

Vergaderjaar 2020–2021

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 1079

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 22 september 2020

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de Minister voor Medische Zorg over de brief van 24 juni 2020 inzake de monitor Polisaanbod 2020 (Kamerstuk 29 689, nr. 1069) en de brief van 18 juni 2020 inzake het Risicovereveningsmodel 2021 (Kamerstuk 29 689, nr. 1067).

De vragen en opmerkingen zijn op 4 augustus 2020 aan de Minister voor Medische Zorg voorgelegd. Bij brief van 21 september 2020 zijn de vragen beantwoord.

De voorzitter van de commissie,
Lodders

Adjunct-griffier van de commissie,
Bakker

Inhoudsopgave

I.	Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	2
II.	Reactie van de Minister	11

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben kennisgenomen van de Monitor Polisaanbod 2020 (Kamerstuk 29 689, nr. 1069) en het Risicovereveningsmodel 2021 (Kamerstuk 29 689, nr. 1067). Zij hebben hierbij nog enkele vragen.

Monitor Polisaanbod 2020

De leden van de VVD-fractie lezen in brief van de Minister over de Monitor Polisaanbod dat de legitimiteit van de korting op de zorgpremie nog steeds ter discussie staat, omdat de collectiviteitskorting niet zou worden terugverdiend via besparingen op Zorgverzekeringswet (Zvw)-kosten. Kan de Minister aangeven hoe zij «terugverdienen» in deze zin definieert? Afspraken binnen collectiviteiten kunnen «breder» worden terugverdiend dan alleen binnen de Zvw. Wordt daarmee rekening gehouden in de definitie «terugverdienen»? Kan de Minister tevens toelichten of, en zo ja hoe, de maatschappelijke baten bij individueel verzekerden worden bekeken? Nu er marginale bewijsvoering is voor het terugverdienen van de collectiviteitskorting, vragen genoemde leden hoe de Minister tegen het gegeven aankijkt dat veel individueel verzekerden onder andere premie betalen om de korting voor collectief verzekerden te dragen. In de paragraaf «Verschilanalyse modelovereenkomsten» lezen genoemde leden dat voor deze analyse de modelovereenkomsten zijn geclusterd op overeenkomende kenmerken. De clusters zijn gebaseerd op kenmerken op basis waarvan de consument daadwerkelijk kan kiezen. De modelovereenkomsten zijn door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) getypeerd aan de hand van 27 kenmerken. Deze kenmerken hebben voor het grootste deel betrekking op service-elementen en slechts voor een klein deel betrekking op de vergoeding of de korting. Kan de Minister inzichtelijk maken welk percentage verzekerden een keuze maakt op basis van vergoeding of korting?

Deze leden lezen voorts dat de mogelijkheid tot collectiviteitsdeelname het vergelijken, en daarmee het maken van de juiste keuze, lastig maakt. Er ontbreekt namelijk een duidelijk overzicht van alle specifieke collectiviteiten die op een individu van toepassing kunnen zijn. Is er een noodzaak om een dergelijk overzicht te creëren? Moeten aanbieders van een collectiviteit niet veel beter op individueel niveau inzichtelijk maken wat de keerzijde is van deelnemen aan collectiviteit?

In 2020 zijn minder Nederlanders collectief verzekerd dan in 2016. Het totaal aantal verzekerden dat collectief verzekerd is, is afgenomen van 67% naar 63%. Het aantal collectiviteiten is afgenomen met 17.153 (-27%) sinds 2016. Kan de Minister aangeven of deze cijfers een correlatie veronderstellen?

Kan de Minister tevens aangeven hoe hoog het percentage is van verzekerden die in deze jaren overgestapt is van een collectiviteit naar een individuele verzekering? Kan de Minister aangeven wat het percentage verzekerden in deze jaren is geweest dat een overstap tussen collectiviteiten heeft gemaakt?

Het rapport stelt dat bij meer dan de helft van de collectiviteiten afspraken zijn gemaakt met een mogelijk of theoretisch effect op de Zvw-kosten.

Deze afspraken zijn niet voldoende uitgewerkt om vast te stellen dat er toegevoegde waarde voor de collectiviteiten is, maar met een doorontwikkeling is een deel van deze afspraken wellicht ook aannemelijk te maken. Kan de Minister aangeven of de intentie bestaat om deze doorontwikkeling te realiseren? Kan de zij tevens aangeven hoe in dit licht de inhoud van de in maart 2020 gepresenteerde brochure van CZ wordt beoordeeld, die de waarde van collectiviteiten berekend hebben volgens de *Social Return on Investment* (SROI)-methode?

De leden van de VVD-fractie lezen uit het onderzoek van Equalis dat afspraken over kostenbesparing in de Zvw voor achttien procent van de collectiviteiten van grote zorgverzekeraars aannemelijk gemaakt zijn. Het effect van de afspraken is door geen van de zorgverzekeraars aangetoond. Voor de aannemelijk gemaakte afspraken zijn geen of niet voldoende specifieke berekeningen van de (beoogde) kostenbesparingen aangeleverd. Met een aannemelijke kostenbesparing zonder berekening voor slechts achttien procent van de collectiviteiten van grote zorgverzekeraars is er een grote groep waar mogelijk kruissubsidie plaatsvindt. Om kruissubsidiëring te beperken is de maximale collectiviteitskorting per 1 januari 2020 verlaagd van tien naar vijf procent. Daarmee kregen verzekeraars een laatste kans om echt werk te maken van (zorg)inhoudelijke afspraken die de korting legitimeren. Is de Minister van mening dat verzekeraars zich nog beter in moeten zetten om kruissubsidiëring te voorkomen? Zo ja, hoe gaat de Minister dit bewerkstelligen? Zo nee, waarom niet?

Genoemde leden lezen uit het rapport van Equalis dat het binnen verzekerdenconcerns voor kan komen dat er sprake is van meerdere nagenoeg gelijke modelovereenkomsten waarbij de premies in sommige gevallen flink verschillen. Zij zijn van mening dat het keuzeproces voor verzekerden zo gemakkelijk mogelijk moet zijn, wat inhoudt dat het aanbod divers en transparant moet zijn. Hierbij hoort niet het bestaan van nagenoeg gelijke modelovereenkomsten met verschillende premies. In hoeverre is de Minister dit met de deze leden eens? In hoeverre lopen er acties om voor het komende overstapseizoen het aanbod zo divers mogelijk te maken?

In de beoordeling uit het rapport staat gesteld dat de baten in de aanpalende domeinen niet zijn aangetoond. Equalis heeft zorgverzekeraars gevraagd of zij de effecten van de afspraken konden aantonen op basis van evaluaties uit eerder jaren. Hiervoor is voor geen enkele collectiviteit informatie aangeleverd. Kan de Minister aangeven wat de reden is geweest dat er voor geen enkele collectiviteit informatie aangeleverd is?

Risicovereveningsmodel 2021

In de resultaten betreffende het onderzoek naar de risicoverevening lezen genoemde leden dat de COVID-19-crisis ervoor zorgt dat het model 2021 risico's met zich meebrengt. De Minister is met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het Zorginstituut Nederland in gesprek om deze onzekerheden in kaart te brengen en te bezien hoe hier het beste mee om kan worden gegaan. Wanneer kunnen de resultaten van dit onderzoek verwacht worden?

Worden deze resultaten ook openbaar gemaakt aan de Kamer? Hoe wordt de komende periode/jaren bezien of de effecten van de COVID-19-crisis een blijvend, dan wel veranderend effect hebben op de risicoverevening?

Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie

Monitor Polisaanbod 2020

De leden van de CDA-fractie lezen dat de Minister stelt dat het rapport laat zien dat er nog steeds concerns zijn die nagenoeg gelijke modeleenkomsten aanbieden, waarbij de premie in sommige gevallen sterk verschilt. Deze premieverschillen kunnen verklaard worden door verschillen in service en distributiekanaal. Maar de vraag die hier voor genoemde leden uit voortkomt is of het verschil in service en het gekozen distributiekanaal een dusdanig premieverschil rechtvaardigt. Is dit voor een gemiddelde verzekerde duidelijk, dan wel duidelijk te vinden? Hoe groot is het financiële verschil tussen digitale polissen en papieren polissen?

De Patiëntenfederatie Nederland stelt terecht dat mensen die chronische zorg moeten gebruiken, minder vaak overstappen. Onder een deel van hen leeft angst om niet geaccepteerd te worden. Genoemde leden realiseren zich dat dit niet geldt voor de basisverzekering, maar mensen met een chronische ziekte hebben vaak de aanvullende verzekering nodig. Wat kan de Minister in het huidige stelsel doen om tot een overzichtelijk polisaanbod te komen?

De leden van de CDA-fractie vragen of in het uitgebreide onderzoek naar relevante feiten met betrekking tot de gemeentepolis, zoals de ontwikkeling van premies en dekkingen, de Minister kan zorgen dat daarnaast ook geïnventariseerd wordt welke voorwaarden er gelden voor deelname aan gemeentepolissen. Kan de Minister ook ingaan op de schuldenlast bij gemeentepolissen? Waar ligt de schuldenlast: bij de gemeente of bij de zorgverzekeraar?

In het algemeen overleg Pakketbeheer d.d. 17 juni 2020, is aan het lid Van den Berg (CDA) de toezegging gedaan dat de Kamer voor het zomerreces de monitor zorgverzekering zou ontvangen. In de brief zou worden ingegaan op de vraag of zorgverzekeraars moeten aangeven welke polissen nagenoeg gelijk zijn volgens de definitie van de NZa en Autoriteit Consument en Markt (ACM). Volgens de leden van de CDA-fractie wordt hierop niet teruggekomen in de brief. Equalis heeft ten eerste een eigen clusterindeling gemaakt en kijkt bovendien slechts naar drie variabelen: selectieve inkoop, percentage vergoeding 75%, natura/restitutie/combinatie polis. Deze clusterindeling is wezenlijk anders dan die van NZa/ACM, want hij bevat minder variabelen. Is de Minister bereid om de definitie c.q. formule van NZa/ACM te publiceren? Genoemde leden doen de Minister nogmaals dit verzoek.

Risicovereveningsmodel 2021

De leden van de CDA-fractie maken graag van de mogelijkheid gebruik om een aantal verduidelijkende en/of verdiepende vragen te stellen over het risicovereveningsmodel 2021. Deze leden kunnen zich voorstellen dat het vaststellen van de risicoverevening 2021 in relatie tot de COVID-uitbraak ingewikkelde materie is. Kan de Minister duidelijk uiteenzetten waar het probleem precies zich bevindt?

Kan de Minister ook reageren op de volgende stelling: «de risicoverevening is de hoeksteen van de zorgverzekeringswet, het is meer dan de helft van de inkomsten van zorgverzekeraars». Er is sprake van een onderhoudsfase, maar gaat dat niet te veel van het uitgangspunt uit dat het systeem bijna klaar is?

Daarbij leggen de coronamaatregelen een probleem bloot. Zorgverzekeraars hebben met zorgaanbieders afgesproken een continuïteitsbijdrage voor onder meer de ziekenhuizen te hebben.

Maar klopt de informatie van genoemde leden dat sommige (buitenlandse) zorgverzekeraars geen bijdrage leveren? Waarom is dit? Wat betekent dit voor het risicovereveningssysteem, met name omdat via dit systeem een gelijk speelveld wordt gecreëerd?

In de gewijzigde motie van de leden Van den Berg en Ellemeet wordt gevraagd om onderzoek te doen naar grensoverschrijdende transacties en verbindingen van zorgverzekeraars¹. Wanneer komt dit onderzoek naar de Kamer? Het is een risico dat door het inadequaat functioneren van het stelsel winsten naar het buitenland kunnen gaan. Dat vinden de leden van de CDA-fractie niet de bedoeling.

