

Vergaderjaar 2011–2012

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 358

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 6 oktober 2011

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft op 15 september 2011 overleg gevoerd met minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 5 september 2011 met informatie inzake de voorgenomen vormgeving van het risicovereveningssysteem 2012 (29 689, nr. 350).**

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand geredigeerd woordelijk verslag uit.

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Smeets

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Teunissen

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Staaij (SGP), Smeets (PvdA), voorzitter, Smilde (CDA), Koşer Kaya (D66), Van der Veen (PvdA), Van Gerven (SP), Van der Burg (VVD), Ouwehand (PvdA), Agema (PVV), Leijten (SP), Bouwmeester (PvdA), Wolbert (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie), Uitslag (CDA), Elias (VVD), ondervoorzitter, Dijkstra (D66), Dille (PVV), Gerbrands (PVV), Mulder (VVD), Venrooy-van Ark (VVD), Bruins Slot (CDA), Voortman (GroenLinks) en Klaver (GroenLinks).
Plv. leden: Dijkgraaf (SGP), Kuiken (PvdA), Omtzigt (CDA), Bernds (D66), Klijnsma (PvdA), Ulenbelt (SP), De Liefde (VVD), Thieme (PvdD), De Mos (PVV), Kooiman (SP), Arib (PvdA), Vermeij (PvdA), Ortega-Martijn (ChristenUnie), Van Toorenburg (CDA), Lodders (VVD), Van der Ham (D66), Beertema (PVV), Bosma (PVV), Straus (VVD), Van Miltenburg (VVD), Ormel (CDA), Sap (GroenLinks) en Van Tongeren (GroenLinks).

Voorzitter: Smilde
Griffier: Teunissen

Aanwezig zijn zes leden der Kamer, te weten: Dijkstra, Gerbrands, Leijten, Mulder, Smilde, Van der Veen,

en minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport die vergezeld is van enkele ambtenaren van haar ministerie.

De **voorzitter**: Goedemiddag. Hartelijk welkom bij het algemeen overleg van de vaste Kamercommissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Vanmiddag staat op de agenda de voorgenomen vormgeving van het risicovereveningssysteem van 2012. Elke fractie kon zich zowel mentaal als materieel voorbereiden op een spreektijd van maximaal vier minuten.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Voorzitter. Het feit dat ik op de eerste plaats zit met naast mij een lege stoel, geeft al aan dat er vandaag over een lastig onderwerp gesproken zal worden.

Ik benadruk dat de D66-fractie wil dat dit kabinet het zorgstelsel hervormt. Zij wil dat de generaties na ons ook kunnen rekenen op kwalitatief hoogwaardige, betaalbare zorg. De kwaliteit van de gezondheidszorg moet beter en de kosten ervan moeten omlaag. Daarom steun ik deze minister bij het verder vormgeven van de prestatiebekostiging. Met dat doel is niets mis, zoals ik in een debat in het voorjaar al heb gezegd. Er is echter wel iets mis met de manier waarop de minister dat doel wil bereiken. Ik heb toen met steun van de rest van de Kamer verzocht om meer gegevens waaruit blijkt dat we op de goede weg zijn. Hierover hebben we het vandaag.

Op drijfzand kun je niet bouwen maar als ik naar dit onderwerp kijk, constateer ik dat de minister dat wel probeert te doen. We willen dat er in de zorg een betere kwaliteit wordt geleverd tegen lagere kosten. Daarom moeten ziekenhuizen en ggz-instellingen de concurrentie met elkaar aangaan. Maar waarop gaan zij elkaar beconcurreren? Uit de brief van de minister blijkt dat we pas in 2014 weten welke artsen het beste diabetes of osteoporose behandelen en of zij dat zo goedkoop mogelijk doen. Tot die tijd krijgen we te maken met oplopende wachttijden en hogere zorgverzekeringspremies, zonder dat verzekerden weten waaraan dat ligt. We betalen dus meer, maar we weten niet waarvoor. Dat is voor de D66-fractie, om het sterk te zeggen, eigenlijk onverteerbaar. Zij wil juist de keuzevrijheid voor verzekerden vergroten. Zij wil dat zorgverzekeraars de beste zorg inkopen voor de laagste prijzen, opdat de premies laag blijven. En zij wil dat zij aan de verzekerden kunnen uitleggen waarom zij voortaan voor een bepaalde behandeling naar een bepaald ziekenhuis moeten gaan. Dat kan alleen als we inzicht hebben in de kwaliteit van de zorg. Ik heb hetzelfde huis voor ogen als de minister, maar dat moet wat mij betreft op een stevig fundament rusten. Graag wil ik van de minister weten wanneer de concurrentie op kwaliteit in haar beleid echt losbarst en wanneer de kosten van zorg zullen dalen, want dat was toch het doel van dit kabinet: betere zorg voor minder geld?

