

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

1791

Vragen van het lid **Bruins Slot** (CDA) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over «*Mening: onjuist geïnformeerd over risicoselectie in de zorg*» (ingezonden 31 maart 2014).

Antwoord van Minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 24 april 2014)

Vraag 1

Kent u het artikel «*Mening: onjuist geïnformeerd over risicoselectie in de zorg*»?¹

Antwoord 1

Ja, dat artikel ken ik.

Vraag 2

Wat vindt u van het antwoord op de in het artikel aangehaalde tentamen-vraag «Bent u het eens of oneens met de uitspraak van Minister Schippers dat, als sprake is van een gelijk speelveld voor verzekeraars, er ook geen prikkels tot risicoselectie zijn»?

Antwoord 2

Deze directe koppeling geldt niet. Met de risicoverevening wordt primair gestreefd naar een gelijk speelveld voor zorgverzekeraars waarop ze onderling kunnen concurreren om de gunst van de verzekerden. Dit gelijke speelveld beoordeel ik onder andere door statistische maten op verzekeraars-niveau. Een gelijk speelveld betekent dat alle actieve verzekeraars in een gelijke uitgangsspositie zijn geplaatst. Dit wil zeggen dat er binnen de portefeuilles van verzekeraars groepen verzekerden kunnen zijn die onvoldoende gecompenseerd worden en die een (voorspelbaar) verlies vormen voor verzekeraars. Voor deze groepen verzekerden bestaat dus ook in een situatie van een gelijk speelveld voor verzekeraars, een prikkel tot risicoselectie.

In mijn standpunt met betrekking tot de «commissie evaluatie risicoverevening Zvw» (Tweede Kamer, 29.689 nr.405) heb ik aangegeven dat er een spanningsveld is tussen het doel van het gelijke speelveld, de prikkels voor doelmatigheid en het voorkomen van risicoselectie. Ik heb toen ook aangege-

¹ ESB, 21 maart 2014

ven dat ik er voor wil zorgen dat de prikkel voor risicoselectie zoveel mogelijk wordt gemitigeerd, maar wel binnen de voorwaarden «behouden van gelijk speelveld» en «bevorderen van doelmatigheid».

Daarom beoordeel ik het vereveningsmodel niet alleen op verzekeraarsniveau maar ook op het niveau van groepen verzekerden en het niveau van individuele verzekerden. Om de prikkel tot risicoselectie te mitigeren wordt het vereveningsmodel jaar op jaar verbeterd door verzekerden met een hoog risico op kosten expliciet te compenseren door criteria op basis van diagnose-informatie, geneesmiddelengebruik of hulpmiddelengebruik. Overigens heb ik ook het criterium student opgenomen in de risicoverevening om ook expliciet rekening te houden met verzekerden met een laag risico op kosten. Ik maak bij de mogelijke modelverbeteringen gebruik van signalen en suggesties van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), verzekeraars, patiëntenverenigingen, onderzoeksbureau en universiteiten.

Vraag 3

Deelt u de mening van de hoogleraar dat de Kamer onjuist geïnformeerd is over risicoselectie in de zorg? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 3

Ik deel deze mening niet. Ik vermoed dat de mening van de hoogleraar voortkomt uit inhoudelijke bedenkingen bij mijn beleid om de ex post compensaties af te bouwen, waardoor de risicodragendheid van de zorgverzekeraars toeneemt. Hij is bezorgd dat zorgverzekeraars hierdoor chronisch zieken gaan weigeren of onvoldoende zorg leveren (risicoselectie). Dit is een situatie die ik ook onaanvaardbaar vind, omdat daarmee de solidariteit van ons zorgverzekeringsstelsel onder druk komt te staan. Hij gaat er echter aan voorbij dat de prikkels geïsoleerd beschouwd toenemen, maar dat grote groepen chronische aandoeningen via de risicoverevening ex ante steeds beter gecompenseerd worden. Daar komt bij dat risicoselectie niet mag. In de praktijk zijn er geen signalen over directie risicoselectie op groepen chronisch zieken.

Vraag 4

Vindt u ook dat de verklaringskracht op verzekeraarsniveau een onjuiste maat is om de kwaliteit van de risicoverevening te beoordelen? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 4

Nee. Het is een belangrijke maatstaf omdat die gerelateerd kan worden aan de huidige markt en een relatie legt met de premie in die markt met de verschillende verzekeraars. Het is echter niet de enige maatstaf waarnaar gekeken wordt. In de onderzoeksrapporten (onder andere van iBMG) wordt dan ook op meerdere manieren naar de kwaliteit van de risicoverevening gekeken. Zo is in het door iBMG opgestelde rapport «Onderzoek risicoverevening 2014: Overall Toets» aangegeven dat op basis van 11 beoordelingsmaatstaven over de kwaliteit van risicovereveningsmodel wordt gerapporteerd.

Vraag 5

Wat vindt u van de stelling van de auteur dat, gelet op de overheveling van miljarden euro's aan AWBZ-zorg naar de Zorgverzekeringswet, dit scheef verdeeld is in de risicoverevening? Vindt u dat een geloofwaardig perspectief op effectieve risicoverevening op zo'n korte termijn mogelijk is? Zo ja, waarom?

