

Vergaderjaar 2009–2010

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 287

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 18 december 2009

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ bestond er bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 19 augustus 2009 inzake de monitor Zorgverzekeringsmarkt 2009 (Kamerstuk 29 689, nr. 271).

De op 25 september 2009 toegezonden vragen en opmerkingen zijn met de door de minister bij brief van 16 december 2009 toegezonden antwoorden, voorzien van een inleiding, hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Smeets

Adjunct-griffier van de commissie,
Sjerp

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Willemse-van der Ploeg (CDA), De Vries (CDA), Kant (SP), Ferrier (CDA), Ondervoorzitter, Joldersma (CDA), Smilde (CDA), Miltenburg van (VVD), Smeets (PvdA), Voorzitter, Timmer (PvdA), Schippers (VVD), Koşer Kaya (D66), Schermers (CDA), Wolbert (PvdA), Bouwmeester (PvdA), Van Gerven (SP), Zijlstra (VVD), Ouwehand (PvdD), Leijten (SP), Agema (PVV), Van der Veen (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink (CU), Sap (GL), De Roos-Consemulder (SP) en Harbers (VVD).

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

Inhoudsopgave	blz.
I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	2
II. Reactie van de minister	4

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de monitor Zorgverzekeringsmarkt van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Zij constateren dat grosso modo de positie van de verzekerde/zorgvrager binnen het raamwerk van de Zorgverzekeringswet (Zvw) positief kan worden genoemd. Wel hebben genoemde leden de volgende vragen en opmerkingen. Vanaf 1 januari 2009 mogen verzekeraars hun verzekerden het eigen risico «kwijschelden» in ruil voor een preferente zorgaanbieder. Kan de minister de redenen uiteenzetten waarom verzekeraars daar wel of misschien juist geen gebruik van maken?

De zorginkoop en de informatie daarover naar de verzekerden kan beter. Welke concrete stappen worden gezet om betere en duidelijkere informatie over de ingekochte zorg te krijgen? Kan de verzekerde daarbij ook zien in hoeverre de kwaliteitseis een rol heeft gespeeld bij de zorginkoop? Door welke motieven laat de zorgverzekeraar zich leiden bij de zorginkoop. Is het mogelijk dat inzichtelijk te maken? Worden patiëntenorganisaties ook betrokken bij de zorginkoop? Welke verzekeraars betrekken patiëntenorganisaties hierbij en op welke wijze worden zij bij de zorginkoop betrokken?

Een goed werkend risicovereveningssysteem is van groot belang voor de werking van de zorgverzekeringsmarkt. Een internationale commissie zou dit systeem van risicoverevening evalueren, daar verwijst onder andere ook de motie van de leden Omtzigt en Van der Veen¹ naar. Wat is de stand van zaken met betrekking tot deze evaluatie?

De toegankelijkheid van de zorg is een belangrijk aandachtspunt. De leden van de CDA-fractie hechten grote waarde aan de acceptatieplicht, één van de pijlers van de solidariteit van de Zvw. Elk signaal dat deze pijler bedreigd wordt, moeten we serieus nemen. Voor genoemde leden is het risico van koppelverkoop van de basisverzekering en de aanvullende verzekering zo'n signaal. Ingevolge de motie van de leden Smilde en Van der Veen² heeft de minister toegezegd te analyseren in hoeverre zorgverzekeraars de facto de keuzevrijheid bedreigen en te bewerkstelligen dat de keuzevrijheid wordt gegarandeerd. Deze leden willen weten welke resultaten dit onderzoek heeft opgeleverd en welke stappen de minister zal nemen. Rapporten van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) en de Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland (CG-raad) zowel van vorig jaar als van dit jaar wijzen ook op het risico van aantasting van de keuzevrijheid van het basispakket via de aanvullende verzekering.

In de monitor constateert de NZa dat de aanvullende verzekering een steeds grotere invloed heeft op het functioneren van de zorgverzekeringsmarkt. Kan de minister dat toelichten? Waaruit blijkt die grotere invloed en welke onwenselijke gevolgen heeft dit? Vormt dit een bedreiging voor de onbelemmerde werking van de Zvw, in het bijzonder de keuzevrijheid van de verzekerde?

Vragen en opmerkingen van de PvdA-fractie

De leden van de PvdA-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de monitor Zorgverzekeringsmarkt 2009. Met name zijn zij verheugd over de resultaten ten aanzien van de betaalbaarheid en kwaliteit: een gematigde groei van premies, behoud van kwaliteit van zorg en verbeter-

¹ Kamerstuk 29 689, nr. 171.

² Kamerstuk 29 689, nr. 237.

ring van de dienstverlening. Genoemde leden maken zich wel zorgen over de ontwikkeling van de aanvullende verzekering. De informatievoorziening en overstapservice blijken onvoldoende geregeld en de prijzen stijgen sterk terwijl er keuzemogelijkheid en toegang voor de patiënt zou moeten zijn. Het aantal aanvullend verzekerden neemt af. Wat zijn volgens de minister de oorzaken van deze ontwikkeling en vindt de minister dit een probleem? Wat is de mening van de minister over risicoselectie voor de aanvullende verzekering op basis van medische conditie? Hoe kan het dat de NZa aangeeft dat er door het ontwikkelende doelgroepenbeleid van zorgverzekeraars risicoselectie, namelijk zelfselectie, op gaat treden, terwijl onderzoekers Roos en Schut aangeven dat er sprake is van afname van risicoselectie? Wat is de mening van de minister over zelfselectie? De leden van de PvdA-fractie zijn positief dat de NZa de overstapservice voor aanvullende verzekeringen heeft onderzocht en waar nodig heeft ingegrepen, en verder onderzoek zal uitvoeren ten aanzien van de risicoselectie en de basisverzekering. Op welke wijze wordt dit onderzoek vormgegeven?