Een algemene vraag die zij willen stellen is de vraag of de aanpassingen die het model voor 2021 doorvoert (ex-ante), niet «haaks» kunnen staan op een eventuele ex-post verevening in verband met de COVID-uitbraak. De Minister stelt in deze brief immers dat de wijzigingsvoorstellen los staan van de impact van COVID-19 op de risicoverevening. Waar baseert de Minister dit op?

Aangezien veel van de reguliere zorg is uitgesteld, vragen deze leden zich of de Minister kan inschatten of vormen van ex-post maatregelen COVID ook nog in 2022 noodzakelijk zijn.

De Minister stelt verder in de brief dat om de toegang en beschikbaarheid voor hoog-complexe ggz te verbeteren, met partijen is overeengekomen om per 2021 de ex-post compensatie voor zorgverzekeraars naar 90% te brengen. Hoe hoog is het percentage in 2020? Waarom is het percentage niet eerder naar 90% gebracht?

De Minister stelt in de brief het vermoeden dat bepaalde groepen verzekerden structureel onder- of overgecompenseerd worden. Dit probleem speelt al enkele jaren. Waarom blijft de Minister toch spreken over «een vermoeden»? Het probleem dat gezonde verzekerden meer opleveren in het vereveningssysteem dan chronisch zieken, is wat deze leden betreft een langdurig en hardnekkig probleem en loopt al sinds de zorgoverheveling van bijvoorbeeld de wijkverpleging. Hier zijn door de leden van de CDA-fractie al meerdere moties over ingediend om dit probleem boven tafel te krijgen.

Zij ontvangen graag een voorstel van de Minister over wat er nodig is om chronisch zieken beter in het vereveningssysteem op te nemen (minder ondercompensatie)? Eerder onderzoek toonde immers aan dat er sprake is van indirecte risicoselectie. Het wordt toch steeds aantrekkelijker/noodzakelijker voor zorgverzekeraars om indirecte risicoselectie toe te passen? Is er een nader/beter onderscheid te maken in de groep gezonde verzekerden? Wanneer verwacht de Minister het onderzoek naar de over- en ondercompensatie van bepaalde groepen te delen met de Kamer, inclusief aanbevelingen en vervolgstappen door het kabinet? Bij voorkeur zien genoemde leden deze informatie voor Prinsjesdag aan de Kamer toekomen.

Er starten in 2020 meerdere vervolgonderzoeken. Kunnen deze gespecificeerd worden of bedoelt de Minister de jaarlijkse onderzoeken op de derde pagina van de bijlage? Zo niet, wat zijn dan de onderzoeken? Wanneer worden deze beschikbaar en wanneer verwacht de Minister hier een oordeel over te kunnen geven en de Kamer te kunnen aangeven wat de consequenties zijn voor het risicovereveningssysteem?

Uit de bijlage blijkt dat een onderzoek naar groot onderhoud fysiotherapie- en pediatrischgroepen is uitgesteld omdat ander onderzoek voor gaat. Kan de Minister nader toelichten waarom dit onderzoek voorgaat? Op dit moment wordt de monitor over 2015 uitgevoerd. Is dit het onderzoek dat elke vijf jaar gehouden wordt?

¹ Kamerstuk 29 689, nr. 1039.

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben kennisgenomen van de brieven van de Minister over de Monitor Polisaanbod 2020 en het Risicoverevenings-model 2021. Deze leden hebben aan beide reeds aandacht besteed tijdens het notaoverleg Cure d.d. 29 juni en 2 juli 2020. Nu stellen zij graag nog enkele nadere vragen.

Monitor Polisaanbod 2020

De leden van de D66-fractie hebben met teleurstelling kennisgenomen van de Monitor Polisaanbod 2020 en de bijgaande brief van de Minister van 24 juni 2020. Geen van de collectiviteiten heeft aangetoond dat de collectiviteitskorting wordt terugverdiend op de Zvw-kosten. Bij slechts achttien procent van de collectiviteiten van grote zorgverzekeraars is aannemelijk gemaakt dat sprake is van een besparing, waarbij de hoogte van de mogelijke besparing niet bekend is. Bij de rest kan de besparing niet aannemelijk worden gemaakt of was er geen enkel effect. Het rapport concludeert hieruit tevens dat zogeheten kruissubsidiëring tussen individueel en collectief verzekerden niet uit te sluiten is, wat erop neerkomt dat individueel verzekerden de hoge collectiviteitskortingen van de andere verzekerden betalen. Een onwenselijk gegeven. Kan de Minister meer duidelijkheid verschaffen over de vraag of inderdaad sprake is van kruissubsidiëring? Zo niet, is de Minister bereid dit op korte termijn te onderzoeken en wanneer wil zij de Kamer hierover informeren? Na verlaging van de maximale korting van tien naar vijf procent van de premie, gaf de toenmalig Minister voor Medische Zorg zorgverzekeraars een laatste kans om van collectiviteiten een succes te maken. Vindt de Minister dat zorgverzekeraars deze kans hebben gegrepen? Zo niet, welke consequenties verbindt de Minister hieraan? Is de maximale korting van vijf procent volgens de Minister nog langer gerechtvaardigd? Is zij bereid om – in lijn met de vragen van de D66-fractie tijdens het notaoverleg Cure – harde voorwaarden te stellen of een plan van aanpak te vragen van iedere zorgverzekeraar om in 2021 de toegevoegde waarde van diens collectiviteit(en) te tonen? Wanneer kunnen deze leden een uitgebreidere beleidsreactie verwachten? Vooralsnog lijkt het alsof de verzekeraars carte blanche krijgen, ondanks de teleurstellende resultaten en in weerwil van de uitspraken van een ambtsvoorganger van de Minister.

De leden van de D66-fractie nemen ook een positief signaal waar. Het aantal collectiviteiten met zorginhoudelijke afspraken is toegenomen tot 89% in 2020. Waarom uiten deze afspraken zich volgens de Minister niet in aantoonbare besparingen? Is de directe koppeling tussen de zorginhoudelijke afspraken en besparingen op de zorgkosten lastig te leggen, liggen de (potentiële) besparingen op de langere termijn of schort het gewoonweg aan echt stevige afspraken die in besparingen kunnen resulteren?

De leden van de D66-fractie willen daarnaast weten wat de Minister wil doen met de elf procent collectiviteiten die géén zorginhoudelijke afspraken bevatten. Welke toegevoegde waarde bieden deze collectiviteiten nog? Maken deze het polisaanbod niet alleen maar onoverzichtelijker? Is de Minister voornemens deze voor het komende jaar te verbieden? Overweegt zij bepaalde minimumcriteria voor zorginhoudelijke afspraken aan collectiviteiten te stellen? Zo nee, waarom niet? Als de Minister maatregelen neemt tegen collectiviteiten zonder aantoonbare toegevoegde waarde of zorginhoudelijke afspraken, neemt zij dan gelijktijdig ook afspraken om kloonpolissen aan banden te leggen, zodat een gelijk speelveld behouden blijft en het polisaanbod overzichtelijker wordt? Genoemde leden lezen in de monitor dat verzekeraars helaas nog altijd nagenoeg gelijke modelovereenkomsten aanbieden waarbij de premie onderling flink kan verschillen. Kan de Minister reflecteren op het

feit dat het polisaanbod in 2018 56 modelovereenkomsten bedroeg en nu twee jaar later slechts eentje minder, 55 modelovereenkomsten? Waarom is het in twee jaar tijd amper gelukt het aanbod terug te dringen tot polissen die daadwerkelijk inhoudelijk verschillend zijn? Welke stappen gaat de Minister zetten om dit te verbeteren?

De leden van de D66-fractie hebben tevens kennisgenomen van het rapport van CZ, waarin CZ stelt dat het gezondheidsmanagement van collectiviteiten wel waarde zou hebben, die zich zou uitdrukken in algemeen economische impact en in verlaging van de zorgkosten.² Kan de Minister ingaan op de uitkomsten van het onderzoek van CZ? Vindt zij deze betrouwbaar? Wat vindt de Minister van de gekozen methodiek, het rekenmodel en de *Social Return on Investment* (SROI)? Hoe komt het dat de resultaten dusdanig afwijken van de Monitor Polisaanbod 2020? Kan de Minister een vergelijking trekken tussen beide beoordelingskaders? Hoe kan de Minister ook de maatschappelijke meerwaarde meenemen in de eigen berekeningen?

De leden van de D66-fractie vragen zich alles overziend af of de Minister nog toekomst in het model met collectiviteiten ziet. De gedachte achter de collectiviteitsverzekering was dat verzekeraars voor een groep via gerichte zorginkoop of zorginhoudelijke afspraken de zorgkosten weten te verlagen, hetgeen zij vervolgens mogen teruggeven in de vorm van een korting op de premie. Uit de monitor komt naar voren dat dit verzekeraars dit niet lijken te kunnen realiseren en zij de korting daarom financieren uit een hogere premie voor alle verzekerden. Dit ondermijnt de onderlinge solidariteit. Anderzijds is het idee van collectiviteiten in de basis aantrekkelijk, omdat hiermee naast maatwerk een financiële prikkel kan bestaan voor de inzet op preventie. Terwijl op veel plekken in de zorg helaas veel te weinig op preventie wordt ingezet, omdat het voor zorgaanbieders of zorginkopers simpelweg financieel niet loont. Ziet de Minister een andere manier om hetzelfde potentiële preventie-effect te bereiken, zonder collectiviteiten en/of de bijbehorende korting? Deze leden onderschrijven de maatschappelijke toegevoegde waarde van investeringen in de duurzame inzetbaarheid, hogere arbeidsdeelname en het voorkomen van ziekteverzuim. Wel vragen zij zich af of daarvoor het premiegeld van alle verzekerden moet worden ingezet. Licht hier volgens de Minister een rol en toegevoegde waarde voor verzekeraars? Of is de duurzame inzetbaarheid van werknemers in de eerste plaats een taak voor werkgevers en onderdeel van goed werkgeverschap?

De leden van de D66-fractie zijn voorts blij dat het uitgebreid onderzoek naar de gemeentepolis na het reces komt, en ook dat de ambtsvoorganger van deze Minister heeft toegezegd de motie van de leden Raemakers en Ellemeet daarbij te betrekken.³ Binnen de collectiviteiten vormen de gemeentepolissen een aparte categorie voor sociale minima, waarvan het belangrijk is dat deze behouden blijft. Wanneer kunnen genoemde leden de resultaten van dit onderzoek exact verwachten?

Risicovereveningsmodel 2021

De leden van de D66-fractie willen tot slot ingaan op de brief over het Risicovereveningsmodel 2021. Deze leden zijn positief gestemd over het feit dat de ambtsvoorganger van de Minister aan de slag is gegaan met onderzoeken om de ex-ante risicoverevening te verbeteren en dat op basis daarvan al enkele wijzigingen worden doorgevoerd. Hopelijk worden chronisch zieken zo straks niet meer structureel ondergecompenseerd. Wel vragen deze leden zich af hoe de Minister het gelijke speelveld tussen zorgverzekeraars ten tijde van corona gaat waarborgen. Kan de

² CZ, januari 2020, «Maatschappelijke waarde van collectiviteiten» (<https://www.cz.nl/-/media/zakelijk/rapport-maatschappelijke-waarde-van-collectiviteiten.pdf>).

³ Kamerstuk 29 689, nr. 978.

Minister hierbij ingaan op de verhouding tussen de catastroferegeling en de berekening van de vereveningsbijdrage in crisistijd? Worden de gezamenlijke financiële regelingen van zorgverzekeraars met zorgaanbieders meegenomen in de berekening van de vereveningsbijdrage voor dit jaar? Zo ja, hoe?

Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-fractie

Monitor Polisaanbod 2020

Los van de gemeentepolis zijn de leden van de GroenLinks-fractie altijd kritisch geweest op de collectiviteitskorting. Zoals ook blijkt uit de Monitor Polisaanbod zijn de hogere collectiviteitskortingen voor werkgevers, studenten en sportverenigingen. Dit zijn over het algemeen groepen mensen die weinig zorgkosten zullen maken. De lagere kortingen zijn voor gemeenten en patiëntenverenigingen. Dit sterkt deze leden dat collectiviteitskortingen voornamelijk een instrument zijn voor zorgverzekeraars om verzekerden aan zich te binden waarmee ze winst verwachten te behalen. Uit de Monitor Polisaanbod blijkt ook zogenaamde kruissubsidiëring niet is uit te sluiten. Een collectiviteit kan wel van meerwaarde zijn, omdat verzekeraars dan zorginhoudelijke afspraken kunnen maken voor een specifieke groep. De verzekerden zouden in dat geval gelokt worden met een kwalitatief betere verzekering voor dezelfde prijs. Het is in dat geval dus ook helemaal niet nodig om de collectiviteitskorting te laten bestaan. Genoemde leden vinden dit dan ook het juiste moment om de collectiviteitskorting naar nul procent terug te brengen. Hoe kijkt de Minister hier tegenaan en welke belemmeringen ziet de Minister om dit te doen? De leden GroenLinks-fractie vragen zich wel af of er voor de gemeentepolis een uitzondering kan blijven bestaan. Voor mensen met een kleine beurs is de gemeentepolis nog altijd een uitkomst. Kan de Minister een uitzondering maken voor de gemeentepolis en daar een collectiviteitskorting van vijf procent handhaven als de collectiviteitskorting verder wordt afgeschaft?

Ten slotte hebben genoemde leden op dit onderwerp nog een vraag over het polisaanbod. Uit de monitor blijkt dat er nog steeds een aantal nagenoeg gelijke polissen zijn, waarbij de premie toch sterk verschilt. Is de Minister bereid te onderzoeken waardoor deze verschillen ontstaan?

Risicovereveningsmodel 2021

De leden van de GroenLinks-fractie hebben kennisgenomen van de verbeteringen van het risicovereveningsmodel voor 2021. Het groot onderhoud van het Hulpmiddelen Kosten Groepen (HKG) en Diagnosekostengroepen (DKG) hebben ervoor gezorgd dat er meer chronisch zieken worden geïdentificeerd en dat zij ook een hogere compensatie krijgen. Toch zijn er nog steeds vermoedens dat bepaalde groepen structureel onder- of overgecompenseerd worden. De Minister geeft aan in 2020 onderzoek te doen naar het restprobleem van de risicoverevening en geeft daarmee ook invulling aan de motie van de leden Ellemee en Van den Berg⁴. Wanneer verwacht de Minister dat het onderzoek naar het restprobleem is afgerond? Genoemde leden verwachten niet dat de risicoverevening nog voor 2021 verbeterd kan worden, omdat het onderzoek naar het probleem niet snel genoeg is afgerond zal zijn. Zij hopen wel dat voor de zomer van 2021 het onderzoek naar het restprobleem is afgerond. Kan de Minister dan in iedere geval voor de zomer van 2021 met voorstellen komen om de risicoverevening

⁴ Kamerstuk 29 689, nr. 1037.

voor mensen met een chronisch ziekte of beperking structureel te verbeteren?

Een verbeterde risicoverevening voor mensen met een chronisch ziekte of kan ook een oplossing zijn voor de problematiek met de gemeentepolis. In 330 van de 355 gemeenten in Nederland wordt nog een gemeentepolis aangeboden, maar de gemiddelde collectiviteitskorting die verzekeraars gemeenten verschaffen is wel de laagste gegeven korting, blijkt uit de Monitor Polisaanbod. Een betere risicoverevening voor juist deze groepen zou kunnen leiden tot een betere verevening, waardoor verzekeraars een hogere collectiviteitskorting zouden kunnen rekenen. Juist voor deze groep mensen met een kleine beurs zou het erg fijn zijn als er haast gemaakt wordt met de verbeteringen van het vereveningsmodel, en zeker voor de mensen met een kleine beurs die nu in een gemeente wonen waar geen gemeentepolis wordt aangeboden.

Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de Monitor Polisaanbod 2020 en het Risicovereveningsmodel 2021.

Monitor Polisaanbod 2020

Genoemde leden constateren dat binnen het huidige stelsel waar concurrentie en marktwerking centraal staan, de pogingen om te snijden in de polisjungle niet afdoende zijn. Deze leden zijn dan ook voorstander van een zorgstelsel zonder zorgverzekeraars waar elke verzekerde dezelfde polis heeft.

Zij constateren dat bij het wisselen van polis financiële prikkels groter zijn dan kwaliteitsprikkels, waardoor ongewenste situaties ontstaan rondom budgetpolissen en collectiviteiten.

Met ingang van 2020 is de collectiviteitskorting verlaagd met tien naar vijf procent. Nog steeds kunnen verzekeraars het effect van gemaakte afspraken niet aantonen. De collectiviteitskorting doet af aan de solidariteit binnen het stelsel. Genoemde leden zijn nog steeds voorstander van het afschaffen van de collectiviteitskorting. Welke belemmeringen er zijn om dit met ingang van 2021 te doen?

De leden van de SP-fractie vragen hoe mensen tegemoet worden gekomen die gebruikmaken van een gemeentepolis.

Ook vragen zij welke gebieden in Nederland niet rendabel zijn voor zorgverzekeraars om een gemeentepolis aan te bieden en waar dit ertoe heeft geleid dat deze in de desbetreffende gemeente niet meer wordt aangeboden of in de toekomst niet meer zal worden aangeboden.

Zijn er gemeenten die andere manieren hebben gevonden om minima tegemoet te komen? Welke mogelijkheden er thans zijn voor de zorgverzekeraar om bij te dragen aan het op tijd signaleren van armoede en schuldenproblematiek, met name in het kader van de coronacrisis waardoor veel huishoudens in economisch zwaar weer komen te zitten? Voor gemeenten is het immers eenvoudiger wanneer zij hier met één zorgverzekeraar afspraken over kunnen maken, en dit niet met verschillende hoeven te doen.

Voorts constateren genoemde leden dat thans 683.489 mensen, oftewel 6,3%, een gemeentepolis heeft. Zij vragen wat de reden is dat het aantal gemeentecollectiviteiten afneemt, maar het aantal deelnemers toeneemt, temeer daar er verschillende gemeenten zijn die met deze polis stoppen. In welke gemeenten vindt de grootste groei plaats?

Deze leden lezen dat bij gemeenten 186 van de 695 collectiviteiten (27%) geen korting geven. Zij vragen op welke andere wijze de meeste gemeentecollectiviteiten dan aantrekkelijk zijn voor minima, aangezien een groot deel van de verzekerden met een gemeentepolis juist duurder uit is,

omdat mensen bijvoorbeeld niet chronisch ziek zijn en geen gebruik maken van het voordeel.

De leden van de SP-fractie lezen dat er een bredere discussie zal worden gevoerd over het polisaanbod. Zij vragen of hier ook andere maatregelen in meegenomen zullen worden die de keuze versimpelen, zoals het afschaffen van vrijwillig eigen risico.

Risicovereveningmodel 2021

De leden van de SP-fractie lezen dat de coronacrisis voor onzekerheden in de risicoverevening zorgt. Zij vragen welke ex-post of ex-ante maatregelen kunnen worden genomen om die onzekerheden te verminderen. Voorts vragen zij hoelang de gevolgen van de coronacrisis in het ergste en in het gunstigste geval naar verwachting nog voelbaar zullen zijn in de risicoverevening, ongeacht het verdere verloop van de crisis.

Vragen en opmerkingen van de leden van de PvdA-fractie

De leden van PvdA-fractie hebben kennisgenomen van de Monitor Polisaanbod en de begeleidende brief. Zij hebben een aantal vragen en opmerkingen.

Zij lezen in de monitor dat ondanks een afname van het aantal polissen en een toename van de diversiteit van de polissen, er nog altijd veel soortgelijke polissen zijn met nagenoeg dezelfde modelovereenkomsten. Deze leden zijn van mening dat er zo snel mogelijk een einde moet worden gemaakt aan deze zogenaamde kloonpolissen.

Hoe oordeelt de Minister over het huidige aanbod? Vindt de Minister ook dat het huidige aanbod van polissen nog altijd te groot en te weinig divers is en dat extra maatregelen moeten worden genomen? Welke maatregelen is de Minister van plan te nemen? Eerder gaf de Minister aan nog niet klaar te zijn voor een verbod op kloonpolissen, hoe kijkt de Minister daar nu naar? Wat is nodig om een verbod op kloonpolissen mogelijk te maken?

Wat zal worden ondernomen om de diversiteit van het polisaanbod verder te laten toenemen en het aantal sterk op elkaar lijkende modelovereenkomsten verder te beperken?

Wordt door zorgverzekeraars de overeenkomsten en verschillen tussen nagenoeg dezelfde polissen voldoende inzichtelijk gemaakt? Voldoet deze informatie aan de regeling informatieverstrekking zoals opgesteld door de NZa? Hoe kan de informatievoorziening aan verzekerden nog meer worden verbeterd?

Daarnaast constateren genoemde leden dat mensen met een grote zorgvraag minder vaak overstappen dan anderen, deels uit angst voor hogere kosten of om niet geaccepteerd te worden. Deze leden vragen hoe de Minister er voor zal zorgen dat ook grote zorggebruikers bij het kiezen van een zorgverzekering de juiste informatie hebben over de mogelijkheden die er voor hen zijn om over te stappen.

Het onderzoek van Equalis toont aan dat geen van de collectiviteiten kan aantonen dat de collectiviteitskorting wordt terugverdiend via een besparing op de Zvw-kosten. De leden van de PvdA-fractie zijn van mening dat de collectieve verzekeringen niet bijdragen aan betere zorg, onvoldoende worden gelegitimeerd en de polismarkt nog onoverzichtelijker maken dan die als is. Gezien de uitkomsten van het onderzoek, waarom wordt de collectiviteitskorting niet per januari 2021 afgeschaft? Welke belemmeringen ziet de Minister voor het afschaffen van de collectiviteitskorting op de basisverzekering per januari 2021?

Tot slot maken genoemde leden zich zorgen over collectieve zorgverzekeringen voor minima die in steeds minder gemeenten beschikbaar zijn. Hoeveel gemeenten bieden komend jaar geen collectieve zorgverzekering aan voor minima binnen hun gemeenten? Welke effect heeft het

schrappen van de gemeentepolis op zorgmijding en het ontstaan van schulden in deze gemeenten? Wat is ondernomen om de dekkinggraad voor gemeentepolissen te vergroten? Is de Minister hierover in gesprek met zorgverzekeraars? Het blijkt voor gemeenten moeilijker om een collectieve zorgverzekering af te sluiten voor minima dan voor ambtenaren. Hoe oordeelt de Minister hierover?

Vragen en opmerkingen van de leden van de 50PLUS-fractie

De leden van de 50PLUS-fractie hebben kennisgenomen van de brieven en zij hebben de volgende vragen. Uit het onderzoek van Equalis blijkt dat geen enkele collectiviteit heeft aangetoond dat de collectiviteitskorting wordt terugverdiend via een besparing op de Zvw-kosten. Kan de Minister aangeven wat de reden is dat zorgverzekeraars dit niet kunnen aantonen? Zou dit nader onderzocht kunnen worden? Kan de Minister ook aangeven waarom er toch voor gekozen is om de collectiviteitskorting van vijf procent in 2021 te behouden?