De minister neemt tijdens de bouw van dat huis een aantal risico's voor lief. Ze geeft toe dat ze niet weet wat volgend jaar de extra risico's voor zorgverzekeraars zullen zijn. In haar brief van begin september schrijft zij namelijk dat de invoering van DOT onzekerheid voor zorgverzekeraars met zich brengt voor de risicoverevening ex ante van de somatische zorg. De minister weet ook niet of de onderzoeksgegevens voor het vereveningsjaar 2012 representatief zijn. Zij heeft het over een subjectieve afweging en ze is onzeker over de gebruikte omrekentabel. Toch zegt zij dat zij hiermee kan werken. Dat begrijp ik niet goed. Ik wil daarover dan ook heel graag uitleg, want ik mis adequate kwantitatieve gegevens over het functioneren van de risicoverevening en er ontbreekt een objectief

toetsingskader. Kan de minister mij uitleggen hoe ik als Kamerlid kan controleren of dat gehele risicovereveningssysteem deugt, of moet ik me echt verlaten op de aannames van de minister? Dat wil ik graag doen, maar dan wil ik een en ander wel onderbouwd zien. Verder wil ik graag van de minister weten wanneer de Kamer de toegezegde vijfjaarlijkse evaluatie van de risicoverevening tegemoet kan zien. Mij lijkt dat dit in elk geval nog dit jaar moet gebeuren.

De fractie van D66 wil dat het spel van vraag en aanbod straks eerlijk gespeeld wordt. Ik beoordeel de onzekerheden van de minister op dit moment als weeffouten in de voorbereiding. Wat mij betreft worden die hersteld, want dit gaat niet over risico's van de markt maar over die van het systeem. Daar moeten we van af. Kan de minister met cijfers aangeven hoe de systeemrisico's zoals die voor de ziekenhuizen via transitiebedragen worden afgedekt, door handhaving van de bandbreedteregeling voor zorgverzekeraars in gelijke mate worden afgedekt? Kan de minister mij uitleggen hoe de voorspellende waarde van het ggz-vereveningsmodel voor 2012 verbeterd is ten opzichte van die van voorgaande jaren?

Ziekenhuizen en ggz-instellingen concurreren nog niet op kwaliteit. Zolang dat niet zo is, moet deze minister ervoor zorgen dat de zorgmarkt niet op voorhand mislukt als gevolg van systeemfouten. Wat de D66-fractie betreft mag de minister haar zevenmijlslaarzen aanhouden, maar ze moet zich beter voorbereiden op haar reis door het zorglandschap.

De heer **Mulder** (VVD): Voorzitter. We bespreken vandaag een belangrijk onderwerp. Het is eerder wel eens het kroonjuweel van het zorgstelsel genoemd. Het is echter ook een technisch en ingewikkeld onderwerp. Het gaat erom dat we verzekeraars een rol geven. Zij dienen een cruciale rol te spelen in het zorgstelsel: zij moeten voor hun verzekerden goede zorg inkopen voor een goede prijs. Wij moeten ze prikkelen om dat te doen. Verzekeraars dienen concurrerende en risicodragende partijen te worden. Daarom wordt de ex postverevening, zoals die heet, afgeschaft. We moeten de ex ante-verevening zo goed mogelijk verbeteren om risicoselectie te voorkomen. In de voorliggende brief staat iets over de ex ante-verevening. Waarom moet er tot verbetering worden gekomen? Volgens mij, en ik denk ook volgens vele anderen, moet het doel zijn dat de voorspelbare resultaten, winst of verlies, voor specifieke groepen verzekerden nul moeten zijn. Dat zou het doel moeten zijn, al zal het lastig zijn om dat te realiseren. In hoeverre zullen de huidige en de eventuele toekomstige verbeteringen bijdragen aan het bereiken van die doelstelling? Zijn er dan nog verbeteringen mogelijk?