De marktconcentratie is stabiel gebleven, terwijl de NZa aangeeft dat er te weinig prikkels zijn voor een doelmatige inkoop. Hoe wil de minister dit veranderen? Verzekeraars pakken te langzaam hun rol op het gebied van kwaliteitsinkoop op en komen er kwaliteitsafspraken met aanbieders en preferentieverzekeringen. Voor deze leden staat de kwaliteit van zorg centraal. Hoe zorgt dat minister dat er meer prikkels voor inkoop van kwaliteit worden ingevoerd? De NZa vermeldt dat de vooruitgang van zorginkoop noodzakelijk is, maar dat daarvoor transparantie van zorgkwaliteit nodig is. Kan de minister uiteenzetten waardoor de website Kiesbeter.nl, welke de zorg juist transparant en toegankelijk zou moeten maken, dit jaar minder is bezocht dan voorgaande jaren?

Genoemde leden zijn content met de opstart van een monitor zorginkoop vanuit verzekeraarsperspectief, met het in kaart brengen van belemmeringen en mogelijkheden. Zij willen hierbij specifiek aandacht voor het kunnen inkopen op basis van kwaliteitsverschillen. De leden van de PvdA-fractie juichen toe dat richtsnoeren voor informatieverstrekking door zorgverzekeraars en zorgaanbieders worden ontwikkeld en gevraagd wordt naar de patiëntmening over de transparantie van prestatieomschrijvingen. De NZa geeft aan dat de informatievoorziening van zorgverzekeraars over het algemeen voldoende is. Hoe functioneert het richtsnoer verzekeraars momenteel en moet deze verder worden ontwikkeld? Hoe wordt het toekomstige richtsnoer informatieverstrekking voor aanbieders vormgegeven?

De ervaring in het B-segment waar partijen meer eigen verantwoordelijkheid hebben ten aanzien van budgetschoning leert dat er onder andere door de onduidelijkheid rond kapitaallasten grote vertragingen ontstaan. Kan de minister een overzicht geven van de vertragingen en de oorzaken? Hoe komt het dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders geen prikkels ondervinden om onderhandelingen tijdig af te ronden? Hoe kunnen deze prikkels wel worden vormgegeven?

Deze leden begrijpen dat de NZa voorstander is van afbouw van de ex-postverevening, waarbij zij gelijk aangeeft dat de werking van diezelfde prikkels op de verschillende zorgmarkten nog onduidelijk is. Kan de minister uiteenzetten wat de werking van de afbouw van de ex-postverevening zou zijn, de mogelijke positieve en negatieve gevolgen?

Vragen en opmerkingen van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de monitor Zorgverzekeringsmarkt van de NZa. Deze leden zijn geen voorstander van concurrentie in de zorgverzekeringsmarkt. Tevens maken zij zich zorgen over de dubbelrol van de NZa. Enerzijds is de NZa marktmaker

in de zorg, anderzijds is de NZa toezichthouder. Wat de leden van de SP-fractie betreft wringt deze dubbelrol. Is de NZa niet te veel bezig met het bevorderen van marktwerking zonder oog te hebben voor de eventuele negatieve kanten daarvan? Wat is de reactie van de minister hierop? De leden van de SP-fractie maken zich nog steeds zorgen over het ontstaan van doelgroepenpolissen als de Zekur-polis. Wanneer zijn de nadere onderzoeken afgerond?

De NZa zegt in de monitor Zorgverzekeringsmarkt dat er voor de zorgverzekeraars zonder winst geen ruimte voor investeringen in productontwikkeling en innovaties is (blz.8). Aan welke vorm van de innovaties denkt de minister hierbij? Op welke wijze wordt er op toegezien dat premiegeld niet te veel blijft hangen?

Hoe groot was het budget van de zorgverzekeraars voor reclameuitingen? Welke maatregelen gaat u nemen tegen de hoge bezoldiging van bestuurders, aangezien deze (deels) gefinancierd worden uit publieke middelen (premiegeld)?

De NZa wil de partijen meer vrijheid geven omtrent de schoningsprijzen (blz.16). Kan de minister ingaan op de neveneffecten van deze vrijheid en het financiële voordeel dat ontstaat indien een verzekeraar en een ziekenhuis afspraken maken over het verschuiven van ziekenhuisbudgetten van het B-segment naar het A-segment? Immers op deze wijze verkrijgen beiden via de functiegerichte budgettering (betere dekking A-segment; concurrerende B-tarieven) respectievelijk nacalculatie (meer risico voor verzekeraars op B-segment dan A-segment) een oneigenlijk voordeel. De leden van de SP-fractie hebben hierover de specifiek de volgende vragen. Op welke schaal wordt deze constructie gebruikt? Wat is hierin de rol van de NZa als toezichthouder? Wat is hierin de verantwoordelijkheid van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport? Is de minister bereid meer onderzoek te doen naar het eventueel overhevelen van het B-segment naar het A-segment?

Hoe staat het momenteel met de solvabiliteit van zorgverzekeraars? Houdt De Nederlandsche Bank (DNB) ook toezicht op de aanvullende verzekeringen? Zo nee, op welke wijze wordt er op toegezien dat eventuele beleggingsverliezen op de aanvullende verzekeringen niet afgewenteld worden op de basisverzekering?