De leden van de 50PLUS-fractie vinden het belangrijk dat mensen die willen overstappen, dat kunnen doen zonder dat ze door de bomen het bos niet meer zien. Equalis concludeert dat er nog steeds verzekeraars zijn die nagenoeg gelijke modelovereenkomsten hebben met grote verschillen tussen de premies. Verschillen in service en distributiekanaal worden door Equalis aangevoerd als een mogelijke verklaring voor deze verschillen. De NZa concludeerde in september 2019 nog dat nagenoeg gelijke polissen geschrapt moeten worden, omdat die de keuze voor consumenten lastig en onoverzichtelijk maakt. Is de Minister voornemens om in gesprek te gaan met zorgverzekeraars over deze polissen? Welke concrete maatregelen neemt de Minister om een overzichtelijk polisaanbod te realiseren? Ziet de Minister een mogelijkheid om een onafhankelijke vergelijkingssite in het leven te roepen?

II. Reactie van de Minister

Vanwege de overlap en samenhang tussen de vragen die zijn gesteld door de leden van de verschillende fracties, zijn de vragen op onderwerp geclusterd. De vragen zijn ingedeeld op de volgende onderwerpen:

Vragen over de monitor van het polisaanbod:

1. (Metten van) de besparingen van de gemaakte afspraken bij collectiviteiten
2. Kruissubsidiëring en toekomst collectiviteiten
3. Gemeentepolissen
4. Polisaanbod en nagenoeg gelijke polissen
5. Het kiezen van een zorgverzekering

Vragen over het risicovereveningsmodel 2021:

1. Corona
2. Restrisiko
3. Overig

Mijn ambtsvoorganger Van Rijn heeft aangegeven dat ik na het zomerreces inhoudelijk zou reageren op de bevindingen van de monitor van het polisaanbod en hierbij het aandachtspunt van de collectiviteitskorting mee zou nemen. Met de beantwoording van de door u gestelde vragen kom ik graag aan deze toezegging tegemoet. Zo geef ik in paragraaf 2 aan wat mijn vervolgstappen zullen zijn ten aanzien van de collectiviteitskorting.

Antwoorden monitor van het polisaanbod

1. (Meten van) de besparingen van de gemaakte afspraken bij collectiviteiten

De leden van de VVD-, D66- en 50PLUS-fractie hebben vragen gesteld over de legitimatie van de collectiviteitskorting. Zo willen de leden van de VVD-fractie weten of afspraken binnen collectiviteiten breder terug kunnen worden verdiend dan alleen binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw). Voorts vragen de leden van de D66- en 50PLUS-fractie waarom de gemaakte afspraken bij collectiviteiten niet leiden tot aantoonbare besparingen. De leden van de VVD-fractie vragen verder waarom zorgverzekeraars voor geen enkele collectiviteit informatie hebben aangeleverd over de effecten in aanpalende domeinen en of de intentie bestaat om bij de collectiviteiten met een mogelijk of theoretisch effect te komen tot een aannemelijk effect.

Bij de introductie van de Zvw in 2006 is de mogelijkheid gecreëerd tot het bieden van een collectiviteitskorting, zodat het financieel (schaal)voordeel dat behaald kan worden via bijvoorbeeld doelmatige zorginkoop, serviceverlening, administratie en beheerslasten teruggegeven kan worden in de vorm van een premiekorting. Het onderzoeksbureau Equalis is nagegaan in hoeverre de inzet van de collectiviteitskorting gelegitimeerd is: leiden de gemaakte afspraken tot voldoende voordelen om de korting te rechtvaardigen? Om een compleet beeld te krijgen rondom collectiviteiten heeft Equalis daarnaast gekeken naar de baten in aanpalende domeinen (zoals verzuimreductie, duurzame inzetbaarheid en schuldenproblematiek).

Voor de beoordeling van de afspraken heeft Equalis zich gebaseerd op de eerder geformuleerde criteria door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) (zie Kamerstuk 29 689, nr. 883). De NZa heeft drie cumulatieve criteria geformuleerd waaraan zorginhoudelijke afspraken moeten voldoen om een collectiviteitskorting te kunnen legitimeren: (1) verlichting van de schadelast voor de zorgverzekering, (2) toegespitst op de populatie van de collectiviteit en (3) bovenop bestaande wettelijke verplichtingen. Wat betreft de eerste norm heeft de NZa opgemerkt dat zorgverzekeraars aannemelijk moeten kunnen maken dat de zorginhoudelijke afspraak – op korte en/of lange termijn – tot een verlichting van de schadelast voor de Zvw leidt. Het aantoonbaar maken van de schadelastverlichting kan pas achteraf plaatsvinden.

Equalis heeft een effect als aannemelijk gekwantificeerd indien: 1) er overtuigend bewijs was aangeleverd dat de ingezette interventie effectief is (op de korte en/of lange termijn) en 2) er aannemelijk was gemaakt dat de interventie relevant is voor de betreffende collectiviteit en ook daadwerkelijk kan worden ingezet.

Bij 18 procent van de collectiviteiten van de grote zorgverzekeraars is aannemelijk gemaakt dat sprake is van een besparing. Zorgverzekeraars hebben echter geen of onvoldoende specifieke berekeningen rondom de (beoogde) besparingen aangeleverd. Zorgverzekeraars gaven hierbij aan dat zij het complex vonden om de kostenbesparing of de baten die uit een afspraak voortvloeien te berekenen.

Voor de collectiviteiten van de kleine zorgverzekeraars geldt dat bij geen enkele collectiviteit aannemelijk is gemaakt dat er een effect is op de Zvw kosten.

Bij de afspraken met een «theoretisch» of «mogelijk» effect is niet aannemelijk gemaakt dat er een besparing plaatsvindt. Voor 28 procent van de collectiviteiten van de grote zorgverzekeraars geldt dat sprake is

van een mogelijk effect en bij 42 procent van een theoretisch effect.⁵ Met een doorontwikkeling is een deel van deze afspraken wellicht aannemelijk te maken, maar het is niet bekend of dit de intentie van zorgverzekeraars is en hoe zij dit willen gaan aanpakken.

De leden van de VVD- en D66-fractie vragen naar mijn reactie op de brochure van CZ, waarin CZ ingaat op de waarde van collectiviteiten volgens de Social Return on Investment (SROI)-methode. De leden van de D66-fractie willen hierbij onder andere weten waarom de resultaten van deze methode afwijken van de resultaten uit de monitor. Ook vragen zij zich af of het premiegeld van alle verzekerden ingezet moet worden om te komen tot duurzame inzetbaarheid of dat dit in de eerste plaats onderdeel is van goed werkgeverschap. Voorts vragen de leden van de VVD-fractie hoe de maatschappelijke baten bij individueel verzekerden worden bekeken.

Ik vind het positief dat CZ de betreffende berekeningen heeft uitgevoerd, aangezien dit laat zien dat zij stilstaan bij de vraag wat het effect is van (zorg)inhoudelijke afspraken bij collectiviteiten. Met de SROI wordt geprobeerd de waarde in te schatten van een interventie, bijvoorbeeld leefstijlinterventie, voor verschillende partijen; zoals de verzekerde, de werkgever of de zorgverzekeraar. Deze methode kan geen feitelijke besparing aantonen, maar maakt de baten met behulp van literatuur en aannamen wel aannemelijk. Op basis van de SROI concludeert CZ dat iedereen – zowel verzekerden met als zonder collectiviteit – profiteert, omdat gezondheidsmanagement leidt tot lagere zorgkosten binnen de Zvw en dus tot een lagere premie. De vraag daarbij is wel waarom de betreffende diensten niet aan alle verzekerden en werknemers aangeboden worden.

De monitor van het polisaanbod heeft zich, net als de analyse van CZ, ook gefocust op de effecten in aanpalende domeinen (zoals verzuimreductie en duurzame inzetbaarheid). Hierbij is de vraag gesteld of de collectiviteitskorting gelegitimeerd wordt op basis van (zorg)inhoudelijke afspraken. Er zijn voor de monitor echter geen specifieke berekeningen ten aanzien van de omvang van de (beoogde) besparingen aangeleverd. Een vergelijking tussen de resultaten van beide analyses is dan ook niet mogelijk. Ook als afspraken leiden tot verzuimreductie en duurzame inzetbaarheid, vind ik het niet wenselijk dat Zvw-premiebetalers⁶ een opslag moeten betalen ten gunste van die enkele werkgevers en hun werknemers.

2. Kruissubsidiëring en toekomst collectiviteiten

De leden van de VVD- en D66-fractie vragen hoe ik aankijk tegen kruissubsidiëring. Ook willen deze leden, net als de leden van de GroenLinks-fractie, weten welke maatregelen ik ga nemen om kruissubsidiëring ten aanzien van de collectiviteitskorting te voorkomen. De leden van de D66-fractie vragen of ik bereid ben om harde voorwaarden te stellen of een plan van aanpak te vragen aan iedere zorgverzekeraar om in 2021 de toegevoegde waarde van de collectiviteiten te tonen. De leden van de SP-, PvdA- en 50PLUS-fractie vragen waarom de collectiviteitskorting in 2021 nog 5 procent bedraagt.

⁵ In totaal is er bij 20 procent van de collectiviteiten van de kleine zorgverzekeraars sprake van een mogelijke effect, bij 34 procent is sprake van een theoretisch effect en bij 46 procent is er geen effect.

⁶ Dit geldt voor verzekerden met een polis die ook als collectief wordt aangeboden.

In 2018 heeft mijn ambtsvoorganger aangegeven dat zorgverzekeraars een laatste kans kregen om werk te maken van (zorg)inhoudelijke afspraken die de collectiviteitskorting legitimeren. De monitor van Equalis laat zien dat bij 89 procent van de collectiviteiten (zorg)inhoudelijke afspraken zijn gemaakt. Hoewel dat uiteraard goed nieuws is, blijkt ook dat bij slechts 18 procent van de collectiviteiten van de grote zorgverzekeraars aannemelijk is gemaakt dat deze afspraken resulteren in een besparing. De hoogte van de besparing is hierbij niet bekend. Verder hebben kleine zorgverzekeraars bij geen enkele collectiviteit aannemelijk kunnen maken dat sprake is van een besparing. Dit betekent dat bij een zeer groot deel van de collectiviteiten de collectiviteitskorting niet gelegitimeerd wordt door (zorg)inhoudelijke afspraken en dat hier dus sprake is van kruissubsidiëring. Kruissubsidiëring vind ik zeer ongewenst. De collectiviteitskorting wordt niet gefinancierd op basis van een besparing op de zorguitgaven, maar via een opslag die de verzekeraar op de premie vraagt. De premie wordt eerst verhoogd om deze verhoging vervolgens aan sommigen terug te geven alsof het een korting is. Individueel verzekerden betalen via de premieopslag mee aan de collectiviteitskorting van collectief verzekerden. Ook betalen verzekerden met een relatief lage collectiviteitskorting mee aan hoge collectiviteitskortingen. Concreet betekent dit dat verzekerden die verzekerd zijn via een patiëntencollectiviteit of gemeentepolis meebetalen aan de hoge collectiviteitskortingen voor studenten en werknemers. Dit is zeker niet de bedoeling.

De afgelopen jaren hebben zorgverzekeraars en collectiviteiten al verschillende kansen gekregen om de collectiviteitskorting te legitimeren. Het aangrijpen van deze kansen heb ik uiteindelijk als voorwaarde gesteld voor het laten voortbestaan van de collectiviteitskorting. Hoewel er meer werk is gemaakt van collectieve afspraken, heeft dit niet het gewenste effect gehad. Voor een goede werking van ons zorgstelsel zie ik me dan ook genoodzaakt om het wetgevingstraject in gang te zetten om de collectiviteitskorting voor de basisverzekering af te schaffen. Omdat afschaffing een wetgevingstraject vergt, zal de collectiviteitskorting niet per 1 januari 2021 afgeschaft kunnen worden. Aangezien 2021 een verkiezingsjaar is, afschaffing met ingang van een nieuw polisjaar ingevoerd moet worden en zorgverzekeraars, werkgevers en belangenorganisaties daar de nodige voorbereidingen voor dienen te treffen, koers ik op afronding van het wetgevingstraject uiterlijk vóór de zomer van 2022 zodat het daaropvolgende jaar geen collectiviteitskorting meer geboden kan worden.

