

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

2135

Vragen van lid **Ellemeet** (GroenLinks) aan de Minister voor Medische Zorg over het bericht «*Samenstelling verzekerdenpopulatie bepaalt resultaat zorgverzekeraars*» (ingezonden 19 maart 2019).

Antwoord van Minister **Bruins** (Medische Zorg) (ontvangen 2 april 2019).

Vraag 1

Kent u het artikel «Premieverschillen tussen zorgverzekeraars nemen toe»¹ en het bericht «*Samenstelling verzekerdenpopulatie bepaalt resultaat zorgverzekeraars?*»²

Antwoord 1

Ja

Vraag 2

Wat vindt u van het grote verschil in het geraamde financieel resultaat na risicoverevening en zorginkoop tussen de verschillende verzekeraars, waarbij het grootste verschil inmiddels is opgelopen tot 180 euro per verzekerde per jaar?

Antwoord 2

Zorgverzekeraars worden voortdurend uitgedaagd om het verschil te maken door doelmatige en scherp-geprijsde zorginkoop, zorg van hoge kwaliteit en goede serviceverlening. Daarnaast ondervinden ze concurrentiële druk voor een efficiënte bedrijfsvoering, wat heeft geleid tot flinke besparingen in de bedrijfsvoering, zoals het artikel ook vermeldt. Zeker ook nu de ruimte in de solvabiliteit afneemt, en dus de ruimte om met teruggave van reserves de premiestijging te mitigeren, wordt het steeds belangrijker om als zorgverzekeraar het verschil te maken op de zorginkoop en doelmatige uitvoering. Een essentiële voorwaarde is wel dat zorgverzekeraars dit financiële resultaat niet behalen door bepaalde groepen verzekerden te weren, of bepaalde zorg te verschraken met hetzelfde oogmerk. Hiervoor is een goede risicoverevening essentieel.

¹ d.d. 14 maart van Equalis

² d.d. 14 maart in Zorgvisie

Vraag 3

Wat vindt u van de grote verschillen in het geraamde financieel resultaat na risicoverevening en zorginkoop per verzekerde per jaar, waarbij sprake is van dezelfde inkoop maar verschillende merken?

Antwoord 3

Ik vind de conclusie op zich niet verrassend en zelfs logisch. Het is niet vreemd dat er verschillen bestaan in de resultaten op zorginkoop tussen risicodragers vallende onder eenzelfde concern. Zorgverzekeraars binnen een concern hebben immers verschillende verzekerdenprofielen. Afhankelijk van het verzekerdenbestand profiteert het ene merk meer van een bepaalde inkoopstrategie dan een ander merk. Bijvoorbeeld: als een concern zich met name richt op efficiënte inkoop voor ouderen, dan zal het merk met een oudere populatie daar meer van profiteren dan het merk met een relatief jonge populatie.

Het feit dat sommige verzekeraars met een relatief gezonde portefeuille een relatief laag resultaat hebben behaald, geeft aan dat verschillen in resultaten tussen verzekeraars niet per definitie door verschillen in populatiekenmerken wordt bepaald.

Vraag 4

Deelt u de mening dat een hoog vrijwillig eigen risico de solidariteit in de zorg ondermijnt, omdat deze een financiële beloning biedt aan zorgverzekeraars voor het aantrekken van gezonde verzekerden?