De NZa wil de ex-post risicoverevening afbouwen. In hoeverre is de risicoverevening daar al goed genoeg voor? Is de minister bereid hiermee te wachten, in ieder geval totdat de gevolgen van de doelgroepenpolissen zoals de Zekurpolis voor de risicoverevening duidelijk zijn?

De NZa geeft aan dat de afbouw van de ex-post risicoverevening goed is voor de marktwerking. Hoe worden eventuele risico's ondervangen?

II. Reactie van de minister

Inleiding

Met grote belangstelling heb ik kennis genomen van het verslag van het schriftelijk overleg over mijn brief van 19 augustus 2009 inzake de monitor Zorgverzekeringsmarkt 2009 (29 689, nr. 271). De CDA-, PvdA- en SP-fractie hebben verschillende vragen en opmerkingen bij de monitor. Graag wil ik in deze brief een reactie geven op het verslag. Hierbij houd ik een indeling naar thema aan.

1. Eigen risico en preferente aanbieders

De CDA-fractie heeft gevraagd waarom verzekeraars wel of niet gebruik maken van de mogelijkheid het eigen risico niet in rekening te brengen als de verzekerde gebruik maakt van de preferente zorgaanbieder.

De NZa heeft het afgelopen jaar reeds onderzoek gedaan naar de vraag of verzekeraars van het gedifferentieerde eigen risico gebruik maken (monitor Eigen Risico¹). Hieruit is gebleken dat voor 2009 vijftien zorgverzekeraars ziekenhuiszorg hebben aangewezen die niet ten laste van het verplichte eigen risico komt. In totaal heeft dit betrekking op 58% van alle verzekerden. De overige zorgverzekeraars differentiëren het verplicht eigen risico in 2009 niet. Zij hebben dit wel overwogen maar hiervan afgezien wegens verschillende redenen. Een eerste reden die genoemd wordt is dat de tijd tussen het bekend worden van de ministeriële regeling en de invoering hiervan relatief kort was, waardoor verzekeraars het niet meer in het inkoopbeleid 2009 mee konden nemen. Daarnaast geven verzekeraars aan vaak nog weinig inzicht te hebben in het inkoopvoordeel om een goede afweging te maken tussen het verlies op de verzekerde (ter grootte van het verplicht eigen risico ad €155) en de inkoopprijs van zorg. Ook geven verzekeraars aan twijfels te hebben over de manier waarop verzekerden de regeling ervaren. Verzekerden denken mogelijk dat het verplichte eigen risico voor de rest van het jaar vervalt indien zij van preferente zorg gebruik maken. Als de verzekerde echter andere zorg gebruikt die wel onder het eigen risico valt, dan is daar het verplichte eigen risico wel op van toepassing. Dit zouden verzekerden als negatief kunnen ervaren. Inmiddels heeft één verzekeraar, die wel een gedifferentieerd eigen risico toepaste, laten weten het instrument in 2010 voorlopig niet meer toe te passen. De verzekeraar geeft hiervoor twee redenen aan. De eerste reden is dat negatieve reacties van klanten over dit instrument werden ontvangen. Daarnaast blijken de kwaliteitsgegevens nog niet betrouwbaar genoeg, zodat het lastig is excellente behandelingen aan te wijzen.

Zoals ik in mijn brief van 23 mei 2008² heb aangegeven zal de wijze waarop de zorgverzekeraars in 2009 en 2010 invulling geven aan deze sturingsmogelijkheid geëvalueerd worden. Dit betekent dat ik u naar verwachting begin 2011 over de resultaten kan informeren.

2. Zorginkoop

De PvdA-fractie vraagt hoe ik er voor ga zorgen dat er meer prikkels voor een doelmatige inkoop en prikkels voor inkoop van kwaliteit worden ingevoerd.

Voor het verder professionaliseren van de zorginkoop zijn in de eerste plaats de zorgverzekeraars zelf verantwoordelijk. Dit laat onverlet dat ons stelsel voldoende randvoorwaarden en prikkels moet bevatten. Hierbij moet worden gedacht aan vrije prijsvorming, het afbouwen van de ex-post compensatie in de risicoverevening en het beschikbaar zijn van voldoende kwaliteitsinformatie. Deze drie zaken zijn van meet af aan prominente punten van mijn beleidsagenda geweest, maar voor alle drie de onderwerpen geldt dat ze niet van de ene op de andere dag te realiseren zijn.

Heeft het accent tot nu toe vooral gelegen op het bevorderen van de inkoop van ziekenhuiszorg, sinds een jaar zijn onze inspanningen ook gericht op het bevorderen van de inkoop van integrale zorg voor chronisch zieken door het invoeren van keten-dbc's. Daarmee zal ook de eerstelijnszorg nadrukkelijker onderwerp van zorginkoop worden. Recent heb ik daarover met uw Kamer nog van gedachte gewisseld in het Algemeen Overleg van 30 september jl.

De PvdA-fractie heeft gevraagd of in de monitor Zorginkoop van de NZa specifiek aandacht kan worden besteed aan het inkopen op basis van kwaliteitsverschillen. In deze monitor zal aandacht worden besteed aan

¹ NZa, Monitor Eigen risico, 2009.

² (Kamerstukken II 2007/08, 29 689, nr. 194).

verschillende prikkels voor een goede zorginkoop, waaronder ook de transparantie van de kwaliteit van het zorgaanbod.