Afgelopen voorjaar hebben wij gesproken over de verevening en het PBC-rapport waaruit blijkt dat het systeem redelijk op orde is. Toch doe ik een aantal suggesties. We zouden bijvoorbeeld de diagnosekosten-groepen (DKG's) kunnen uitbreiden met niet-klinische DOT's, zoals poliklinische bezoeken. Dat zou een voorspeller kunnen zijn. We gebruiken nu hulpmiddelen als vereveningskenmerk. Of ... Dat doen we niet, maar dat zouden we kunnen gebruiken ter vervanging van het criterium «arbeidsongeschiktheid». Dat is weliswaar een goed criterium, maar na het 65ste levensjaar vallen mensen daarmee uit de statistieken. Last but not least. Achmea stuurde een brief met de waarschuwing dat chronisch zieken niet buiten de boot moeten vallen. Als de grootste verzekeraar dat schrijft, zet mij dat aan het denken. We zouden dat kunnen voorkomen door de functionele kostengroep en de DKG's extra op te hogen, opdat ook die verzekerden wat aantrekkelijker worden voor de verzekeraars. Graag wil ik daarop een reactie van de minister.

Op de eerste pagina van haar brief schrijft de minister dat de macronaculatie volledig wordt afgeschaft met flankerend beleid. In het voorjaar heeft zij toegezegd om daarop nader terug te komen in die zin dat zij zou aangeven wat dat flankerend beleid precies is. Ik heb dat in de brief niet

goed kunnen ontdekken. Daarop wil ik dus graag een reactie. Ik denk dat het dan gaat om evidente ramingsfouten. Wat zijn dat precies? Zijn dat catastrofes? Wat is dan de definitie? Als daarover discussie wordt gevoerd, zullen die definities van belang zijn en ook omdat daarover misschien zelfs rechtszaken zullen worden gevoerd.

In de alinea over het ex antemodell staat in de brief dat de verklaarbaarheid van het vereveningsmodel op het verzekerdenniveau stijgt van 7 tot 30 procentpunt. Op diezelfde pagina staat dat de verklaarbaarheid op verzekeraarniveau 98% is. Wat zeggen die getallen? In het eerste geval is er sprake van een stijging, maar wat is de norm? Wat zegt die 98%? Hangt dat percentage niet af van de toevallige samenstelling van de portefeuille van de verzekeraar? Als die samenstelling van die portefeuille wijzigt, verandert dat getal toch ook?

In het blad Zorgvisie staat dat de minister gezegd heeft dat het natuurlijk niet de bedoeling is dat een verzekeraar failliet gaat door een systeemwijziging, terwijl hij zijn werk goed doet. Zij zegt dat daarnaar dan in alle redelijkheid wordt gekeken. Wat bedoelt de minister daar precies mee? Tot slot kom ik op de bandbreedteregeling. In de brief met het onderwerp «zorg die loont» schrijft de minister dat ze betekenisvolle stappen zal zetten met als doel, die bandbreedteregeling af te bouwen. In dit geval blijft die stap echter achterwege. Volgens de minister zitten we stuck in the middle. Ze is heel daadkrachtig, maar in dit geval zet zij die stap niet. Waarom doet zij dat niet?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voorzitter. Het risicovereveningssysteem is in de woorden van de ambtsvoorganger van de minister, de heer Hoogervorst, onmisbaar en de achilleshiel van het gehele stelsel. Aanvankelijk was de bedoeling van die verevening dat de verzekeraar hetzelfde financiële risico zou dragen voor elke verzekerde. Die verzekeraar kon zijn geld verdienen door met name goed zijn best te doen in geval van de hoge risico's. In het begin zag je dan ook dat verzekeraars vooral inzetten op collectiviteiten, zoals voor de gemeentelijke sociale diensten en de chronisch zieken. Dat heeft onvoldoende gewerkt. Dat heeft onder andere te maken met het feit dat die concurrentie onvoldoende van de grond is gekomen. Nu is een en ander veranderd: verzekeraars krijgen als het ware te maken met een verplicht risico. Dat risico slaat niet gelijk neer op het gehele verzekerdenbestand. Er zijn op dit ogenblik dus risicogroepen waarvoor voorspeld kan worden dat daarop verlies wordt geleden, terwijl dat juist niet de bedoeling was van het vereveningssysteem. Tijdens de hoorzitting heeft één van de grote verzekeraars – naar mijn idee was het Achmea – aangegeven dat op het ogenblik voorspelbaar is welke verzekerden voor verlies gaan zorgen. Je komt dan op een heel gevaarlijk, hellend vlak, omdat men over kan gaan tot sluipende selectie. Dat vereveningssysteem is juist in het leven geroepen vanwege die acceptatieplicht. Naar mijn idee is dat een goede zaak. Als een verzekeraar echter kan voorspellen dat hij verlies gaat leiden op bepaalde groepen, zal hij proberen om die buiten de deur te houden. Dat kan op een sluipende manier gebeuren.