Antwoord 4

Nee. Op 15 maart jl. heeft het CPB een nieuw onderzoek naar het vrijwillig eigen risico openbaar gemaakt.³ Dit onderzoek laat zien dat mensen zonder vrijwillig eigen risico enigszins meebetalen aan de premiekorting van mensen met vrijwillig eigen risico. Eerder⁴ had het CPB dit ingeschat op 5 euro per jaar. Het CPB heeft dit in het nieuwe rapport op een meer geavanceerde wijze berekend en komt uit op 3 euro per jaar, oftewel 25 cent per maand. We hebben een zeer solidair zorgstelsel, ik zie dit kleine bedrag dus niet als ondermijning van de solidariteit in ons zorgstelsel. Bezien op het totaal van de Zvw-gelden, gaat het hier om een effect van minder dan 0,1%. Bovendien laat het CPB zien dat de macro zorgkosten 41 miljoen euro lager zijn dan wanneer we geen vrijwillig eigen risico zouden hebben. Dit komt ook neer op ongeveer 3 euro voor elke premiebetaler. Mensen zonder vrijwillig eigen risico zouden er financieel dus niet op vooruit gaan indien het vrijwillig eigen risico zou worden afgeschaft. Mensen met een vrijwillig eigen risico zouden daarentegen na afschaffing van deze keuzemogelijkheid geconfronteerd worden met een forse premiestijging.

Vraag 5

Deelt u de conclusie uit het onderzoek dat een verschil in samenstelling van de populatie van verzekerden een grotere invloed heeft op het resultaat dan de zorginkoop? Zo ja wat vindt u hiervan? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 5

De samenstelling van de populatie kan inderdaad invloed hebben op het resultaat, maar dit gaat juist hand in hand met zorginkoopinspanningen. Het is onjuist te veronderstellen dat dezelfde zorginkoop bij verschillende populaties of verschillende verzekeraars tot hetzelfde resultaat zou moeten leiden. Als verzekeraars de prijzen van geneesmiddelen weten te verlagen bijvoorbeeld door preferentiebeleid of meer thuis- in plaats van ziekenhuisdialyses kunnen afspreken met ziekenhuizen en dialysecentra heeft dit logischerwijs veel meer effect bij een oudere populatie, die deze zorg meer gebruikt, dan bij een jonge populatie. Aangezien de risicoverevening compenseert voor objectieve gezondheidsverschillen tussen populaties, wordt sturen op de samenstelling van de populatie steeds meer ontmoedigd.

³ CPB. 2019. Selection and moral hazard effects in healthcare.

⁴ CPB. 2016. Keuzegedrag verzekerden en risicosolidariteit bij vrijwillig eigen risico.

Vraag 6

Herkent u het beeld dat zorgverzekeraars scherper sturen op de samenstelling van hun populatie om daarmee financiële risico's te verminderen, zoals ook blijkt uit het rapport van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) «Risicoselectie en risicosolidariteit zorgverzekeringsmarkt» uit 2016?⁵ Zo ja, wat vindt u daarvan? Zo nee, hoe weerlegt u dat beeld?

Antwoord 6

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) laat in haar onderzoeken naar risicoselectie zien dat er sprake is van segmentatie op de polismarkt. Enerzijds zijn er polissen die vooral worden gekozen door overstappers (gezonde verzekerden) en een positief vereveningsresultaat kennen. Anderzijds zijn er polissen met een relatief steeds slechter resultaat. Op concernniveau blijken de resultaten zich uit te middelen. Dit betekent dat zorgverzekeraars de goede resultaten op de eerstgenoemde polissen inzetten om premiestijgingen van de andere polissen te voorkomen («solidariteit onder de financiële motorkap van het concern»). Tegelijkertijd hebben verzekeraars aangegeven te streven naar een evenwichtige verzekerdenpopulatie, die bijvoorbeeld naar leeftijd representatief is voor Nederland, om risico's te spreiden.

Vraag 7

Wat vindt u van het feit dat gemeentelijke collectiviteiten bedoeld voor mensen met een slechtere gezondheid en een kleine portemonnee deels afgestoten worden omdat zij verliesgevend zijn voor zorgverzekeraars?

