Mijn beleid is erop gericht om voor zover de compensatie is bedoeld om het risico dat zorgverzekeraars lopen te verminderen, de ex-post compensaties zo snel mogelijk af te bouwen. Het tempo en de mate van afbouw is echter geclausuleerd. Er moet aan een aantal randvoorwaarden zijn voldaan, omdat de afbouw anders contraproductief – in relatie tot de doelstellingen

van de risicoverevening – gaat werken. De ex-post compensatiemechanismen zijn een onderdeel van het totale risicovereveningssysteem. Het ex-post deel kan worden afgebouwd als het ex-ante deel zelfstandig in staat is om het gelijke speelveld en de juiste prikkels te genereren. Dit is vooral afhankelijk van de vorderingen die gemaakt worden op het terrein van de bekostiging van het zorgaanbod en tevens van de kwaliteit van de gegevens. Het afbouwtraject begeleid ik met onderzoek op basis waarvan de kwaliteit en de beschikbaarheid van kostengegevens kan worden vastgesteld en de werking van het risicovereveningssysteem kan worden beoordeeld. Hierdoor kan ik elk jaar verantwoorde stappen zetten. Vanwege de sterke afhankelijkheid om de ontwikkelingen op het terrein van de bekostiging van het zorgaanbod kan ik u geen «strak en voorspelbaar» tijdspad geven zoals de leden van de VVD-fractie vragen.

Onderzoek gegevensstromen

Ik heb PriceWaterhouseCoopers in het kader van de transparantie opdracht gegeven een beschrijving te maken van de te gebruiken gegevens bij het onderzoek risicoverevening en in kaart te brengen op welke manier deze gegevens kunnen worden beheerd. Leden van de CDA-fractie en de VVD-fractie vragen wanneer deze opdracht is afgerond en of ik bereid ben dit rapport aan de Kamer te doen toekomen. De opdracht is afgerond. Ik wil het rapport eerst bestuderen en ik zal het vervolgens met mijn reactie aan u doen toekomen. In mijn reactie zal ik ingaan op de aanpak die er toe moet leiden dat de adviezen van PriceWaterhouseCoopers op het terrein van vormgeving van de gegevensverzameling, de -bewerking en -vastlegging van onderzoeksgegevens worden ingevuld. Ik kan u op dit moment nog geen nadere mededelingen doen over het tijdspad voor de implementatie van de aanbevelingen van PriceWaterhouseCoopers.

Omdat ik vanaf dit jaar alle onderzoeksgegevens heb versleuteld, wordt voorkomen dat gegevens naar personen kan worden teruggekoppeld. Verder draag ik er zorg voor dat in de overgangperiode het gegevensbeheer voldoende geborgd is.

De leden van de VVD-fractie vragen ook naar de implementatie van eerdere aanbevelingen van PriceWaterhouseCoopers in het kader van het besluitvormingsproces. Deze aanbevelingen heb ik opgevolgd.

Gegevens UWV en Belastingdienst

Naast de gegevens van zorgverzekeraars over verzekerdenkenmerken en kosten maak ik bij het onderzoek naar en de ontwikkeling van het risicovereveningsmodel ook gebruik van gegevens van het UWV en de Belastingdienst. De leden van de CDA-fractie geven aan dat op dit moment nog niet vast staat of de POLIS-administratie een werkende keten is. Deze leden vragen welke gegevens uit welke bronnen worden gebruikt, of er een beleidslijn gegevensaanlevering van toepassing is op het UWV en de Belastingdienst en of de gegevensaanlevering van het UWV en de Belastingdienst wordt gecertificeerd door een accountant.