In antwoord op de vraag van de CDA-fractie welke concrete stappen worden gezet om betere en duidelijke informatie over ingekochte zorg te krijgen, wil ik aangeven dat zorgverzekeraars zelf verantwoordelijk zijn voor de zorginkoop en de transparantie daarover. Zorgverzekeraars zoeken naar kwaliteitsindicatoren om hun verzekerden met objectieve indicatoren te kunnen overtuigen van een betere kwaliteit, zoals ook de NZa constateert in de monitor zorgverzekeringwet 2009. Ik ondersteun de ontwikkeling van het zorginkoopproces via projecten als «Kies beter» en «Zichtbare zorg». In deze projecten wordt gewerkt aan het ontsluiten van kwaliteitsinformatie voor de zorg.

De NZa houdt toezicht op het verstrekken van transparante informatie aan consumenten. Daartoe brengt de NZa jaarlijks het richtsnoer informatieverstrekking uit. Door richtlijnen op te stellen is het duidelijk waaraan informatieverstrekking moet voldoen. Indien nodig kan de NZa handhavend optreden. Zie voor meer informatie ook de toelichting onder punt 4 in deze brief.

Overigens hebben de Consumentenbond, de ANBO (bond voor 50-plussers) en de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) in 2007 en 2008 onderzoek gedaan naar het zorginkoopbeleid, de transparantie daarvan en de betrokkenheid van patiënten en consumenten daarbij. Uit dit onderzoek «zorginkoop onder de loep»¹ blijkt in 2008 een aantal zorgverzekeraars al vrij goed te scoren op zorginkoop en dat bij anderen dit beleid nog wat meer in ontwikkeling is. In het onderzoek is een norm ontwikkeld voor transparantie en voor de inrichting van het inkoopproces door verzekeraars. Een score van 100 procent geldt daarbij als norm. De totaalscores van verzekeraars variëren van 79% tot 26%, maar het merendeel van de verzekeraars zat in 2008 boven de 50%.

Naar aanleiding van de vraag van de CDA-fractie door welke motieven verzekeraars zich laten leiden bij zorginkoop, kan ik aangeven dat zorgverzekeraars die verschillende motieven voor het inkoopbeleid hebben. Verzekeraars kijken naar de prijs en de kwaliteit van de geleverde zorg, het patiëntenoordeel en de doelmatigheid van de aanbieder. Daarnaast spelen ook de afstand voor de verzekerde en de wachttijden een belangrijke rol. Ook zijn er verzekeraars die meer de nadruk leggen op keuzevrijheid met een daarop afgestemd zorginkoopbeleid.

De CDA-fractie heeft gevraagd of patiëntenorganisaties worden betrokken bij de zorginkoop en op welke wijze. Uit het onderzoek «zorginkoop onder de loep» van 2008 bleek dat alle verzekeraars op de een of andere manier in gesprek met patiënten- en consumentenorganisaties zijn, maar de fase van het proces waarin ze verkeren verschilt duidelijk. Soms wordt de NPCF betrokken, maar bij andere zorginkoopprocessen worden alleen regionale patiëntenorganisaties geraadpleegd of wordt gebruik gemaakt van patiëntenervaringen. Een aantal verzekeraars raadpleegt de verzekerdenraad in meer of mindere mate. Het onderzoek uit 2008 geeft aan dat ook de mate waarin deze organisaties worden betrokken, verschilt. De organisaties worden soms bij het hele proces betrokken, maar soms ook alleen bij de opzet of de evaluatie van een zorginkoopproces.

Naar aanleiding van de vraag van de PvdA-fractie waarom de website Kiesbeter.nl dit jaar minder is bezocht dan voorgaande jaren, kan ik aangeven dat de website kiesbeter.nl juist elk jaar beter wordt bezocht. In vergelijking met 2008 heeft de website in 2009 tot op heden te maken met maandelijks ca. 100 000 extra bezoekers (400 000 bezoekers in oktober

¹ Consumentenbond, NPCF en ANBO, Zorginkoop onder de Loep, november 2008.

2009). Het onderdeel zorgverzekeringen wordt echter inderdaad minder bezocht. Voor de overstapperperiode 2008–2009 is het bezoekersaantal uiteindelijk nog opgelopen naar 154 000 (in plaats van de in het rapport genoemde 140 000). Voor de overstapperperiode 2007–2008 was dat 169 000, voor 2006–2007 was dat 178 000. Volgens het Nivel was Kiesbeter.nl in beide voorgaande seizoenen wel de meest geraadpleegde vergelijkings-site voor zorgverzekeringen. Daarom is het lastig conclusies te trekken over de oorzaak van het afnemende bezoek. Een verklaring kan zijn dat mensen meer op de websites van verzekeraars zelf kijken, aangezien ook daar steeds meer informatie over de kwaliteit beschikbaar is.

3. Aanvullende verzekering

De CDA-fractie vraagt wat de resultaten zijn van de analyse van de vraag in hoeverre zorgverzekeraars voor verzekerden de keuzevrijheid bedreigen via de koppeling van de basis en aanvullende verzekering. Deze analyse wordt momenteel door de NZa uitgevoerd. Ik verwacht de uitkomsten van deze analyse in december 2009 en zal u direct na ontvangst hierover informeren.

Ook verwijst de CDA-fractie naar de constatering van de NZa dat de aanvullende verzekering een steeds grotere invloed heeft op het functioneren van de zorgverzekeringsmarkt. De fractie vraagt waaruit deze grotere invloed blijkt en welke onwenselijke gevolgen dit heeft. De NZa geeft in haar rapport diverse beïnvloedingsmogelijkheden vanuit de aanvullende verzekeringen op de basisverzekering aan. Zo kunnen in de voorwaarden voor de aanvullende verzekering bepalingen zijn opgenomen (bijv. contractduur, opzegtermijn) die de mobiliteit voor de basisverzekering belemmeren. Ook wijst de NZa op de mogelijkheden van kruissubsidiëring vanuit de aanvullende verzekering naar de basisverzekering. De premie van de basisverzekering wordt dan laag gehouden en meegefinancierd door de winsten op de aanvullende verzekering waarvoor hogere premies gelden. Tot op heden heeft de NZa echter geen aanleiding gezien onderzoek naar kruissubsidie te doen. De NZa heeft aangegeven in 2010 de invloed van de aanvullende verzekering op de basisverzekering nader te monitoren.