Antwoord 7

De reden waarom verzekeraars gemeentelijke collectiviteiten beëindigen verschilt. Menzis heeft er voor gekozen om in de regio waar zij een groter aandeel verzekerden hebben en een zorgkantoor de samenwerking juist te intensiveren rondom de minimapolissen. Zij bouwen de polissen af in de regio's waar zij als relatief kleine partij weinig verschil menen te kunnen maken. Zilveren Kruis heeft de polissen voor minima afgebouwd om een meer evenwichtige afspiegeling van de Nederlandse bevolking te krijgen. Ik kan partijen niet verplichten tot het aanbieden van collectiviteiten. Eerder is Zilveren Kruis aangesproken op een zorgvuldig proces, wat heeft geleid tot meer tijd voor gemeenten om te zoeken naar passende alternatieven. Daar staat tegenover dat Zilveren Kruis ook gelegenhedscollectiviteiten (collectiviteiten die voor iedereen toegankelijk zijn en geen specifieke afspraken maken bovenop de modelpolis) heeft beëindigd.

Gemeentelijke collectiviteiten zijn geen doel op zich maar één van de instrumenten die gemeenten kunnen inzetten ter ondersteuning van minima. Deze collectiviteiten kennen vele verschijningsvormen. Gemeenten stellen verschillende eisen voor de dekking van de aanvullende verzekering (bijvoorbeeld geen eigen bijdrage voor een bril of het hervzerken van het eigen risico). Gemeenten ondersteunen minima verschillend (bijvoorbeeld de bijdrage in de premie voor de aanvullende verzekering). Gemeenten stellen verschillende eisen in relatie tot

andere gemeentelijke voorzieningen (soms is een minimapolis een verplichte voorliggende voorziening voordat burgers aanspraak kunnen doen op de bijzondere bijstand). Of de minimapolis daarmee de beste keuze is voor minima is sterk afhankelijk van het totale pakket dat de desbetreffende gemeente aanbiedt en de behoeften van de verzekerde.

Vanuit de oorspronkelijke doelstelling van collectiviteiten volg ik deze ontwikkeling nauwkeurig. Ik ben kritisch over het grote aantal collectiviteiten dat een exacte kopie is van de reguliere modelpolis en de korting niet legitimeert.

Vraag 8

Erkent u dat de risicoverevening nog steeds niet voldoende compenseert voor mensen met een chronische ziekte? Zo ja, wat hebt u sinds uw aantreden ondernomen om deze ondercompensatie te corrigeren? Welke onderzoeken naar en aanpassingen aan het risicoverveningssysteem hebt u in gang gezet en doorgevoerd? Wat hebt u gedaan met de aanbeveling van

⁵ Tweede Kamer der Staten-Generaal, Vergaderjaar 2016–2017, kamerstuk 29 689, nr. 769

de NZa uit 2016 om het vereveningssysteem verder te verbeteren en daarmee prikkels voor risicoselectie zo veel mogelijk weg te nemen?

Antwoord 8

Het Nederlandse vereveningsmodel is het meest geavanceerd en best presterende model ter wereld⁶. Dit is te danken aan jarenlange onderzoeken en doorontwikkelingen in samenwerking met een netwerk van onderzoekers en zorgverzekeraars. Ik heb daarin stappen gezet, met name voor het nog beter compenseren van chronisch zieken:

- Zo is de compensatie verbeterd door het uitbreiden, verfijnen en actualiseren van morbiditeitskenmerken zoals ziekenhuisopnamen, medicijngebruik (waaronder heel dure medicijnen), hulpmiddelen en fysiotherapie.
- Ook kenmerken die indirect zorgkosten voorspellen zijn verbeterd zoals sociaaleconomische status en huishoudensomvang, zowel voor het somatische als ggz vereveningsmodel.
- Onder andere door de aanbevelingen van de NZa in 2016, is er sinds 2018 een kenmerk opgenomen dat juist overcompensatie bij gezonde verzekerden wegneemt.

Omdat de verwachting is dat het lastig wordt om in de toekomst, gegeven de huidige bekostiging en beschikbare data, nog grote verbeteringen door te voeren in het ex ante model, onderzoek ik momenteel alternatieve oplossingen voor zeer specifieke groepen waar compensatie nog tekort lijkt te schieten, zoals extreem dure GGZ-patiënten⁷. Verder blijf ik het model regulier onderhouden door het aan te passen voor nieuwe medische ontwikkelingen of nieuwe kansrijke databronnen.