Het risicovereveningsmodel gebruikt gegevens uit de Polisadministratie over de arbeids- en inkomenstenverhoudingen van de verzekerden. Deze gegevens worden geanonimiseerd geleverd. De levering vindt plaats krachtens een wettelijk voorschrift. Het UWV toetst elk verzoek om gegevenslevering uit de Polisadministratie aan de wettelijke kaders, zoals juridische grondslag, doelbinding en proportionaliteit. Voor zover UWV gegevens levert waarvoor de Belastingdienst verantwoordelijk is in de zin van de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp), de zogenaamde fiscale gegevens, ligt hieraan een bewerkingsovereenkomst tussen de Belastingdienst en het UWV ten grondslag. De gegevens waarvoor UWV zelf verantwoordelijk is in de zin van de Wbp vallen onder het sluitende

wettelijke stelsel van privacybescherming, juistheid, volledigheid en dergelijke.

Op de werkzaamheden van het UWV als bewerker in de zin van de Wbp («houder van de Polisadministratie») wordt toezicht uitgeoefend door de Inspectie Werk en Inkomen. Daarnaast gelden de gebruikelijke kwaliteitsprocessen bij de Belastingdienst en het UWV, waarbij de eigen auditdiensten toetsen of de gegevensverwerking voldoet aan de daaraan te stellen eisen.

Het Expertise Centrum ziet op verzoek van de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en de staatssecretaris van Financiën toe op het werkend krijgen en stabiliseren van de loonaangifteketen, waarvan de Polisadministratie onderdeel uitmaakt. Over de voortgang wordt de Tweede Kamer regelmatig geïnformeerd, laatstelijk bij de achtste voortgangsrapportage Walvis/SUB.

4 Brief van Zorgverzekeraars Nederland

Zorgverzekeraars Nederland heeft mij op 12 november 2007 een brief gestuurd waarin onder andere de zorg uitgesproken wordt over de onzekerheden in de informatieverstrekking over de (voorlopige) afrekening 2006 van de Zorgverzekeringswet. Ik heb u mijn antwoordbrief aan Zorgverzekeraars Nederland als bijlage bij mijn brief van 11 april jongstleden doen toekomen. Naar aanleiding van deze brieven heeft u een aantal vragen. Ik ga eerst in op vragen die betrekking hebben op de invoering van de dbc's, vervolgens ga ik in op de overfinanciering van ziekenhuizen en tot slot beantwoord ik vragen over de premievaststelling van zorgverzekeraars.

Invoering dbc's

De leden van de PvdA-fractie en de VVD-fractie geven aan dat ik een procedureel antwoord heb gegeven op de in de brief van Zorgverzekeraars Nederland gehanteerde stelling dat «de voorbereiding voor een verantwoorde invoering van de dbc-systematiek ernstig tekort is geschoten en er dus sprake is geweest van een overhaaste invoering». De leden vragen of de opmerking van Zorgverzekeraars Nederland volgens de minister inhoudelijke grond heeft en zo ja, hoe dat in de toekomst kan worden voorkomen, wat de consequenties zijn voor het functioneren van het risicovereveningssysteem en wat de rol van zorgverzekeraars daarin is. Door de invoering van de dbc's is er sprake van overfinanciering van ziekenhuizen. Dit heeft consequenties op de risicoverevening. Hier ga ik in de volgende paragraaf op in.

Ik kan mij niet vinden in de constatering dat de DBC-systematiek overhaast is ingevoerd. Wanneer de geschiedenis van de DBC-systematiek er nog eens op na wordt geslagen is te zien dat reeds 15 jaar geleden door de commissie-Biesheuvel is vastgesteld dat de huidige FB-systematiek vervangen moest worden door «all-in zorgproducten», waarna een jaar later, in 1994, specialisten aan de slag zijn gegaan met de eerste producttyperingen.