De PvdA vraagt wat de oorzaken zijn van het afnemen van het aantal verzekerden met een aanvullende verzekering en of ik deze afname problematisch vind. Het aantal verzekerden met een aanvullende verzekering is in 2009 iets gedaald (van 92% naar 91%). Naar de oorzaken heeft de NZa geen specifiek onderzoek gedaan. De NZa geeft wel aan dat zij signalen van zorgverzekeraars ontvangen die aanleiding geven om te veronderstellen dat consumenten kritischer worden. Vooral individueel verzekerden (overstappers en instromers) kiezen minder snel voor een aanvullende verzekering. Uit onderzoek onder 131 verzekerden in opdracht van de NPCF¹ blijkt dat de grote meerderheid (ruim 60%) van de verzekerden die niet voor een aanvullende verzekering kiest, een aanvullende verzekering niet nodig vindt. Andere redenen zijn dat de premie te hoog is (bijna 30%) of dat de dekking onvoldoende wordt geacht (bijna 20%).

Ik vind het positief dat verzekerden de noodzaak van het afsluiten van een aanvullende verzekering kritisch bekijken. Verzekerden dienen goed af te wegen of de kosten van een aanvullende verzekering opwegen tegen de zorgkosten die zij maken.

Verder vraagt de PvdA-fractie wat mijn mening is over risicoselectie voor de aanvullende verzekering op basis van medische conditie.

¹ A.F. Roos en F.T. Schut, Evaluatie aanvullende en collectieve ziektekostenverzekeringen, onderzoek in opdracht van de NPCF, juni 2009. De percentages tellen niet op tot 100% omdat men maximaal drie redenen mocht aangeven.

Ook vraagt de PvdA-fractie hoe het kan dat de NZa aangeeft dat er door het ontwikkelende doelgroepenbeleid van zorgverzekeraars risicoselectie, namelijk zelfselectie, gaat optreden, terwijl onderzoekers Roos en Schut aangeven dat er sprake is van afname van risicoselectie. Daarbij vraagt de PvdA-fractie mijn mening over zelfselectie.

Of verzekeraars medische selectie toepassen in de aanvullende verzekering is aan verzekeraars zelf. Het acceptatiebeleid van een aanvullende verzekering behoort namelijk tot de eigen bevoegdheden van de verzekeraar. Vanwege de Europese richtlijnen schadeverzekering is het niet mogelijk om medische selectie voor de aanvullende verzekering te verbieden.

Het blijkt dat zorgverzekeraars op dit moment in beperkte mate selecteren op basis van medische conditie. Medische selectie geldt in 2009 voor enkele aanvullende verzekeringen. Het zijn vooral de duurste pakketten waarvoor potentiële verzekerden gezondheidsverklaringen moeten invullen. Ook wordt door een aantal verzekeraars een gezondheidsverklaring geëist wanneer de aanvullende verzekering niet in combinatie met een basisverzekering wordt gesloten. In dit geval geldt soms ook een wachttijd voordat men tot vergoeding in aanmerking komt. Uit onderzoek van Roos en Schut¹ blijkt dat het gebruik van gezondheidsverklaringen in 2009 ten opzichte van 2008 is gedaald. Tevens zijn er bij minder respondenten beperkende voorwaarden gesteld, zoals uitsluiting en/of wachttijd voor vergoeding van bepaalde behandelingen. Ook vragen minder verzekeraars naar het verzekeringsverleden of het zorggebruik van de kandidaat-verzekerden. In die zin is risicoselectie in 2009 dan ook afgenomen ten opzichte van 2008.

Verzekeraars kunnen zich van elkaar onderscheiden door met specifieke aanvullende verzekeringen, collectiviteiten en actief marketingbeleid bepaalde groepen verzekerden aan zich te binden. Het staat verzekeraars vrij met de genoemde instrumenten zich te richten op specifieke doelgroepen, mits de Zvw wordt nageleefd (acceptatieplicht, bepalingen over premiedifferentiatie). Door dit doelgroepenbeleid kan zelfselectie optreden. In 2009 is het aantal verzekeraars dat zich met een specifiek pakket richtte op een doelgroep gestegen.

De PvdA-fractie heeft gevraagd op welke wijze de NZa verder onderzoek zal uitvoeren ten aanzien van de risicoselectie en de basisverzekering. De NZa beoordeelt in het kader van onderzoek naar de uitvoering van de Zvw of zorgverzekeraars zich houden aan het verbod op premiedifferentiatie en de acceptatieplicht voor de basisverzekering. De NZa rapporteert de uitkomsten van dit onderzoek jaarlijks via het Samenvattend rapport uitvoering Zvw. Het rapport over 2008 is begin november gepubliceerd. Ik stuur dit rapport voorzien van mijn reactie zo spoedig mogelijk aan de Eerste en Tweede Kamer. Daarnaast monitort de NZa jaarlijks de mobiliteit van verzekerden en de ontwikkeling van risicoselectie en rapporteert daarover in de monitor Zorgverzekeringsmarkt.

4. Richtsnoer informatieverstrekking

De PvdA-fractie vraagt hoe het richtsnoer verzekeraars momenteel functioneert en vraagt of deze verder moet worden ontwikkeld. Daarnaast vraagt zij hoe het toekomstige richtsnoer informatieverstrekking voor aanbieders vormgegeven wordt.