De leden van de GroenLinks-fractie vragen of voor de gemeentepolis de collectiviteitskorting kan blijven bestaan.

Veel gemeenten kiezen ervoor hun sociale minima een gemeentelijke collectiviteit aan te bieden. Vaak gebruiken deze verzekerden veel zorg en ook vinden ze het lastig een (zorg)verzekering te kiezen. Soms wordt via premie-inhouding wanbetaling voorkomen. De gemeentepolis kan zo een mooie vorm zijn om de samenwerking tussen de gemeente en een zorgverzekeraar te ondersteunen. Al is de gemeentepolis lang niet altijd de best passende polis voor de verzekerden in kwestie. En er zijn alternatieven bijvoorbeeld voor de keuze-ondersteuning en voor het voorkomen van wanbetaling en schulden.

Aangezien ook voor de gemeentepolis geldt dat de collectiviteitskorting vaak niet gelegitimeerd wordt op basis van (zorg)inhoudelijke afspraken, zal ook deze korting afgeschaft worden. Wel blijft het voor gemeenten mogelijk een premiebijdrage te verstrekken en kunnen zorgverzekeraars nog een premiekorting op de aanvullende verzekering verstrekken. Overigens is de collectiviteitskorting voor gemeentepolissen relatief laag. Bij circa een kwart van de gemeentepolissen bedraagt de collectiviteits-

korting zelfs al 0 procent, terwijl zij wel geconfronteerd worden met een premieopslag om de collectiviteitskorting van anderen (zoals studenten) mee te financieren. Na de afschaffing van de collectiviteitskorting zullen zij niet langer geconfronteerd worden met deze premieopslag. Afschaffing van de collectiviteitskorting hoeft daarom voor mensen met een gemeentepolis zeker niet te leiden tot een premieverhoging.

De leden van de D66-fractie vragen of ik voornemens ben om de collectiviteiten zonder zorginhoudelijke afspraken te verbieden. Ook vragen zij of ik overweeg om bepaalde minimumcriteria te stellen voor zorginhoudelijke afspraken.

De NZa heeft criteria opgesteld waaraan zorginhoudelijke afspraken zouden moeten voldoen om de collectiviteitskorting te legitimeren. Vanwege de lastige uitvoerbaarheid en de rechtsonzekerheid heeft de NZa hierbij afgeraden om de criteria wettelijk te verankeren. In plaats hiervan ben ik voornemens over te gaan tot afschaffing van de collectiviteitskorting. De verwachting is dat collectiviteiten zonder zorginhoudelijke afspraken vanzelf zullen verdwijnen na de afschaffing van de collectiviteitskorting.

De leden van de D66-fractie vragen hoe ik verwacht dat hetzelfde potentiële preventie-effect bereikt kan worden zonder collectiviteiten en/of de bijbehorende korting.

Afschaffing van de collectiviteitskorting betekent niet dat zorgverzekeraars geen zorginhoudelijke afspraken meer mogen maken met collectiviteiten. Ook blijft de korting op de aanvullende verzekering bestaan.

Verder verwijs ik u graag naar de Kamerbrief van 7 juli jl. (zie Kamerstuk 32 793, nr. 486) waarin uitgebreid staat toegelicht wat we vanuit het VWS-programma «Preventie in het zorgstelsel» doen om preventie in de zorg te stimuleren. Hierin is onder meer opgenomen dat VWS – samen met de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) – in kaart brengt welke preventie-infrastructuur nodig is om de samenwerking tussen de financiers en de diverse zorgverleners uit de verschillende domeinen structureel te borgen. Hierbij nemen we mee welke partij waarvoor verantwoordelijk is (of zou moeten zijn) en hoe we structureel kunnen borgen en financieren dat die verantwoordelijkheid wordt waargemaakt. Deze voorstellen worden betrokken bij de contourennota. Preventie is hierin een belangrijk onderwerp.

3. Gemeentepolissen

De leden van de CDA-fractie vragen zich af of in het onderzoek naar de gemeentepolis ook geïnventariseerd wordt welke voorwaarden er gelden voor deelname aan de gemeentepolissen en waar de schuldenlast ligt. De leden van de SP-fractie vragen hoe mensen tegemoet worden gekomen die gebruikmaken van een gemeentepolis. Ook vragen zij naar de ontwikkeling van het aantal gemeentepolissen en het aantal deelnemers (per gemeente).

Gemeenten hanteren inkomens- en/of vermogensgrenzen voor deelname aan de gemeentepolis. In het onderzoek naar de gemeentepolis wordt nagegaan welke grenzen gemeenten hanteren. Voor de gemeentepolis geldt dat gemeenten een premiebijdrage mogen verstrekken voor de aanvullende verzekering. Ook is er een collectiviteitskorting mogelijk. Het onderzoek van de gemeentepolis besteedt aandacht aan de ontwikkeling van deze premiebijdrage en de collectiviteitskorting. Verder geeft het onderzoek inzicht in de ontwikkeling van het aanbod van gemeentepolissen en het aantal deelnemers. De ontwikkeling in het aantal deelnemers op gemeentelijk niveau is mij niet bekend.

De leden van de SP-fractie vragen welke gebieden in Nederland niet rendabel zijn voor zorgverzekeraars en op welke wijze gemeentepolissen aantrekkelijk zijn voor verzekerden. De leden van de PvdA-fractie vragen hoeveel gemeenten komend jaar geen gemeentepolis meer aanbieden. Ook vragen de leden van de SP- en de PvdA-fractie naar de gevolgen van het schrappen van de gemeentepolis en of gemeenten bijvoorbeeld andere manieren hebben gevonden om minima tegemoet te komen. In mijn reactie op het lopende onderzoek naar de gemeentepolis zal ik terugkomen op de motie van de leden Geleijse en Van den Berg (zie Kamerstuk 29 689, nr. 971). Deze motie verzoekt in kaart te brengen wat in de gemeenten die in 2020 niet langer een gemeentepolis aanbieden, hiervoor in de plaats is gekomen. Het is niet bekend hoeveel gemeenten komend jaar geen gemeentepolis meer aanbieden.

De gemeentepolis is één van de instrumenten die gemeenten kunnen inzetten om bijvoorbeeld afspraken te maken over armoede, schulden en het tegengaan van ongewenste zorgmijding. Het is echter niet per definitie de beste oplossing. Zo is de gemeentepolis niet voor iedere verzekerde die aan de voorwaarden voldoet de meest voordelige en de meest passende polis. Dit hangt af van de zorgbehoefte van de verzekerde, de afspraken die gemaakt worden in de gemeentepolis en van de premie en de gemeentelijke bijdrage. Verder zijn er alternatieve instrumenten voor gemeenten om minima te ondersteunen, zoals via keuzeondersteuning of een voorzieningenwijzer, waarbij mensen individueel ondersteund worden bij het kiezen van de best passende polis en soms nog andere zaken als energie en toeslagen. Daarnaast ontvangen lage inkomens zorgtoeslag om de premie voor hen betaalbaar te houden. Ook bieden verzekeraars steeds meer mogelijkheden tot betalingsregelingen, ook buiten de gemeentelijke collectiviteiten om. Bij iedere zorgverzekeraar is het mogelijk om het verplichte eigen risico gespreid te betalen, dan wel vooraf, dan wel achteraf. Op deze manier leidt gebruik maken van zorg niet tot een hoge rekening die ineens betaald moet worden. Tot slot kunnen gemeenten maatwerk bieden in (financiële) ondersteuning.

Er loopt momenteel ook een onderzoek naar andere maatregelen die gemeenten en zorgverzekeraars in kunnen zetten om ongewenste zorgmijding vanwege financiële redenen onder kwetsbare groepen tegen te gaan. Relevante stakeholders – zoals ZN, de VNG en de Patiëntenfederatie Nederland – zijn via een klankbordgroep bij dit onderzoek betrokken. Ik verwacht de resultaten van dit onderzoek vóór het herfstreces naar uw Kamer te kunnen sturen.

De leden van de SP-fractie vragen naar de mogelijkheden voor zorgverzekeraars om bij te dragen aan het op tijd signaleren van armoede en schuldenproblematiek.

De gewijzigde Wet gemeentelijke schuldhulpverlening staat gemeenten met ingang van 1 januari 2021 expliciet toe om bijvoorbeeld vroegtijdig informatie van zorgverzekeraars over betalingsachterstanden op de zorgverzekering te gebruiken en regelt dat zij op basis daarvan uit eigen beweging hulp aanbieden. Tevens is een landelijk convenant vroegsignalering in ontwikkeling, waarin partijen (waaronder de NVVK, de VNG en ZN) afspraken maken over onder meer het uitwisselen van betalingsachterstanden op de zorgverzekering in verband met vroegsignalering.

De leden van de PvdA-fractie vragen naar mijn reactie op hun stelling dat het voor gemeenten moeilijker is om een collectieve verzekering af te sluiten voor minima dan voor ambtenaren.

Ik vermoed dat de leden van de PvdA-fractie hierbij doelen op de terugtrekkende beweging die enkele verzekeraars maken met betrekking tot collectieve afspraken met gemeenten. Hier zijn verschillende redenen

voor. Eén van de redenen is dat de samenwerking tussen de verzekeraar, gemeenten, aanbieders en bijvoorbeeld zorgkantoor moeilijker tot stand komt buiten het kernwerkgebied van de verzekeraar. Het is primair een verantwoordelijkheid van gemeenten en verzekeraars zelf om samenwerking voor specifieke doelgroepen vorm te geven. Gemeenten doen er goed aan om kritisch te kijken naar de invulling van de gemeentepolis, de effectiviteit en eventuele alternatieven. We zien vaker dat gemeenten sommige zorgkosten – die voorheen via de bijzondere bijstand werden vergoed – laten lopen via de gemeentelijke collectiviteiten, bijvoorbeeld de kosten voor een bril, een compensatie voor het eigen risico. Dat maakt dat de rekening ook voor zorgverzekeraars steeds hoger wordt. Het is aan gemeenten en zorgverzekeraars om desgewenst tot een collectieve zorgpolis te komen.

De leden van de D66-fractie vragen wanneer zij het onderzoek naar de gemeentepolis kunnen verwachten.

Het onderzoek naar de gemeentepolis zal naar verwachting dit najaar naar uw Kamer worden gestuurd.

4. Polisaanbod en nagenoeg gelijke polissen

De leden van de VVD-, D66-, PvdA- en SP-fractie vragen naar mijn mening ten aanzien van de (ontwikkeling) van het polisaanbod. Ook vragen zij welke acties en maatregelen ik van plan ben te nemen om tot een beperkter, meer divers en overzichtelijker polisaanbod te komen. De leden van de SP-fractie benoemen hierbij bijvoorbeeld afschaffing van het vrijwillig eigen risico en de leden van de 50PLUS-fractie de introductie van een onafhankelijke vergelijkingssite.

De monitor van het polisaanbod laat zien dat de diversiteit van het polisaanbod toeneemt, terwijl het totale aanbod van polissen afneemt. Zo is het aantal modelovereenkomsten gedaald van 72 in 2015 naar 55 in 2020. Dit terwijl het aantal verzekeringsconcerns in deze periode is toegenomen van 9 naar 11. Met name de grote verzekeraars Zilveren Kruis en VGZ hebben aan de oproep gehoor gegeven om in hun polis-aanbod te snijden. De leden van de D66-fractie vragen mij te reflecteren op de bevinding dat het aantal polissen in 2020 ten opzichte van 2018 met slechts één gedaald is. Hierover merk ik op dat het hier gaat om een daling van het aantal polissen, terwijl er in die periode een verzekerings-concern bij is gekomen.