Bij alle stappen die vervolgens zijn genomen is het veld nauw betrokken geweest. De besluitvorming met betrekking tot de dbc's en de prestatie-bekostiging is vormgegeven via de landelijke dbc-overleggen, welke plaats vinden op zowel medewerkersniveau, als op directeurs- en bestuurlijk niveau. Dit heeft erin geresulteerd dat ziekenhuizen in 2002 dbc's zijn gaan registreren en in 2005 zijn gaan declareren. Ook uit deze jaartallen blijkt dat van een overhaaste invoering geen sprake kan zijn. Bovendien is met commitment van het hele veld, inclusief zorgverzekeraars, vanaf 2006 gewerkt aan een verbetering van het dbc-systeem, welke in 2010 zal worden ingevoerd. Ook dit laat weer zien dat alle partijen de tijd wordt

gegeven hun systemen en organisatie aan te passen aan de ontwikkelingen op dbc-gebied. Daarnaast zijn het vaak ook relatief kleine stappen die jaarlijks zijn genomen, zoals bijvoorbeeld de invoering van een B-segment met vrije prijzen in 2005 ter grootte van circa 10 procent. Pas in 2008 is het B-segment uitgebreid naar 20 procent.

Tevens wil ik u wijzen op het feit dat de invoering van volledige prestatiebekostiging met een jaar is uitgesteld, omdat de vereenvoudiging van de dbc-systematiek nog niet volledig was afgerond. Het uitstel van de prestatiebekostiging is het gevolg van voortdurende contacten met veld- en onderhoudspartijen om te bezien welke stappen wel en welke niet verantwoord zijn.

Overfinanciering ziekenhuizen

De leden van de PvdA-fractie en de VVD-fractie vragen inzicht in de oplossingsrichtingen die ik voor ogen heb voor de onzekerheden die ontstaan zijn door de overfinanciering van de ziekenhuizen door zorgverzekeraars. Deze leden vragen zich ook af wat het effect op het systeem van risicoverevening is zolang er geen oplossing is voor deze overfinanciering.

In zijn brief van 12 november jongstleden heeft Zorgverzekeraars Nederland zijn zorgen uitgesproken over de omstandigheden waarin zorgverzekeraars worden geacht een adequaat financieel en commercieel beleid te voeren. De omgeving waarbinnen de zorgverzekeraars tot een offerte voor hun verzekerden moeten komen, was volgens Zorgverzekeraars Nederland, gecompliceerd en onzekerder geworden. Ik deel deze bezorgdheid van Zorgverzekeraars Nederland. Op dit moment zijn de financiële resultaten over de jaren 2005, 2006 en 2007 nog niet bekend. Ik acht het van groot belang voor de financiële stabiliteit van de sector dat het probleem rond de overfinanciering van ziekenhuizen snel en zorgvuldig wordt opgelost. Er zijn immers grote bedragen mee gemoeid. De Nederlandse Zorgautoriteit is verantwoordelijk voor de feitelijke afwikkeling van de overfinanciering voor de jaren 2005 en 2006. Mijn streven is om voor de premiecalculaties van zorgverzekeraars voor het jaar 2009 definitieve inzichten te hebben in de afwikkeling van de overfinanciering, dat wil zeggen welk bedrag welk ziekenhuis aan welke zorgverzekeraar moet terugbetalen over 2005 en 2006. Op deze wijze kunnen zorgverzekeraars een betrouwbare schatting maken van de financiële resultaten voor de jaren 2005 en 2006. Ik spreek met opzet nog van een schatting omdat de afwikkeling van de overfinanciering weer nodig is voor de definitieve vaststelling van de vereveningsbijdragen 2005 en 2006 aan ziekenfondsen respectievelijk zorgverzekeraars door het CVZ, omdat dit de omvang van de schade van elke individuele zorgverzekeraar bepaalt. Mijn streven is om voor het opstellen van de jaarrekeningen 2008 door zorgverzekeraars inzicht te kunnen verschaffen over de definitieve vereveningsbijdragen 2005 en 2006. Het College zorgverzekeringen heeft over 2006 al voorlopige afrekeningen, die gebaseerd zijn op voorlopige schadecijfers, gedaan. Pas als de overfinanciering definitief is afgewikkeld kunnen zorgverzekeraars de omvang van hun schade exact bepalen. Ten opzichte van de voorlopige afrekeningen, kunnen hierbij voor individuele zorgverzekeraars nog grote financiële verschuivingen plaatsvinden. Deze werken ook door in de vereveningsbijdragen waar zij recht op hebben. De onzekerheid die dit meebrengt is voor zorgverzekeraars ongewenst. Daarom is alles er op gericht de overdekking en de risicoverevening zo snel mogelijk definitief af te ronden.