Het doel van het richtsnoer «Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars en volmachten» is om tot betere informatieverstrekking door ziektekostenverzekeraars te komen. Transparantie over (keuze-)informatie is immers een belangrijke voorwaarde om de consument keuzes te laten

¹ A.F. Roos en F.T. Schut, Evaluatie aanvullende en collectieve ziektekostenverzekeringen, onderzoek in opdracht van de NPCF, juni 2009.

maken die het best aan zijn wensen voldoen. Het richtsnoer voor verzekeraars functioneert momenteel naar tevredenheid. Ook voor 2009 heeft de NZa wederom een richtsnoer uitgebracht. De NZa blijft toezicht houden op de naleving van het richtsnoer, maar wat meer op afstand dan voorgaande jaren. De NZa heeft daartoe gelijktijdig met de richtsnoer een self assessment uitgebracht. Met dit self assessment kunnen ziektekostenverzekeraars nagaan of ze voldoen aan het richtsnoer. De NZa gebruikt de ingevulde self assessments bij haar toezicht.

In haar «Visie op transparantie»¹ heeft de NZa aangegeven dat zij in 2009 naast het richtsnoer voor de zorgverzekeraars een richtsnoer voor zorgaanbieders ontwikkelt waarin zij aangeeft welke informatie aanbieders minimaal moeten verstrekken. Met het richtsnoer geeft de NZa nadere uitleg en invulling aan de open normen van artikel 38 en 39 van de Wmg. Zij begint met de ontwikkeling van dit richtsnoer aan de hand van de ontvangen signalen. Het richtsnoer moet fungeren als een hulpmiddel voor zorgaanbieders. Het richtsnoer voor zorgaanbieders verkeert nu nog in een conceptfase.

5. Rol NZa

De SP-fractie geeft aan zich zorgen te maken over de dubbelrol van de NZa. Enerzijds is de NZa marktmaker in de zorg, anderzijds is de NZa toezichthouder. Wat de leden van de SP-fractie betreft wringt deze dubbelrol. De SP-fractie vraagt of de NZa niet te veel bezig is met het bevorderen van marktwerking zonder oog te hebben voor de eventuele negatieve kanten daarvan.

De regulering van de zorg en het toezicht op de zorg zijn met de introductie van de WMG (per 1 oktober 2006) in één hand, bij de NZa, gelegd. De NZa kan al naar gelang de situatie de gewenste instrumenten inzetten en tegelijkertijd de samenhang bewaken. In theorie zouden er spanningen kunnen optreden tussen de regulerende en toezichthoudende taken van de NZa. Ik heb echter tot op heden geen problemen geconstateerd. Daarnaast heeft de NZa onlangs een aparte directie Toezicht & Handhaving opgericht, waardoor er inmiddels een scheiding is gecreëerd in de regulerings- en toezichtstaken.

6. Resultaten Zekur

Naar aanleiding van de vraag van de SP-fractie wanneer de onderzoeken naar de Zekur-polis zijn afgerond, kan ik u aangeven dat ik u op 1 oktober jongstleden de resultaten heb toegezonden².

7. Innovaties

Naar aanleiding van de constatering van de NZa dat er voor zorgverzekeraars zonder winst geen ruimte voor investeringen in productontwikkeling en innovaties is, vraagt de SP-fractie aan welke vorm van innovaties ik denk en op welke wijze er op wordt toegezien dat premiegeld niet te veel blijft hangen.

Innoveren is van belang om de groeiende zorgvraag en daarmee verbonden kostenstijgingen in te bedden en om het toekomstige tekort aan personeel in de zorg het hoofd te bieden. Daarnaast zal ook de aard van de zorgvraag in de toekomst gaan veranderen, waardoor innovaties in de zorg noodzakelijk zijn. Wanneer ik aan innovaties denk, denk ik niet alleen aan techniek en apparaten, maar aan innovaties in de breedste zin van het woord. Zo kunnen innovaties gericht zijn op de organisatie van zorg, bijvoorbeeld om de eerste en tweedelijnszorg beter op elkaar aan te

¹ NZa-rapport, Visie op transparantie, maart 2009.

² Kamerstukken II, 2009–2010, 29 689, nr. 275.

laten sluiten en ketenzorg te bewerkstelligen. Ook denk ik aan innovaties op het terrein van preventie of innovaties die er aan bijdragen om mensen langer zelfstandig te laten wonen. De NZa heeft aangegeven dat innoveren lastig is wanneer zorgverzekeraars geen winst maken. Ik ben van mening dat alle zorgverzekeraars de mogelijkheid hebben om te innoveren, los van het feit of een verzekeraar winst maakt of een winstoogmerk heeft. Innovatie gaat immers niet altijd om het investeren van geld, maar heeft ook te maken met het anders organiseren van de zorg.

Met betrekking tot de vraag op welke wijze wordt toegezien op premiegeld, kan ik aangeven dat zorgverzekeraars zelf verantwoordelijk zijn voor de wijze waarop zij hun premiegelden besteden. Het toezicht concentreert zich op de uitvoering van de Zorgverzekeringswet, maar betreft niet het toezicht op de doelmatigheid van zorgverzekeraars. De NZa houdt wel toezicht op de juistheid van de vereveningsopgave van de zorgverzekeraars.

8. Reclame-uitingen

De SP-fractie heeft gevraagd hoe groot het budget van de zorgverzekeraars voor reclame-uitingen in 2009 was. Ik beschik niet over de informatie die nodig is om deze vraag te kunnen beantwoorden. Dit is overigens ook geen onderwerp van toezicht door de overheid.