Vraag 9

Deelt u de mening dat in tegenstelling tot de gemeentelijke collectiviteit – de minimapolis – de meeste overige collectiviteiten juist gezonde mensen trekt en bevoordeelt. Zo nee waarom niet?

Antwoord 9

Ik zie in de onderzoeken naar collectiviteiten een ruim aanbod. Ik constateer met mevrouw Ellemeest dat er meer collectiviteiten bestaan voor werkgevers dan voor bijvoorbeeld patiëntenverenigingen. Tegelijkertijd geldt ook voor mensen met slechtere gezondheid dat een ruime meerderheid collectief verzekerd is, onder andere via werkgeverscollectiviteiten (bijv. voor gepensioneerden) en (ouderen-) bonden. Ik zie ook verschillen in de korting die wordt verstrekt; de korting voor werkgeverscollectiviteiten ligt vaak iets hoger dan de korting voor collectiviteiten voor patiënten of minima.

Vraag 10

Bent u net als GroenLinks van mening dat de huidige collectiviteitskorting van 10%, welke verlaagd wordt naar 5%, het aantrekken van gezonde mensen door zorgverzekeraars beloont en stimuleert?

Antwoord 10

Zoals aangegeven bij vraag 9, trekken collectiviteiten niet alleen gezonde verzekerden aan. Bovendien bestaat er sinds 2018 een kenmerk in de risicoverevening waardoor verzekeraars voor gezonde verzekerden minder gecompenseerd worden. Dit maakt verzekerden die drie jaar op rij weinig zorgkosten hebben, financieel minder aantrekkelijk voor verzekeraars. Ik heb in generieke zin gekeken naar collectiviteitskorting en ik zie dat deze de oorspronkelijke doelstelling niet waar maakt. Er zijn veel collectiviteiten, ze zijn meestal een exacte kopie van de modelpolis en de korting wordt gefinancierd uit een opslag op de premie. De korting is daarmee geen resultaat van een besparing als gevolg van meer doelmatige zorg voor een specifieke groep verzekerden. Ik merk op dat verzekeraars op dit moment niet kunnen uitleggen waarom verzekerden de eigen korting volledig of grotendeels zelf betalen of de korting voor anderen betalen. U weet dat ik al geruime tijd met partijen in gesprek ben om hen te vragen naar een

⁶ Symposium risicoverevening 31 maart 2016, Kamerstuk 29 689, nr. 725

⁷ Kamerstuk 29 689, nr. 918, 28 juni 2018

onderbouwing of legitimering van de korting. Partijen in het veld geven aan dat het legitimeren van 10% korting sowieso lastig is en de meesten zien daarmee de voorgenomen maatregel om de korting te verlagen naar 5% als logische stap.

Omdat ik kritisch ben ten opzichte van de resultaten rondom collectiviteiten, tref ik voorbereidingen om de wettelijk toegestane maximale korting met ingang van 2020 te verlagen naar 5%. De maatregel ligt momenteel voor bij de Raad van State en ik zal uw Kamer na ommekomst van de Raad van State informeren. Mede omdat enkele verzekeraars, werkgevers en assurantie-tussenpersonen aangeven meerwaarde te zien in het product, maak ik de tussenstap om de korting te verlagen naar 5%. Begin 2020 zal ik monitoren wat de effecten zijn: zijn er minder collectiviteiten, vooral minder collectiviteiten die precies hetzelfde zijn als de modelpolis, en kunnen partijen legitimeren waarom er een opslag voor moet worden gerekend, of beter nog, kunnen zij laten zien dat zij korting kunnen legitimeren zonder opslag?

Het beleidsidee van de collectiviteit is dat een verzekeraar specifieke afspraken maakt voor een bepaalde groep en de behaalde doelmatigheid terug kan geven aan de werkgever of verzekerden in de vorm van een korting. In de praktijk werden er tot dusver geen specifieke afspraken gemaakt in de zorginkoop specifiek voor collectiviteiten. Wel is denkbaar dat er een besparing kan worden gegenereerd via de inhouding op bijvoorbeeld uitkering of salaris van groepen met een verhoogd risico op wanbetaling, maar dat is beperkt. Ik sluit ook niet uit dat er andere mogelijkheden zijn om de korting te legitimeren, daarvoor heb ik partijen bevestigd deze aan te leveren.