De voortgang van dit afwikkeltraject heeft mijn hoogste aandacht. Onder leiding van de directeur-generaal Curatieve Zorg is een taskforce geformeerd, die binnenkort voor de derde maal bijeen komt. In de taskforce

zijn alle betrokken partijen (de Nederlandse Zorgautoriteit, Zorgverzekeraars Nederland, College voor zorgverzekeringen, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Nederlandse Federatie van Universitair medische centra en mijn ministerie) vertegenwoordigd. De taskforce faciliteert de Nederlandse Zorgautoriteit daar waar nodig. Inmiddels zijn in dit platform afspraken gemaakt over een planning waarin de overfinanciering 2005 en 2006 vòòr 1 oktober 2008 wordt afgewikkeld. Het bewaken van deze afspraken, en daarmee van de voortgang van de planning, hebben de hoogste aandacht van de taskforce en van mij.

Premievaststelling

De leden van de PvdA-fractie vragen naar de gevolgen van de onzekere omgeving op de premiestelling van voorgaande jaren en voor 2009. Ik constateer dat alle verzekeraars hun verzekerden tijdig in kennis hebben gesteld van de nieuwe premiehoogte en dat dus het vaststellen van de premiehoogte door alle verzekeraars op tijd is gebeurd. Verzekeraars zijn vrij in het vaststellen van de hoogte van hun nominale premie. Het is niet aan mij om een oordeel over de hoogte te geven. Bedacht moet worden dat de afgelopen jaren rekening is gehouden met onzekerheden bij de inzet van ex-post compensatiemechanismen. Hierdoor is er geen noodzaak voor een risico-opslag. De Nederlandsche Bank houdt scherp toezicht op de vaststelling van de premies. Indien verzekeraars hun premie onder de kostprijs hebben vastgesteld dienen zij hiervoor voorzieningen voor aan te leggen.

De omstandigheden voor zorgverzekeraars om hun premie voor 2009 vast te stellen zal inhoudelijk verbeteren. Verzekeraars ontwikkelen van jaar op jaar meer kennis over de kostenpatronen en kostenontwikkeling van hun verzekerdenpopulatie. Verder hebben ze mogelijkheden om hun zorginkoop verder te ontwikkelen. Daarbij zullen verzekeraars en ziekenhuizen in 2009 meer vrijheden krijgen om dbc-prijzen af te spreken. Ik verwacht een inhoudelijke verbetering van de risicoverevening omdat de risicoverevening vooral op het terrein van kosten ziekenhuisverpleging en specialistische hulp wordt gebaseerd op kwalitatief betere gegevens. Ik heb eerder al aangegeven dat ik er ook naar streef om voor de premiecalculaties van zorgverzekeraars voor het jaar 2009 definitieve inzichten te geven in de afwikkeling van de overfinanciering.

5 Internationale evaluatie risicoverevening

In mijn brief aan uw Kamer (Kamerstukken II, 2007/08, 29 689, nr. 187) over de evaluatie van de risicoverevening door internationale experts geef ik een afbakening van de evaluatie. Omdat er nog geen kwantitatieve resultaten beschikbaar zijn in 2008 over de risicoverevening in de Zorgverzekeringswet heb ik gekozen voor een kwalitatieve systeembeoordeling door internationale experts. De leden van de CDA- en de PvdA-fractie zijn verbaasd dat een kwantitatieve beoordeling nog niet mogelijk is. De leden van de PvdA-fractie vragen hoe dit mogelijk is, mede gezien het feit dat een dbc maximaal een jaar na de opening van de dbc bij de zorgverzekeraar wordt gedeclareerd.