Wel heeft BS Health Consultancy¹ onderzoek gedaan naar de uitgaven van zorgverzekeraars aan reclame. Hieruit blijkt dat de totale uitgaven van de zorgverzekeraars aan reclame voor het commerciële seizoen 2008/2009 met € 38 miljoen ongeveer gelijk is gebleven ten opzichte van het seizoen 2007/2008. In dat seizoen werd ongeveer € 36 miljoen uitgegeven aan reclame. Ten opzichte van het seizoen 2005/2006 (toen per 1-1-2006 de Zvw werd ingevoerd) is de reclamebestedingen van de zorgverzekeraars inmiddels meer dan gehalveerd.

9. Bezoldiging bestuurders

De SP-fractie heeft gevraagd welke maatregelen ik ga nemen tegen de hoge bezoldiging van bestuurders, aangezien deze (deels) gefinancierd worden uit publieke middelen.

In september 2007 heeft de commissie-Dijkstal het advies «Normeren en Waarderen» uitgebracht over de normering van de inkomens van de leden van de Raden van Toezicht en van de Raden van Bestuur in de semi-publieke sectoren. In reactie op dit advies² heeft het kabinet verwoord dat het de zorgverzekeraars niet tot de semi-publieke sector in de zin van de komende Normeringswet wil rekenen. Dit betekent dat het kabinet geen normen op zal dragen voor de hoogte van de inkomens van zorgverzekeraars. Wel wil het kabinet transparantie regelen voor de individuele inkomens van de leden van de Raden van Toezicht en de Raden van Bestuur van zorgverzekeraars. Tijdens een Algemeen Overleg in de Kamer op 26 november 2008 is met dit kabinetsvoornemen voor de zorgverzekeraars ingestemd.

¹ BS Health Consultancy, «Volop concurrentie, weinig mobiliteit», maart 2009.

² Kamerstukken II, 2008–2009, 28 479, nr. 38.

³ In de regeling zorgverzekering, art. 3.18 is geregeld dat zorgverzekeraars «algemene gegevens over de honorering van bestuurders en directie van zorgverzekeraars» op moeten nemen in het uitvoeringsverslag. Dit uitvoeringsverslag wordt jaarlijks door de zorgverzekeraars per werkmaatschappij opgesteld.

Inmiddels heb ik meer handen en voeten gegeven aan het transparant maken van de inkomensgegevens van zorgverzekeraars. Dit mede naar aanleiding van de bevindingen van de NZa dat zorgverzekeraars niet altijd eenduidige gegevens omtrent honorering aanleveren via het uitvoeringsverslag³. Ik heb de NZa gevraagd de informatie-uitvraag op dit punt uit te breiden en vanaf 2009 een format te hanteren, zoals deze nu ook door zorginstellingen wordt gehanteerd. In het rapport uitvoering Zorgverzekeringswet 2009, dat gepubliceerd wordt door de NZa uiterlijk op

1 november 2010, zal de NZa rapporteren over de naleving van de gegevensaanlevering conform het format. In de reactie op dit rapport zal ik u informeren over de stand van zaken.

10. Risicovereveningssysteem

Naar aanleiding van de vraag van de CDA-fractie naar de stand van zaken rond de evaluatie van het risicovereveningssysteem door internationale experts kan ik u mededelen dat de aanbesteding van deze evaluatie bijna is afgerond en dat het evaluatie onderzoek binnenkort van start gaat.

De PvdA- en SP-fractie vragen naar de gevolgen en risico's van de afbouw van de ex post compensatiemechanismen binnen het risicovereveningssysteem. Met het risicovereveningssysteem wordt beoogd om een gelijk speelveld te creëren voor verzekeraars door zorgverzekeraars te compenseren voor voorspelbare verliezen en winsten die voortvloeien uit gezondheidsverschillen in verzekerdenportefeuilles. Met het creëren van een gelijk speelveld worden prikkels tot gunstige risicoselectie weggenomen. Daarnaast worden verzekeraars door de inzet van het risicovereveningssysteem gestimuleerd om doelmatig te werken. Doelmatig werkende verzekeraars kunnen voordeel behalen en dit tot uitdrukking brengen in een lagere nominale premie en/of zich onderscheiden door betere kwaliteit. Risicoselectie moet niet lonend zijn, doelmatig werken wel.

Het risicovereveningssysteem is primair een ex ante vereveningssysteem. Ex ante betekent dat de vereveningsbijdrage voorafgaande aan het kalenderjaar waarop de vereveningsbijdrage betrekking heeft wordt vastgesteld. Ieder jaar stel ik mij de vraag of het ex ante vereveningsmodel zelfstandig in staat is om een voldoende gelijk speelveld te creëren of dat inzet van ex post compensaties voor dit doel nog noodzakelijk is. Tot op heden acht ik het nodig om ex post compensatiemechanismen in te zetten. De inzet van ex post compensatiemechanismen vermindert de ongewenste prikkel tot risicoselectie, maar ook de gewenste doelmatigheidsprijkkels.

In het kader van mijn houdbaarheidsagenda onderzoek ik ook de mogelijkheden, de gevolgen en de risico's van de afbouw van ex post compensatiemechanismen. Ik kom hier nader op terug in mijn brief aan de Tweede Kamer over de houdbaarheid in de curatieve zorg.

11. Vertragingen in contractering B-segment

De leden van de PvdA-fractie vragen naar de oorzaken van de vertragingen die ontstaan zijn bij de contractering in het B-segment. Ook vragen deze leden zich af of er voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars voldoende prikkels zijn om deze contractering tijdig af te ronden.