Om de verschillen in het polisaanbod in kaart te brengen heeft Equalis de modelovereenkomsten geclusterd op overeenkomende kenmerken. Deze clustering wijst uit dat er meer unieke clusters zijn op de verzekeringsmarkt. Dit betekent dus dat de polissen meer onderscheidend zijn. De afname van het aantal polissen in combinatie met de toename in de onderscheidenheid van de polissen vind ik positieve ontwikkelingen. Ik moedig zorgverzekeraars aan om deze goede stappen voort te zetten door kritisch te blijven kijken naar hun polisaanbod.

Collectiviteiten dragen niet bij aan een overzichtelijk polisaanbod. Ondanks de afname van het aantal collectiviteiten van 64.000 in 2016 naar 47.000 in 2020 blijft het aanbod (zeer) groot en de gemiddelde omvang van 232 deelnemers per collectiviteit (zeer) klein. Een verzekerde zal niet tot iedere collectiviteit toegang hebben, maar er kan wel gesteld worden dat het groot aantal collectiviteiten niet bijdraagt aan een overzichtelijk polisaanbod en een eenvoudig keuzeprocess. De afschaffing van de collectiviteitskorting zal vermoedelijk leiden tot een verdere daling van het aantal collectiviteiten. Hiermee draagt deze maatregel bij aan een overzichtelijker polisaanbod.

Verder vind ik het belangrijk dat verzekerden op basis van begrijpelijke informatie een keuze kunnen maken voor een zorgverzekering. Vergelijkingssites kunnen hierbij een handig hulpmiddel zijn.

De NZa heeft tijdens het overstapseizoen 2019–2020 geconcludeerd dat de informatie van vergelijkingssites over het algemeen juist en duidelijk is. Zij heeft een aantal vergelijkingssites erop moeten wijzen dat niet altijd duidelijk vermeld werd dat de getoonde polissen alleen de polissen betrof die een verzekerde bij de betreffende vergelijkingssite kon afsluiten. Deze hebben hun informatieverstrekking aangepast, zodat het risico onderwerpen is dat de verzekerde onterecht in de veronderstelling kan zijn een objectieve en volledige vergelijking te maken. De introductie van een onafhankelijke vergelijkingssites acht ik daarom niet nodig.

De leden van de VVD-, D66-, PvdA- en 50PLUS-fractie hebben vragen gesteld over de wenselijkheid van (nagenoeg) gelijke polissen (ook wel «kloonpolissen» genoemd). Deze polissen dragen volgens hen niet bij aan een divers en overzichtelijk polisaanbod. Daarnaast vragen de leden van de PvdA-fractie zich af of de informatievoorziening ten aanzien van de overeenkomsten en verschillen tussen (nagenoeg) gelijke polissen voldoende inzichtelijk is en voldoet aan de NZa-regeling over informatieverstrekking. Ook vragen zij naar de wijze waarop de informatievoorziening verbeterd kan worden. De leden van de CDA-fractie vragen zich ook af of de premieverschillen wel duidelijk te vinden zijn en of het verschil in service en het gekozen distributiekanaal dusdanige premieverschillen rechtvaardigen.

Het aanbieden van (nagenoeg) gelijke polissen binnen een concern is niet in strijd met het verbod op premiedifferentiatie (artikel 17 van de Zvw). Het verbod op premiedifferentiatie richt zich namelijk tot zorgverzekeraars en niet tot concerns. Premieverschillen tussen (nagenoeg) gelijke polissen op concernniveau kunnen het gevolg zijn, zoals de leden van de CDA-fractie aangeven, van verschillen in service en het gekozen distributiekanaal. Verder kunnen deze premieverschillen voortkomen uit verschillen in de solvabiliteitspositie en de bedrijfsvoering van de betreffende zorgverzekeraars.

Wel vind ik het belangrijk dat verzekerden erop gewezen worden als er een (nagenoeg) gelijk alternatief bestaat. De NZa heeft in artikel 30 van de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-017) hierover informatieverplichtingen opgenomen voor zorgverzekeraars. Wanneer polissen die binnen het concern door verschillende zorgverzekeraars worden aangeboden (nagenoeg) gelijk zijn, dient elk van de betrokken zorgverzekeraars een overzicht te plaatsen met deze (nagenoeg) gelijke polissen.⁷ Hierbij moet ingegaan worden op de belangrijke verschillen tussen de polissen. Omdat het belangrijk is dat verzekerden het overzicht ook daadwerkelijk kunnen vinden en gebruiken, dient het overzicht op een direct zichtbare plek op de website te staan waar ook het aanbod van de polissen en de premies van de zorgverzekeraar zijn geplaatst. De NZa heeft tijdens het overstapseizoen van 2019–2020 specifiek toegezien op de informatieverplichting voor zorgverzekeraars rondom (nagenoeg) gelijke polissen. De conclusie was dat zorgverzekeraars, na enige aansporing, voldoen aan de informatieverplichting (zie Kamerstuk 29 689, nr. 1050).

De leden van de D66- en de PvdA-fractie vragen om maatregelen – zoals een verbod – om (nagenoeg) gelijke polissen tegen te gaan. De leden van de 50PLUS-fractie vragen of ik bereid ben om met zorgverzekeraars over deze polissen in gesprek te gaan en de leden van de GroenLinks-fractie

⁷ Deze informatieverplichting geldt ook indien een individuele zorgverzekeraar polissen aanbiedt die (nagenoeg) gelijk zijn.

vragen of ik bereid ben onderzoek te doen naar de reden voor het ontstaan van premieverschillen bij (nagenoeg) gelijke polissen. Volgens Europees recht is wettelijk ingrijpen (bijvoorbeeld door middel van een verbod) alleen mogelijk indien dit voor het algemeen belang noodzakelijk en proportioneel is (zie ook Kamerstuk 29 689, nr. 917). Aan dat vereiste wordt op dit moment niet voldaan. Zo blijken er legitieme redenen te zijn voor de uiteenlopende premies (zoals verschillen in distributiekanaal en solvabiliteitspositie). Ook laat het onderzoek van Equalis zien dat het polisaanbod de afgelopen jaren juist meer onderscheidend is geworden en heeft de NZa de transparantie-eisen aangescherpt waardoor het inzichtelijk moet worden voor de verzekerde welke polissen (nagenoeg) gelijk zijn. Ik zie dan ook geen reden om verder actie te ondernemen dan wel onderzoek te laten doen ten aanzien van (nagenoeg) gelijke polissen.

De leden van de CDA-fractie vragen naar het financiële verschil tussen digitale en papieren polissen.

Naar ruwe schatting vallen de kosten voor het document digitale zorgpolis gemiddeld 75 procent lager uit dan voor een papieren zorgpolis. De financiële besparing zit vooral in print-, materiaal-, porto- en verwerkingskosten (zie Kamerstuk 34 399, nr. 3).

De leden van de CDA-fractie vragen of zorgverzekeraars moeten aangeven welke polissen (nagenoeg) gelijk zijn volgens de definitie van de NZa en de Autoriteit Consument en Markt (ACM). Zij vragen zich daarbij ook af of de clusterindeling van de NZa en de ACM, waarbij meer variabelen zijn gehanteerd dan bij de indeling van Equalis, gepubliceerd kan worden. De ACM en de NZa hebben in 2018 onderzoek gedaan naar (nagenoeg) gelijke polissen.⁸ Hierbij hebben zij een brede definitie gehanteerd ten aanzien van «nagenoeg gelijke polissen». Zo hebben zij niet alleen gekeken naar (nagenoeg) gelijke polissen binnen een concern, maar hebben zij – vanuit consumentenperspectief – de polissen die qua voorwaarden (nagenoeg) gelijk waren geclusterd over alle zorgverzekeraars heen. Het lid Van den Berg (CDA) heeft tijdens het Algemeen Overleg Pakketbeheer van 17 juni jl. de vraag gesteld of deze bredere definitie gehanteerd kan worden in de regelgeving. Dit acht ik echter ongewenst. Zorgverzekeraars zouden in dat geval de polissen van hun concurrent moeten analyseren om te bepalen of een andere verzekeraar een (nagenoeg) gelijke polis aanbiedt. Indien dit het geval is, zou de vreemde situatie kunnen ontstaan dat zij hun verzekerden moeten wijzen op een goedkoper alternatief van een concurrerende verzekeraar. Daarbij komt dat verzekerden reeds vergelijkingssites kunnen gebruiken om premieverschillen tussen polissen te vergelijken. In tegenstelling tot de aanpak van de ACM/NZa, maar in lijn met de de Zvw, vind ik de keuze van verzekeraar weldegelijk een onderscheidend kenmerk van een polis.

Equalis heeft de polissen zowel geclusterd op basis van alleen vergoeding (waarbij de door de leden van de CDA-fractie genoemde drie variabelen in meegenomen worden), als op basis van vergoeding én korting. Ten aanzien van de korting is bijvoorbeeld bepaald of een collectieve korting en jaarbetaling mogelijk zijn en of de korting bij het maximale vrijwillig eigen risico hoger is dan 240 euro. Deze kenmerken zijn niet meegenomen in de analyse van de NZa en de ACM, maar spelen voor een verzekerde mogelijk wel mee bij het maken van een keuze voor een zorgverzekering. Ik kan me vinden in de gehanteerde kenmerken door Equalis en zie geen reden om de gebruikte formule door de NZa en de ACM te hanteren.

⁸ Rapport Beter Kiezen op de polismarkt. <https://www.acm.nl/sites/default/files/documents/2018-07/acm-nza-rapport-beter-kiezen-op-de-polismarkt.pdf>.

5. Het kiezen van een zorgverzekering

De leden van de VVD-fractie vragen welk deel van de verzekerden een zorgverzekering kiest op basis van vergoeding of korting.

Het Nivel⁹ heeft onderzocht wat de redenen van verzekerden waren om al dan niet over te stappen naar een andere zorgverzekering. Dit onderzoek laat zien dat circa een kwart van de niet-overstappers bij de huidige zorgverzekeraar is gebleven, omdat ze tevreden waren over de dekking van de basisverzekering. En meer dan de helft van de niet-overstappers noemt tevredenheid over de dekking van de totale polis als belangrijke reden om bij de huidige zorgverzekeraar te blijven. Voor 13 procent van de overstappers vormde ontevredenheid over de dekking van de totale polis een reden om over te stappen naar een andere zorgverzekeraar.

Verder benoemde respectievelijk 10 en 5 procent van de niet-overstappers tevredenheid over de collectiviteitskorting en tevredenheid over de korting bij een vrijwillig eigen risico als redenen om niet over te stappen. Voor 6 procent van de overstappers vormde ontevredenheid over de collectiviteitskorting een reden om over te stappen.

De leden van de VVD-fractie wijzen erop dat een duidelijk overzicht van alle specifieke collectiviteiten die op een individu van toepassing kunnen zijn ontbreekt. Zij vragen zich of er een noodzaak is om een dergelijk overzicht te creëren en of aanbieders van een collectiviteit niet veel beter op individueel niveau inzichtelijk moeten maken wat de keerzijde is van deelname aan een collectiviteit.