Zoals de leden van de PvdA-fractie terecht stellen, moet een dbc in het jaar volgend op het jaar waarin hij is geopend, worden afgesloten. Dit betekent dat een dbc die in december 2006 is geopend, vóór 31 december 2007 moet worden afgesloten en door de zorgaanbieder gedeclareerd bij de zorgverzekeraar. Volgens Vektis, het bureau dat de schadecijfers van de zorgverzekeraars verzamelt, zijn bijna alle schades 2006 inmiddels gedeclareerd door zorgaanbieders. De financiële gevolgen van de overfinanciering van de ziekenhuizen in 2005 en 2006 zijn op macro-niveau en op ziekenhuisniveau medio augustus bekend. Hoe de afwikkeling van de

overfinanciering uitpakt voor de feitelijke schadelast van de individuele zorgverzekeraar, wordt in oktober bekend. Pas dan kan CVZ overgaan tot het definitief vaststellen van de vereveningsbijdrage 2006 en zijn de consequenties van de overfinanciering op de risicoverevening duidelijk. Dit betekent dat pas begin 2009 voldoende kwantitatieve gegevens beschikbaar komen om de verevening 2006 te beoordelen. Om deze reden kan ik dit jaar het vereveningssysteem nog niet kwantitatief evalueren. Daarenboven ben ik van mening dat voor een adequate kwantitatieve systeemevaluatie er kwantitatieve gegevens van minimaal drie jaar beschikbaar moeten zijn. Dit is voorlopig niet het geval. Via de omschreven onderzoeksvragen acht ik een kwalitatieve evaluatie van de risicoverevening wel mogelijk en zinvol.

De leden van de CDA-fractie gaan er vanuit dat patiëntenverenigingen, die niet in staat zijn geweest een collectief contract af te sluiten, alsmede Nederlandse experts zullen worden betrokken bij de internationale evaluatie. In het panel van internationale experts zullen zeker Nederlandse experts worden opgenomen. Ik ben van mening dat de risicoverevening het mogelijk maakt dat ook chronisch zieken keuzevrijheid hebben voor zorgverzekeraars. Voor de basisverzekering betaalt iedereen ongeacht zijn gezondheid bij een verzekeraar een gelijke premie. Chronisch zieken kunnen zich bij collectiviteiten aansluiten. De zorgverzekeraars hebben met vele partijen collectieve contracten afgesloten, ook met een aantal patiëntenverenigingen. Ik ga regelmatig in gesprek met patiëntenverenigingen, ook over de risicoverevening. Vooral de initiatieven vanuit de NPCF vind ik bijzonder waardevol en dragen naar mijn mening bij aan de verdere ontwikkeling van het risicovereveningssysteem. De betrokkenheid van patiëntenverenigingen past mijns inziens echter niet in het specifieke karakter van de opzet van de evaluatie door internationale experts op het terrein van de risicoverevening.

De leden van de CDA, PvdA en VVD-fractie hebben ook nog een aantal vragen en opmerkingen bij verschillende onderzoeksvragen uit de evaluatie.