Antwoord 5

Er is een geloofwaardig perspectief op effectieve risicoverevening voor de overgehevelde zorg vanuit de AWBZ. Hiervoor zijn al verschillende onderzoeken uitgevoerd en zullen de komende jaren nog vele onderzoeken volgen. Ik richt mij daarbij juist op de scheve verdeling van de kosten over verzekerden. De kosten in de Zorgverzekeringswet slaan door de overhevelingen vanuit de AWBZ, waaronder ook de geriatrische revalidatiezorg, steeds meer neer bij ouderen. Er ontstaat enerzijds een scheve verdeling tussen jong en oud en anderzijds tussen gezonde en ongezonde ouderen. Het risicovereveningsstelsel moet daarom verder worden uitgebreid om de overgehevelde zorg adequaat te kunnen accommoderen. Ik heb daar alle vertrouwen in. Hierbij is

iBMG trouwens een van de onderzoeksbureaus die op dit terrein onderzoeken uitvoert. Vorig jaar heeft in de ESB een artikel van Pieter Bakx, Eddy van Doorslaer en Erik Schut (collega's van de heer van de Ven) gestaan met als strekking dat zorgverzekeraars een effectieve rol kunnen spelen bij de inkoop van ouderenzorg. Een adequate risicoverevening blijkt in dit artikel in tegenstelling tot eerdere aannames mogelijk.

Vraag 6

Hoe gaat u corrigeren dat verzekeraars gemiddeld een voorspelbaar verlies van 380 euro op de basisverzekering lijden voor verzekerden die het voorafgaand jaar een AWBZ-indicatie hadden?

Antwoord 6

Het meest voor de hand liggend zou zijn om een criterium gebaseerd op AWBZ-indicatie/gebruik op te nemen in het ex ante vereveningsmodel. Zoals ik aan uw Kamer heb aangegeven (Tweede Kamer 29 689, nr. 450) komt het opnemen van een dergelijk criterium door de hervorming van de langdurige zorg in 2015 in een ander daglicht te staan. De consequentie van de hervorming van de langdurige zorg is dat de huidige AWBZ-indicatiegegevens niet langer in een vorm gegeneerd en verzameld worden dat zij geschikt om als criterium in het ex ante model op te nemen. In de nieuwe WMO geldt bijvoorbeeld geen indicatiestelling zoals nu in de AWBZ. Ik verwacht daarom dat de gegevens van verzekerden die gebruikmaken van AWBZ zorg die wordt overgeheveld naar gemeenten niet bruikbaar zijn voor het ex ante vereveningsmodel voor de Zorgverzekeringswet. Ook heb ik nu onvoldoende zicht op de representativiteit en de mogelijke Zvw-vervolgkosten van verzekerden die in de toekomst gebruik maken van de Wet langdurige zorg. Ik acht het daarom op dit moment niet zinvol om nader onderzoek naar een vereveningscriterium gebaseerd op AWBZ-indicaties te laten uitvoeren. Als alternatief zie ik wel mogelijkheden in een onderzoek naar het opnemen van een criterium gebaseerd op morbiditeit (bijvoorbeeld historisch geneesmiddelengebruik) waarbij rekening gehouden wordt met leeftijd. Hierdoor zal de vereveningsbijdrage voor specifieke groepen, bijvoorbeeld ouderen met hartaandoeningen, beter aan gaan sluiten bij de gerealiseerde kosten en voorspelbare negatieve resultaten voor zorgverzekeraars afnemen. Ook heb ik in het 30-leden debat over de risicoselectie d.d. 17 april 2014 aangegeven dat ik onderzoek heb ingesteld naar een hogere compensatie van ouderen met één of meer chronische ziekten. Tevens heb ik aangegeven uw Kamer te informeren over de omvang van de ondercompensatie voor verzekerden die in het voorafgaande jaar gebruik maakten van verpleging en verzorging. Verder geldt dat – zoals aangegeven in Transitieplan Zvw – ten aanzien van de risicodragendheid van de naar de Zvw over te hevelen zorg dat de kwaliteit van het ex ante systeem leidend zal zijn en dat voor verpleging en verzorging wordt gestreefd naar volledige risicodragendheid per 2017. De precieze invulling van de ex post compensaties in 2015 en 2016 zal zoals gebruikelijk in september 2014 respectievelijk 2015 worden bepaald.

Vraag 7

Wilt u in de brief over de voorgenomen vormgeving van de ex ante risicovereveningsmodellen voor 2015 ook ingaan op de omvang van de prikkels tot risicoselectie? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 7

De Tweede Kamer wordt jaarlijks voor de zomer geïnformeerd over de voorgenomen vormgeving van de ex ante vereveningsmodellen. Beoogde wijzigingen worden dan uitvoerig toegelicht. Daarbij wordt ingegaan op de kwaliteit van vereveningsmodel en wordt aangegeven dat tijdens de zomer deze modellen in samenhang en op basis van de meest recente gegevens worden onderzocht. In september wordt de Kamer geïnformeerd over deze onderzoeken, de kwaliteit van de beoogde modellen en de inzet van ex post compensaties. Ik zal in deze brieven in ieder geval kwalitatief ingaan op de prikkels tot risicoselectie.