Ik vind het belangrijk dat verzekerden een weloverwogen keuze kunnen maken voor een zorgverzekering. In plaats van het creëren van een overzicht per individu zijn de informatieverplichtingen ten aanzien van collectiviteiten dusdanig vormgegeven, dat het voor verzekerden mogelijk moet zijn om een weloverwogen keuze te maken. In de «Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten» (TH-NR-017) zijn informatieverplichtingen opgenomen ten aanzien van collectiviteiten. Zo moet de zorgverzekeraar ervoor zorgen dat het collectief aan de verzekerde duidelijk maakt welke modelovereenkomst van welke zorgverzekeraar de collectiviteit aanbiedt. Ook moet het voor verzekerden mogelijk zijn om de betreffende zorgverzekering te vergelijken met overige polissen (die niet via een collectiviteit worden aangeboden). De NZa houdt toezicht op naleving van deze informatieverplichtingen.

De leden van de VVD-fractie vragen of er een correlatie bestaat tussen de afname van het aantal verzekerden dat collectief verzekerd is en de afname van collectiviteiten.

De afname van het aantal collectiviteiten kan verklaard worden door de samenvoeging van kleine collectiviteiten en de beëindiging van gelegenhedscollectiviteiten. Er zal wellicht een verband bestaan tussen de beëindiging van sommige collectiviteiten en de toename van het aantal individueel verzekerden. Het is daarentegen ook mogelijk dat verzekerden steeds kritischer het aanbod van hun collectiviteit bekijken en beslissen over te stappen naar een individuele verzekering. Hierbij kan onder andere meespelen dat een individuele verzekering in 2020 – in tegenstelling tot voorgaande jaren – gemiddeld goedkoper is dan een collectieve verzekering.¹⁰

De leden van de VVD-fractie vragen naar het percentage verzekerden dat in de periode 2016–2020 is overgestapt van een collectiviteit naar een

⁹ Nivel. 2020. 7% van de verzekerden zegt te zijn gewisseld van zorgverzekeraar.

¹⁰ Vektis. 2020. Verzekerden in beeld 2020. Inzicht in het overstapseizoen.

individuele verzekering. Ook zijn zij benieuwd naar het percentage verzekerden dat in deze jaren een overstap tussen collectiviteiten heeft gemaakt.

De onderstaande tabel geeft weer hoe het percentage collectief verzekerden zich heeft ontwikkeld in de periode 2016–2020.¹¹ Het is niet bekend hoeveel procent van de verzekerden zijn overgestapt van een collectieve naar individuele verzekering en vice versa. Ook zijn er mij geen cijfers bekend die inzicht geven in het percentage verzekerden dat een overstap heeft gemaakt tussen collectiviteiten. Wel laten cijfers van de NZa¹² zien dat in 2019 in totaal 4,4 procent van alle verzekerden (wat neerkomt op circa 60 procent van alle overstappers) is overgestapt naar een collectiviteit en 3,0 procent (wat neerkomt op circa 40 procent van alle overstappers) naar een individuele verzekering.

Jaar	Percentage collectief verzekerden
2016	67,5
2017	67,4
2018	66,6
2019	65,3
2020	63,5

De leden van het CDA- en de PvdA-fractie benoemen dat mensen met chronische aandoeningen minder vaak overstappen dan andere verzekerden. Zij geven hierbij aan dat mogelijk de angst om niet geaccepteerd te worden voor de aanvullende verzekering meespeelt. De leden van de PvdA-fractie vragen hoe ik ervoor zal zorgen dat zorggebruikers de juiste informatie over hun overstapmogelijkheden hebben.

Op 2 april jl. heeft mijn ambtsvoorganger Bruins de uitkomsten van het onderzoek naar het overstapgedrag van zorggebruikers naar uw Kamer gestuurd (zie Kamerstuk 29 689, nr. 1050). Dit onderzoek laat zien dat factoren zoals algemene overstapgeneigdheid, leeftijd en sociale klasse meer verklarend zijn voor het wel of niet overstappen dan het zorggebruik. Ook blijken er geen specifieke overstapbelemmeringen voor zorggebruikers te zijn.

Wel zijn zorggebruikers soms bang door een andere zorgverzekeraar niet geaccepteerd te worden voor de aanvullende verzekering. Deze angst is vaak niet terecht, aangezien er alleen voor de meest uitgebreide aanvullende pakketten soms acceptatievoorwaarden gelden. Daarom zal ik dit punt meenemen in de jaarlijkse campagne tijdens het overstapseizoen.

Antwoorden Risicovereveningsmodel 2021

1. Corona

De leden van de CDA-fractie vragen of de Minister duidelijk uiteen kan zetten waar het probleem van de COVID-19 uitbraak en de risicoverevening 2021 zich precies bevindt.

De COVID-uitbraak kan gevolgen hebben voor het risicovereveningsmodel van diverse jaren. Op dit moment is de verwachting dat het effect op het risicovereveningsmodel 2021 het grootst is. Afhankelijk van de duur van de crisis, zorgt de COVID-19 uitbraak ervoor dat ook in 2021 de reguliere kosten mogelijk afwijkend zijn. Eventuele inhaalzorg bijvoorbeeld heeft een volume-effect (meer zorg dan geraamd), maar wellicht is er juist sprake van uitstel van zorg waarbij sprake kan zijn van een samenstellingseffect (als met name de zorg voor de minder zware gevallen uitgesteld wordt). Het gaat hier om zorgkosten voor specifieke groepen,

¹¹ Vektis. 2020. Verzekerden in beeld 2020. Inzicht in het overstapseizoen.

¹² NZa. 2019. Monitor zorgverzekeringen 2019.

waardoor een onevenredige verdeling op verzekeraarsniveau niet onwaarschijnlijk is. Daarnaast kent het risicovereveningsmodel 2021 diverse kenmerken die zijn gebaseerd op gegevens over 2020. Een voorbeeld hiervan is het kenmerk diagnose kosten groepen dat gebaseerd is op ziekenhuisdeclaraties. Door uitval of uitstel van ziekenhuiszorg kunnen de scores op dit kenmerk in 2020 anders zijn dan gebruikelijk. De vraag is ook of door de COVID-19 uitbraak de samenhang tussen de kenmerken en de kosten 2021 is veranderd. Bovenstaande zorgt ervoor dat de kans op afwijkingen tussen de raming en de realisatie groter is dan gebruikelijk.

De leden van de VVD-fractie vragen wanneer kunnen de resultaten van het onderzoek naar de onzekerheden van de COVID-19-crisis verwacht worden en of deze resultaten ook openbaar gemaakt worden aan de Kamer.

Er is geen specifiek onderzoek uitgezet naar de onzekerheden van de COVID-19-crisis en een rapport zal dus niet openbaar gemaakt worden. Zoals ook gemeld in de brief over de definitieve vormgeving van het risicovereveningsmodel 2021, welke tegelijkertijd met de beantwoording van dit schriftelijk overleg aan uw Kamer wordt verzonden, ben ik in overleg gegaan met individuele zorgverzekeraars, Zorgverzekeraars Nederland en het Zorginstituut Nederland om de onzekerheden van COVID-19 voor de risicoverevening te onderzoeken en hoe we hier het beste mee kunnen omgaan.

De leden van de SP-fractie vragen welke ex-post of ex-ante maatregelen kunnen worden genomen om die onzekerheden te verminderen.

De ex-ante maatregelen bestaan uit de modelverbeteringen die het afgelopen jaar zijn onderzocht. In de brief van 18 juni 2020¹³ bent u geïnformeerd over deze wijzigingen. Na intensief overleg met individuele zorgverzekeraars, Zorgverzekeraars Nederland en het Zorginstituut Nederland ben ik tot de conclusie gekomen dat het best gekozen kan worden voor de combinatie van macronacalculatie, een bandbreedteregeling en enkele technische correcties om onzekerheden rondom de verzekerdenaantallen te corrigeren. Bij de keuze en invulling van deze ex-post maatregelen heb ik een afweging gemaakt tussen het behoud van doelmatigheidsprikkels enerzijds en het voorkomen van een verstoring van het speelveld tussen zorgverzekeraars anderzijds. Ik benadruk dat deze ex-post maatregelen maar voor één jaar worden ingevoerd om de uitzonderlijke onzekerheden voor 2021 op de resultaten van verzekeraars te verkleinen.

De leden van de VVD-fractie vragen hoe de komende periode/jaren wordt gezien of de effecten van de COVID-19-crisis een blijvend, dan wel veranderend effect hebben op de risicoverevening. De leden van de SP-fractie vragen hoelang de gevolgen van de coronacrisis in het ergste en in het gunstigste geval naar verwachting nog voelbaar zullen zijn in de risicoverevening, ongeacht het verdere verloop van de crisis.

In overleg met Zorgverzekeraars Nederland en het Zorginstituut, zal gekeken worden welke onderzoeken er moeten plaatsvinden om een beter beeld te krijgen van de impact van de COVID-19 crisis op de risicoverevening van 2022 en verder. Daarin zal ook aandacht besteed worden op welke jaren COVID-19 een aanzienlijk effect heeft op de risicoverevening en hoe hiermee om te gaan. Dit zal ook afhankelijk zijn van in hoeverre er sprake is van nieuwe uitbraken van het virus in de toekomst. Welke vragen er concreet zullen moeten worden beantwoord zal in de loop van het najaar worden bepaald. Er is ruimte in het onderzoeksprogramma om deze vragen vervolgens binnen het onderzoeksjaar 2020/2021 te beantwoorden. In juni 2021 zal ik u informeren over mijn voornemen

¹³ Kamerstuk 29 689, nr. 1067

voor het risicovereveningsmodel 2022 en u daarbij ook informeren over de resultaten van eventuele onderzoeken naar de impact van COVID-19 op de risicoverevening 2022 en verder.

De leden van de D66-fractie vragen zich af hoe de Minister het gelijke speelveld tussen zorgverzekeraars ten tijde van corona gaat waarborgen en of ik hierbij kan ingaan op de verhouding tussen de catastrofereregeling en de berekening van de vereveningsbijdrage in crisistijd. Worden de gezamenlijke financiële regelingen van zorgverzekeraars met zorgaanbieders meegenomen in de berekening van de vereveningsbijdrage voor dit jaar? Zo ja, hoe?

De catastrofereregeling is bedoeld voor de directe kosten van coronapatiënten en de meerkosten veroorzaakt door corona. Financiële regelingen horende bij deze kosten kunnen dus worden meegenomen bij de catastrofereregeling. De vereveningsbijdrage geldt voor de overige, reguliere zorgkosten. De overige financiële regelingen, voor zover het gaat om rechtmatige zorg ten laste van de Zvw, kunnen worden ingebracht in de risicoverevening. De regelingen die betrekking hebben op de continuïteitsbijdragen in het kader van corona vormen dus onderdeel van de reguliere risicoverevening. De kosten vanwege deze continuïteitsbijdrage kunnen dus niet meegenomen worden in de catastrofereregeling. Directe coronakosten en meerkosten als gevolg van corona zijn daarmee geen onderdeel van de reguliere risicoverevening.

De leden van de CDA-fractie vragen of de aanpassingen die het model voor 2021 doorvoert (ex-ante), niet «haaks» kunnen staan op een eventuele ex-post verevening in verband met de COVID-uitbraak. De Minister stelt in deze brief immers dat de wijzigingsvoorstellen los staan van de impact van COVID-19 op de risicoverevening. Waar baseert de Minister dit op?

De ex-ante wijzigingsvoorstellen voor het risicovereveningsmodel betreffen groot onderhoud van bestaande kenmerken, die bijdragen aan een inhoudelijke en structurele verbetering van het risicovereveningsmodel.

Deze wijzigingen zijn beschreven in mijn brief van 18 juni 2020. Deze zomer is het voorgestelde model voor 2021 doorgerekend op basis van nieuwe data. Uit deze Overall Toets komt naar voren dat de doorgerekende modellen voldoende stabiele normbedragen geven. De WOR adviseert dan ook om de voorgestelde aanpassingen door te voeren. Over de ex-post maatregelen wordt u uitgebreid geïnformeerd in de brief over de definitieve vormgeving van het risicovereveningsmodel 2021.