Onderzoeksvragen 2 en 3 gaan over de (mogelijkheden tot) toepassing van gunstige risicoselectie. Ik heb daarbij aangegeven dat ik tot op heden geen signalen heb ontvangen van risicoselectie op de basisverzekering door zorgverzekeraars. De leden van de CDA-fractie vragen dit te onderbouwen en of ik bereid zou zijn bereid in de vraagstelling op te nemen of er signalen zijn dat er sprake is van risicoselectie in Nederland. In de onderzoeksvragen hoeft naar mijn mening niet te worden opgenomen of er signalen zijn van risicoselectie. Via de monitor Zorgverzekeringmarkt 2008 rapporteert de NZa jaarlijks hoe de zorgverzekeringmarkt er voor staat. In deze jaarlijkse monitor wordt door de NZa onderzocht of er in de markt signalen van risicoselectie zijn. Ook in het onlangs uitgebrachte rapport «Evaluatie aanvullende en collectieve verzekeringen 2008» dat door iBMG in opdracht van de NPCF is uitgevoerd, is onderzoek gedaan naar risicoselectie in de Zorgverzekeringwet via de aanvullende en collectieve verzekeringen. Uit beide publicaties volgt dat er bij de Zorgverzekeringwet geen sprake is van risicoselectie. Wel wordt in beide publicaties geconstateerd dat in toenemende mate er sprake is van een verscherping van de voorwaarden en het acceptatiebeleid bij de aanvullende verzekering. Dit beperkt zich tot de meest uitgebreide aanvullende pakketten en tot de duurste tandartsverzekeringen en vindt niet of nauwelijks plaats bij de meer standaard aanvullende verzekeringen. De onderzoeken geven geen indicatie dat de verscherping van de voorwaarden en het acceptatiebeleid worden ingezet met het doel te komen tot een risicoselectie in de basisverzekering.

De leden van de fractie van de PvdA zien niet expliciet terug in de onderzoeksvragen hoe risicoselectie kan worden geëlimineerd zoals gesteld in de motie Omtzigt en Van der Veen. Onderzoeksvraag 2 en 3 gaan in op (de mogelijkheden tot) toepassing van gunstige risicoselectie. Onderzoeksvraag 7 behandelt de vraag wanneer we een gelijk speelveld hebben en dus de prikkels tot risicoselectie zijn weggenomen. Met het opnemen van genoemde onderzoeksvragen meen ik voldoende gehoor te hebben gegeven aan de motie van de leden Omtzigt en Van der Veen.

Onderzoeksvraag 4 heeft betrekking op de kwaliteit van het ex-ante risicovereveningsmodel. De leden van de CDA-fractie vragen of ik bereid ben om de zin «in vergelijking met in buitenland gehanteerde ex ante vereveningsmodellen» te schrappen. Ik ben van mening dat in een kwalitatieve systeemanalyse het belangrijk is om het Nederlandse systeem te vergelijken met buitenlandse systemen. Alleen dan kan inzicht worden verkregen in de verschillen en overeenkomsten tussen de verschillende systemen en kunnen deskundigen beoordelen of de huidige vormgeving en reikwijdte adequaat is om de gestelde doelen van de risicoverevening te behalen. Het gaat hier dus breder dan de vormgeving van het vereveningsmodel.

De leden van de CDA-fractie vragen of het mogelijk is te onderzoeken of de juiste criteria zijn opgenomen en of het toevoegen van meer gezondheidscriteria niet leidt tot een beter vereveningsmodel. Uiteraard biedt de evaluatie de mogelijkheid aan internationale deskundigen om verbetermogelijkheden van het ex-ante risicovereveningsmodel naar voren te brengen. Het panel van internationale experts krijgt vanzelfsprekend de ruimte om relevante opmerkingen te maken en adviezen te geven. Ik acht het niet nodig om op dit punt een extra onderzoeksvraag op te nemen zoals de leden van de CDA-fractie vraagt. Ik ga er vanuit dat de internationale experts uitbreiding van het model met extra gezondheidscriteria en/of meerjarige hoge schade zullen betrekken bij hun inbreng. De leden van de CDA-fractie zien bijvoorbeeld mogelijkheden om hulpmiddelengebruik en gebruik van fysiotherapie te betrekken bij de risicoverevening. Ik onderken deze mogelijkheden en heb al onderzoeken opgestart om dit te verkennen. Deze onderzoeken worden begeleid door de werkgroep ontwikkeling risicoverevening.