Zowel in 2008 en 2009 zijn de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders laat op gang gekomen. De vertraging van de onderhandelingen in 2009 had twee oorzaken: het onderhandelen over lokale schoningsprijzen maakt het onderhandelen over het B-segment moeilijker. Daarnaast was er nog onduidelijkheid over de toepassing van de beleidsregel inzake de overgangsmaatregel kapitaallasten. Als gevolg hiervan was in het voorjaar van 2009 pas voor een klein gedeelte van de zorg een contract gesloten tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Uit de prijsupdate die de NZa recent heeft uitgebracht¹ blijkt dat op 1 oktober voor circa 72% van de zorg contracten zijn afgesloten. Dit is vergelijkbaar met 2008.

Volgend jaar zal het B-segment niet worden uitgebreid, waardoor er geen schoning van het budget plaatsvindt. Daarnaast staan er geen beleidswij-

¹ Kamerstukken II 2009–2010, 29 248, nr. 105.

zelingen gepland die tot een vertraging in de onderhandelingen zou kunnen leiden. De verwachting is dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders de onderhandelingen in 2010 eerder zullen afronden. Voor zorgaanbieders is dit van belang omdat zij namelijk aangeven dat zij tot de onderhandelingen zijn afgerond DBC's nog niet declareren bij de zorgverzekeraars. Hoewel zorgverzekeraars de meeste ziekenhuizen bevoorschotten loopt het aantal nog niet gedeclareerde DBC's op zolang er nog geen contract is afgesloten. Ook zorgverzekeraars hebben voordeel bij het tijdig afsluiten van de contracten. Zorgverzekeraars kunnen dan aangeven of een zorgaanbieder wel of niet voor het nieuwe polisjaar gecontracteerd is. Daarnaast geeft het tijdig afsluiten van contracten inzicht in de verwachte schadelast. In de monitor ziekenhuiszorg 2009¹ van de NZa die in juni aan de Tweede Kamer is gestuurd wordt uitgebreid ingegaan op de oorzaken van de vertraagde onderhandelingen en de prikkels voor het tijdig afsluiten van een contract.

12. Verschuivingen van B- naar A-segment

De leden van de SP-fractie hebben vragen over de effecten van de vrijheden die partijen hebben om de hoogte van de budgetschoning vast te stellen. Deze leden zijn benieuwd naar de rol van de NZa en de verantwoordelijkheid van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Doordat het B-segment in 2009 verder is uitgebreid zijn de ziekenhuisbudgetten hiervoor verlaagd. De NZa heeft voor de schoning ten behoeve van de uitbreiding van het B-segment in 2009 de partijen meer vrijheden gegeven om de hoogte vast te stellen van de budgetschoning. Door het creëren van deze mogelijkheid krijgen ziekenhuizen en zorgverzekeraars de kans om onder andere ongewenste effecten zoals negatieve budgetten te voorkomen. Daardoor kan meer tegemoet worden gekomen aan specifieke lokale situaties. De NZa heeft voor de individuele instellingen de hoogte van de budgetschoning berekend. Hiervan kon afgeweken worden wanneer er overeenstemming was tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. In ongeveer de helft van de gevallen was er geen overeenstemming tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Het is zowel voor de verzekeraar als aanbieder van groot belang om goede prijzen af te spreken in het B-segment (en dus voldoende te schonen) omdat de ziekenhuisbudgetten op termijn worden afgeschaft en de prijzen in het B-segment leidend zijn. Daarnaast zal een verzekeraar geen prikkels ondervinden om minder te schonen in het A-segment, omdat hij dan deze zorg dubbel gaat betalen (via het FB-budget en DBC's in het B-segment).

De toegepaste methodiek van budgetschonen die de NZa tot nu toe heeft gebruikt zorgt ervoor dat de bestaande budgetten top-down verlaagd worden met het evenredige deel dat het vrije B-segment in een ziekenhuis toeneemt. Omdat de DBC-systematiek niet helemaal aansluit bij de FB-systematiek is deze aansluiting niet exact te maken, waardoor de representativiteit van de budgetten kan afnemen. Om deze reden adviseert de NZa om het B-segment niet verder uit te breiden onder het FB-systeem, maar de stap te maken naar invoering van prestatiebekostiging.

13. Solvabiliteit verzekeraars

De SP-fractie heeft gevraagd hoe het momenteel staat met de solvabiliteit van zorgverzekeraars. Op basis van de door zorgverzekeraars ingediende Verzekeringsstaten over 2008 kan worden geconcludeerd dat de solvabiliteit van zorgverzekeraars voldoende is. De gemiddelde solvabiliteit van zorgverzekeraars ligt ultimo 2008 volgens DNB op ongeveer het dubbele van het wettelijk vereiste. Er is sprake van een lichte verbetering ten opzichte van de situatie ultimo 2007. Dit kan onder andere worden verklaard uit het feit dat zorgverzekeraars voor het jaar 2008 voor de

¹ Kamerstukken II, 2008–2009, 29 247, nr. 82.

basisverzekering in het algemeen een prudente premiestelling hebben gehanteerd.

14. Toezicht op aanvullende verzekeringen door DNB

In antwoord op de vraag van de SP-fractie of De Nederlandsche Bank (DNB) ook toezicht houdt op de aanvullende verzekeringen, kan ik aangeven dat DNB ook prudentieel toezicht houdt op verzekeraars die aanvullende zorgverzekeringen uitvoeren. Binnen dit toezicht worden de diverse relevante risico's voortdurend gemonitord en beoordeeld.