Vraag 11

Deelt u de mening dat de collectiviteitskorting moet worden afgeschaft aangezien de mogelijke voordelen die tot nu toe nauwelijks in praktijk zijn gebracht niet opwegen tegen de nadelen? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 11

Zoals aangegeven bij 10 zie ik momenteel onvoldoende legitimering voor de korting. Ik heb in mijn brief van juni 2018⁸ aangegeven dat ik de korting met ingang van 2020 verlaag tot 5% en vervolgens zal monitoren wat de effecten zijn. In de zoektocht om het effect van de collectiviteitskorting te verbeteren zijn al diverse initiatieven genomen: van werkconferentie over de best practices tot onderzoek naar zorginhoudelijke criteria door de NZa. Ik streef naar een kleiner, overzichtelijker polisaanbod, waarbij de polissen die aangeboden worden geen kopieën van elkaar zijn die onder een andere naam worden verkocht maar wezenlijk van elkaar verschillen. Collectiviteiten verergeren het grote aanbod van kopieën. Begin 2020 laat ik monitoren of de maatregel van het verlagen van de collectiviteitskorting effecten sorteert: is het aanbod overzichtelijker geworden en is het inzichtelijker wat de verschillen zijn en wat de korting legitimeert?

Vraag 12

Bent u daarnaast van mening dat een goedwerkend risicovereveningssysteem extra belangrijk is bij het wegvallen van de collectiviteitskortingen, zoals blijkt uit het Equalis-onderzoek? Kunt dit toelichten?

Antwoord 12

Een goedwerkend risicovereveningssysteem is in iedere situatie cruciaal voor het functioneren van ons zorgstelsel. Daarom blijf ik het model voortdurend onderhouden door het aan te passen voor nieuwe medische ontwikkelingen of nieuwe kansrijke databronnen en monitor ik de werking elk jaar.

Vraag 13

Bent u bereid om alle instrumenten die zorgverzekeraars kunnen gebruiken om tot risicoselectie te komen te evalueren? Kunt dit toelichten?

⁸ Kamerstuk 29 689, nr. 917, 27 juni 2018

Antwoord 13

De potentiële instrumenten voor risicoselectie (zoals collectiviteiten, het vrijwillig eigen risico en polissen met beperkende voorwaarden) hebben reeds mijn aandacht. Daarnaast bewaakt de NZa dat de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie worden nageleefd. Ook besteedt de NZa aandacht aan het onderwerp «Risicosolidariteit en risicoselectie» in haar jaarlijkse monitor van de zorgverzekeringsmarkt. De volgende monitor verschijnt naar verwachting dit najaar.

Vraag 14

Bent u bereid om de ex-post verevening te herintroduceren en daarmee de tekortkomingen van het huidige verveningssysteem weg te nemen? Kunt dit toelichten?

Antwoord 14

Omdat ex-post verevening doelmatigheidsprikkels en daarmee het betaalbaar houden van de zorg in de weg staat, heeft herintroductie van ex-post verevening niet mijn voorkeur. Ook verzekeraars hebben een voorkeur voor een ex-ante voorspelling, mits dit leidt tot adequate compensatie. Voor een aantal specifieke afgebakende thema's sluit ik op voorhand niet uit dat (al dan niet tijdelijk) een gerichte vorm van ex post compensatie kan worden ingezet, zoals bij zeer dure ggz-patiënten en extreem dure nieuwe medicijnen.⁹ Ik heb dat in mijn brief van 18 juni 2018 toegelicht.

Vraag 15

Kunt u bovenstaande vragen beantwoorden voor het algemeen overleg Zorgverzekeringswet op 10 april 2019?

Antwoord 15

Ja

⁹ Kamerstuk 29 689, nr. 918