De leden van de VVD-fractie vragen om aandacht te besteden aan de voor- en nadelen, de kosten en de baten van verdere verfijning van de vereveningscriteria. Ik zal dit bij onderzoeksvragen 4 en 5 betrekken, daarom wordt er ook nadrukkelijk aandacht gevraagd voor uitvoeringsaspecten.

Onderzoeksvraag 7 gaat in op de wijze van meten en waarderen van het gelijke speelveld. De leden van de CDA-fractie verzoeken mij om de experts te vragen onder welke voorwaarden het mogelijk is om de ex-post compensatiemechanismen af te bouwen en of daarbij nog flankerend beleid nodig is zoals bijvoorbeeld voorgesteld door Stam en van der Ven in ESB op 22 februari. Op het moment dat met het ex-ante risicovereveningsmodel een gelijk speelveld gecreëerd kan worden en daarmee de prikkels tot gunstige risicoselectie zijn weggenomen kan de inzet van ex post compensatiemechanismen worden afgebouwd. In die zin wordt er in de evaluatie rekening gehouden met de ex-post compensatiemechanismen. In hun artikel in ESB van 22 februari doen Stam en Van der Ven een suggestie voor gedifferentieerde inzet van de ex post compensaties. Zij merken daar echter wel bij op dat eerst nader onderzoek nodig is. Dergelijk onderzoek valt buiten de reikwijdte van de evaluatie. Ik heb mij eerder voorstander getoond van dergelijk onderzoek. Ik heb de werkgroep onderzoek risicoverevening vorig jaar al gevraagd om dergelijk onderzoek op te nemen in het onderzoeksprogramma. De werkgroep zal zodra de te gebruiken onderzoeksgegevens beschikbaar zijn, dergelijk onderzoek laten uitvoeren.

Ik kan mij vinden in de suggestie van de leden van de CDA-fractie om in onderzoeksvraag 8 ook de DNB te betrekken. Onderzoeksvraag 8 zal betrekking hebben op de verantwoordelijkheidsverdeling tussen het departement, het CVZ, de DNB en de NZa.

De leden van de fractie van de PvdA vragen hoe lang de evaluatie van de werking van het risicovereveningssysteem in beslag zal nemen, en wanneer deze evaluatie – vergezeld van een reactie van de minister – aan de Kamer zal worden gezonden. In het najaar 2008 zal de aanbesteding van de evaluatie in gang worden gezet. Bij aanvang van de evaluatie zal ik uw Kamer berichten over het tijdpad.

6 Overige vragen

Brief CVZ over hybride regiocriterium

Ik kan aan de leden van de CDA-fractie antwoorden dat ik bekend ben met de brief van het CVZ aan zorgverzekeraars van 8 mei jongstleden over het hybride regiocriterium. De leden vragen voor de zoveelste keer de ministeriële regeling en de beleidsregels van het CVZ over 2006 zullen wijzigen als het hybride regiocriterium wordt aangepast. U gaat er vanuit dat aanpassing van het regiocriterium in de risicoverevening aan de orde is. Dit is niet het geval. De regiofactor wordt niet achteraf aangepast. Een ex-ante vereveningssysteem kenmerkt zich doordat vooraf aan het jaar waarop de risicoverevening van toepassing is alle spelregels zijn vastgelegd. Ik handel daarom naar het standpunt dat de spelregels niet tussentijds of achteraf worden aangepast. Wel kunnen verduidelijkingen worden aangebracht of fouten worden hersteld in de regelgeving.