De leden van de CDA-fractie vragen of de Minister kan inschatten of vormen van ex-post maatregelen COVID ook nog in 2022 noodzakelijk zijn aangezien veel van de reguliere zorg is uitgesteld.

In de gelijktijdig gestuurde brief ga ik in op de ex-post maatregelen voor het risicovereveningsmodel 2021. Deze ex-post maatregelen worden maar voor één jaar ingevoerd om de uitzonderlijke onzekerheden voor 2021 op de resultaten van verzekeraars te verkleinen. Ook in latere jaren zijn er waarschijnlijk gevolgen van de COVID-uitbraak voor de risicoverevening, maar deze zijn naar verwachting minder ingrijpend. Komend jaar zullen de effecten van de COVID-uitbraak op toekomstige risicovereveningsmodellen worden onderzocht. Op dit moment zie ik geen aanleiding om in 2022 ex-post maatregelen te nemen vanwege het effect van de COVID-uitbraak op de risicoverevening. Over de eventuele inzet van ex-post maatregelen voor 2022 zal in de zomer van 2021 worden besloten.

De leden van de CDA-fractie vragen of het klopt dat sommige (buitenlandse) zorgverzekeraars niet deelnemen aan de continuïteitsbijdrage

voor onder meer de ziekenhuizen en waarom ze hiervan afzien. Ook vragen de leden van de CDA-fractie wat dit betekent voor het risicovereveningssysteem en het gelijke speelveld.

Zorgverzekeraars zijn vanuit de zorgplicht verantwoordelijk voor de continuïteit van zorg. Vanuit deze verantwoordelijkheid hebben Zorgverzekeraars Nederland en de zorgverzekeraars de verschillende continuïteitsbijdrage-regelingen opgesteld. Hiermee zorgen zij voor financiële continuïteit tijdens de coronacrisis en maken zij mede mogelijk dat de zorginfrastructuur beschikbaar blijft. Ik vind het goed dat zorgverzekeraars op dit punt in de crisis zoveel mogelijk samen optrekken. Ik roep hen ook op dat in de crisis zoveel mogelijk samen te blijven doen. Eén zorgverzekeraar (met een beperkt marktaandeel) doet niet mee aan de continuïteitsbijdrage-regelingen voor zorgaanbieders. Ik vind het jammer dat deze zorgverzekeraar niet met de andere zorgverzekeraars meedoet. Deze zorgverzekeraar heeft wel een eigen regeling gemaakt en daarmee wel zijn verantwoordelijkheid genomen.

2. Restrisiko

De leden van de CDA-fractie vragen mij om te reageren op de volgende stelling: «de risicoverevening is de hoeksteen van de zorgverzekeringswet, het is meer dan de helft van de inkomsten van zorgverzekeraars». Er is sprake van een onderhoudsfase, maar gaat dat niet teveel van het uitgangspunt uit dat het systeem bijna klaar is?

Het functioneren van de risicoverevening heeft mijn voortdurende aandacht. Dit om het gelijke speelveld tussen zorgverzekeraars te borgen en ze optimaal te stimuleren zich te richten op goede en doelmatige zorg voor verzekerden die van zorg gebruik maken. De risicoverevening wordt elk jaar onderzocht en aangepast om op onderbouwde wijze de compensatie voor chronisch zieken verder te verbeteren. In 2018 is geconstateerd dat de omvang van de verbeteringen in de loop der jaren steeds kleiner wordt en dat de huidige methodiek en databronnen steeds minder perspectief bieden op aanvullende verbeteringen. Het onderzoek in het kader van de risicoverevening richt zich steeds meer op het groot onderhoud van bestaande kenmerken. Vandaar dat ik vind dat het risicovereveningsmodel zich meer ontwikkelt naar een onderhoudsmodel. Dit betekent niet dat we daar nu al zijn: er lopen nog vervolgonderzoeken naar de onder- en overcompensatie van bepaalde groepen verzekerden, de zogenoemde restrisiko-onderzoeken. Deze onderzoeken en de eventuele, hieruit volgende vervolgonderzoeken moeten afgerond zijn voordat over gegaan kan worden naar een onderhoudsmodel.

De leden van de CDA-fractie vragen waarom de Minister toch blijft spreken over «een vermoeden» dat bepaalde groepen verzekerden structureel onder- of overgecompenseerd worden? De leden van de CDA-fractie ontvangen graag een voorstel van de Minister over wat er nodig is om chronisch zieken beter in het vereveningssysteem op te nemen (minder ondercompensatie)? Wanneer verwacht de Minister het onderzoek naar de over- en ondercompensatie van bepaalde groepen te delen met de Kamer, inclusief aanbevelingen en vervolgstappen door het kabinet?

In de afgelopen jaren is het systeem van risicoverevening steeds verder verbeterd en verfijnd. Desondanks zijn er vermoedens dat bepaalde groepen verzekerden structureel onder- of overgecompenseerd worden en dat dit zorgverzekeraars belet om zich volledig te richten op het inkopen van de beste en meest doelmatige zorg voor deze groepen. Ik heb geen voorbeelden dat zorgverzekeraars voor bepaalde groepen geen zorg of mindere kwaliteit zorg zouden inkopen. Het huidige onderzoek naar

restrisico geeft nog onvoldoende concreet inzicht in de restproblematiek en de omvang daarvan, gegeven de gehanteerde uitgangspunten en randvoorwaarden. Vervolgonderzoek is noodzakelijk om vast te kunnen stellen in hoeverre er sprake is van problematische onder- of overcompensatie, wat de orde van grootte is en of de oorzaak bij de risicoverevening ligt of elders.

De leden van de GroenLinks-fractie vragen wanneer ik verwacht dat het onderzoek naar het restprobleem is afgerond. Kan de Minister in ieder geval voor de zomer van 2021 met voorstellen komen om de risico-verevening voor mensen met een chronisch ziekte of beperking structureel te verbeteren? De leden van de CDA-fractie vragen of de vervolgonderzoeken gespecificeerd kunnen worden of bedoelt de Minister de jaarlijkse onderzoeken op de derde pagina van de bijlage?

Zo niet, wat zijn dan de onderzoeken? Wanneer worden deze beschikbaar en wanneer verwacht de Minister hier een oordeel over te kunnen geven en de Kamer te kunnen aangeven wat de consequenties zijn voor het risicovereveningssysteem?

De jaarlijkse onderzoeken die worden bedoeld op de derde pagina van de bijlage zijn onderzoeken die gericht zijn op de reguliere cyclus van het vaststellen en evalueren van de risicoverevening. Dit zijn geen onderzoeken die gericht zijn om het restprobleem scherp te krijgen. De vervolgonderzoeken worden uitgewerkt in het onderzoeksprogramma voor 2020–2021, dat tot stand gekomen is samen met zorgverzekeraars, het Zorginstituut en onderzoeksbureaus. Het onderzoeksprogramma is als bijlage meegestuurd bij de brief over de definitieve vormgeving van het risicovereveningsmodel 2021. De voorbereiding van het eerste vervolgonderzoek is al gestart. Met de WOR (Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening) is afgesproken, gezien het grote belang van het onderzoek, voor deze onderzoek zorgvuldigheid boven snelheid te prevaleren. Ik verwacht de Tweede Kamer te informeren over de resultaten van de vervolgonderzoeken voor het risicovereveningssysteem in juni 2021 met een brief over het risicovereveningsmodel 2022.

3. Overig

In de gewijzigde motie van de leden Van den Berg en Ellemeets wordt gevraagd om onderzoek te doen naar grensoverschrijdende transacties en verbindingen van zorgverzekeraars (Kamerstuk 29 689, nr. 1039). De leden van de CDA-fractie vragen wanneer dit onderzoek naar de Kamer wordt gestuurd.

Dit onderzoek is meegestuurd met mijn brief over de definitieve vormgeving van het risicovereveningsmodel 2021. Deze brief is gelijktijdig met de beantwoording van dit schriftelijk overleg aan uw Kamer verzonden.

Met partijen is overeengekomen om per 2021 de ex-post hogekostencompensatie voor de GGZ voor zorgverzekeraars naar 90% te brengen. De leden van de CDA-fractie vragen hoe hoog het percentage in 2020 is en waarom het percentage niet eerder naar 90% is gebracht.

De hogekostencompensatie is in 2020 aan het risicovereveningsmodel toegevoegd. Het is van toepassing op de 0,5% GGZ-gebruikers met de hoogste kosten (ongeveer 3500 verzekerden). De ggz-kosten van deze verzekerden die boven de drempel van circa € 90.000 uitkomen, krijgen zorgverzekeraars in 2020 ex-post voor 75% gecompenseerd. Dit ex-post instrument is een uitzondering in het huidige risicovereveningssysteem. Het gekozen percentage is een afweging tussen het behouden van doelmatigheidsprikkels en de mate van ex-post compensatie van de duurste GGZ-gebruikers. In het plan van aanpak voor de toegankelijkheid en beschikbaarheid van de hoogcomplex GGZ van ZN en de Neder-

landse ggz (maart 2020) is gevraagd om het percentage ex-post compensatie te verhogen, als randvoorwaarde voor een goede uitvoering. Voor het risicovereveningsmodel 2021 verhoog ik daarom het percentage naar 90% na overleg met de partijen.

De leden van de CDA-fractie vragen of ik kan toelichten dat het onderzoek naar groot onderhoud fysiotherapiediagnosegroepen is uitgesteld omdat ander onderzoek voorgaat.

Het groot onderhoud naar Fysiotherapie Diagnosegroepen is uitgesteld, omdat in de loop van het seizoen bleek dat alle capaciteit nodig was voor de andere geplande onderzoeken. Hierbij is er een afweging gemaakt tussen verschillende onderzoeken, waarbij er gekeken is naar de verwachte verbetering die het uitvoeren van groot onderhoud van de verschillende kenmerken heeft voor het risicovereveningsmodel. De verwachting is dat het onderhoud aan de vereveningscriteria Hulpmiddelenkostengroepen en Diagnosekostengroepen grotere modelverbeteringen met zich mee hebben gebracht dan een groot onderhoud Fysiotherapie Diagnosegroepen. Het groot onderhoud voor Fysiotherapie Diagnosegroepen staat op het onderzoeksprogramma voor 2020–2021 en de voorbereidingen op het onderzoek zijn al van start gegaan. Het volledige onderzoeksprogramma heb ik meegestuurd met mijn brief over de definitieve vormgeving van het risicovereveningsmodel 2021.

Op dit moment wordt de monitor over 2015 uitgevoerd. De leden van de CDA-fractie vragen of dit het onderzoek is dat elke vijf jaar gehouden wordt?

Jaarlijks wordt de werking van het risicovereveningssysteem gemonitord. Het doel van de Monitor is het evalueren van de:

- werking van het risicovereveningssysteem: inzicht in welke mate de bijdrage die zorgverzekeraars ontvangen aansluiten op de gerealiseerde kosten. Het verschil tussen bijdrage en kosten is geanalyseerd op macroniveau, zorgverzekeraarsniveau en subgroepen.
- representativiteit van de beslisinformatie bij de Overall Toets en de ex ante vaststelling voor de definitieve vaststelling: bij de OT en ex ante vaststelling wordt informatie van drie of meer voorgaande jaren gebruikt, die representatief is gemaakt voor het vereveningsjaar. De monitor geeft inzicht in welke mate deze informatie aansluit op de gerealiseerde cijfers.

Deze monitor kan uitgevoerd worden nadat alle informatie over het betreffende jaar bekend is. Ik mijn brief over de definitieve vormgeving van het risicovereveningsmodel 2021 informeer ik u over de monitor 2015.