Het CVZ heeft een bezwaarschrift in behandeling over de toepassing van het hybride regiocriterium. Deze bezwaarprocedure is nog niet afgerond en de beleidsregels zijn dan ook niet aangepast. CVZ is bezig met het feitenonderzoek, naar de gegevens die ten grondslag lagen aan de beslissing in 2005 om het hybride regiocriterium vorm te geven zoals is vastgelegd in de ministeriële regeling geldend voor 2006. CVZ onderzoekt verder de uitvoeringsmogelijkheden, indien tot wijziging van de beleidsregels, op het punt van de toepassing van het hybride regiocriterium, zou worden uitgegaan. In dit licht moet u de brief van 8 mei jongstleden ook lezen en interpreteren. Ook in het onderzoek naar de uitkomsten van de toepassing van het hybride regiocriterium geldt dat er geen definitieve gegevens beschikbaar zijn. Hier doen zich dezelfde problemen in de kwantitatieve inzichten voor als voor de internationale evaluatie.

Hoofdstuk drie van de Regeling zorgverzekering betreft de bepalingen omtrent de vereveningsbijdrage. Dit hoofdstuk is voor de vereveningsbijdrage 2006 in september 2007 éénmalig aangepast. Het gaat hierbij om de verhoging van het bedrag beschikbare middelen van ongeveer 250 miljoen euro voor het jaar 2006 vanwege het niet afkomen van teveel betaalde vereveningsbijdrage in 2006, alsmede enkele wijzigingen in de toedeling van kosten aan de verschillende binnen de risicoverevening gehanteerde deelbedragen en enkele tekstuele correcties. De beleidsregels 2006 van het CVZ zijn een beperkt aantal maal aangepast of uitgebreid. De eerste wijziging bevatte de toevoeging van het betalingschema van de vereveningsbijdrage. De tweede wijziging gaat over de verhoging van de ex-ante FKG prevalenties, bovengenoemde verhoging van het bedrag beschikbare middelen en een aantal verhelderingen. De derde wijziging betreft een aantal – tijdelijke – technische aanpassingen, bijvoorbeeld het gebruik van recentere gegevens bij voorlopige afrekening in het kader van de risicoverevening. Binnenkort worden beleidsregels nog aangepast vanwege de toepassing van een verzekerdenvolgsysteem bij de afrekeningen van de vereveningsbijdrage aan verzekeraars

en een verdere uitwerking en verheldering van de oorspronkelijke beleidsregels (zoals het vastleggen van peildata). De wijzigingen van de beleidsregels zijn afgestemd met mijn medewerkers en met Zorgverzekeraars Nederland. Ik wil benadrukken dat deze wijzigingen alleen verbeteringen en verhelderingen in het afreken traject van de risicoverevening betreffen.

Risicoverevening en de Zekur-polis

In een overleg met uw Kamer op 15 mei jongstleden heb ik toegezegd dat ik zal laten onderzoeken of de risicoverevening adequaat corrigeert voor polissen zoals de Zekur-polis die een relatief gezond verzekerdenbestand heeft. De leden van de SP-fractie vragen of ik kan aangeven hoe dit onderzoek gaat worden.

Allereerst moet ik aangeven dat het niet in mijn mogelijkheden ligt om de werking van de risicoverevening op het niveau van separate polissen te onderzoeken. Ik beschik namelijk niet over de gegevens op verzekerden-niveau per polis. Voor het onderzoek naar het risicovereveningssysteem kan ik beschikken over gegevens per verzekerde per zorgverzekeraar. Hiernaast zijn de uitgedeclareerde kostengegevens over het schadejaar 2008 voor bijvoorbeeld de verzekerden van UVIT (waaronder verzekerden met een Zekur-polis) pas in 2010 bekend. Om toch de werking van de risicoverevening voor polissen of verzekeraars met een relatief gezond verzekerdenbestand op korte termijn te onderzoeken, zal ik de werkgroep onderzoek risicoverevening vragen om in het jaarlijkse onderzoeksprogramma van de risicoverevening (september 2008–juni 2009) een onderzoek op te nemen waarbij een fictieve verzekeraar met een relatief gezond verzekerdenbestand wordt gesimuleerd en vervolgens gezien wordt in hoeverre het risicovereveningssysteem adequaat corrigeert.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
A. Klink