Kan de minister nagaan hoe het de afgelopen vijf jaar is gegaan wat betreft de collectiviteiten voor de gemeentelijke sociale diensten en de chronisch zieken? Is daarin verandering opgetreden? Wordt een en ander nog in dezelfde mate aangeboden? Als de minister ervoor voelt, wil ik best meedenken over de precieze vraagstelling. Als er dus sprake is van voorspelbare verliezen voor de verzekeraar, wordt het voor laatstgenoemde aantrekkelijk om te selecteren. Het is niet voor niets dat de CG-Raad met name daarop wees in zijn brief die ik vandaag heb gekregen. Het karakter is dus veranderd.

Met collega Omtzigt heb ik op een bepaald moment een motie ingediend met als doel dat de minister goed nagaat hoe dat vereveningssysteem werkt. We moeten nu constateren – mevrouw Dijkstra heeft dat ook

aangegeven – dat er nooit een kwantitatieve evaluatie is geweest van het risicovereveningssysteem. Ik sluit mij aan bij haar woorden dat het nu echt op drijfzand is gebaseerd. De minister schrijft in haar brief verschillende malen dat het allemaal wel goed werkt met dat ex antesysteem en baseert dat op aannames. Ik vind dat er groot risico wordt gelopen en dat dit men name de mensen met hoge gezondheidsrisico's treft. De uiting daarvan zie je ook in de marketing van de zorgverzekeraars: je ziet weinig billboards in die bushokjes met daarop chronisch zieken. Meestal zijn het jonge, opgewekte mensen die vooral kraamzorg nodig hebben. Dat gebeurt niet voor niets.

Wij hechten aan een degelijke evaluatie. Wat dat betreft wordt er weliswaar actie ondernomen, maar we kunnen nu alleen maar betreuren dat die er niet is. Wij denken dat het heel erg onverstandig is om datgene te doen wat de minister op dit moment wil doen.

Een volgend punt is het level playing field. De risicoverevening was zo in elkaar gezet dat kleine en grote verzekeraars dezelfde kansen zouden hebben op de markt. Het feit dat er zo veel is gefuseerd, geeft al aan dat dit level playing niet aanwezig was. Een verzekeraar die ervoor zorgt dat hij ongeveer het gemiddelde van Nederland in zijn bestand heeft, is veel minder gevoelig voor veranderingen in het vereveningssysteem dan een kleine zorgverzekeraar. Wij denken dat de kleine zorgverzekeraars in een nadelige positie zitten. Wij verbazen ons wat over de laconieke constatering van de minister dat de kleine zorgverzekeraars een voorspelbaar verlies van € 6 tot € 9 lijden. Daar hoor ik graag een reactie op van de minister.

Zorgverzekeraars Nederland heeft er al op gewezen dat solvabiliteit geld kost en dat het anders kan.

Ook wij zijn voor het afschaffen van het ex postsysteem, maar dan met een goede ex anteregeling. Die ex anteregeling – ook onderzoek wijst dat uit – is nog onvoldoende van de grond gekomen. Ik heb aangegeven dat ook een aantal andere signalen wijst op het niet goed functioneren van het systeem. Wij pleiten voor het verkleinen van de bandbreedte, zowel in het belang van het risicovereveningssysteem en de risicoselectie die eventueel kan optreden als in het belang van de kleine verzekeraars en het level playing field.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Voorzitter. Wij spreken over het risicovereveningssysteem voor 2012, een heel belangrijk onderwerp dat grote gevolgen kan hebben voor de zorgsector. Als wij het niet goed regelen, krijgen wij namelijk een verstoorde markt waarvan uiteindelijk waarschijnlijk de patiënt de dupe zal worden. Zorgvuldigheid is dus geboden. Ik ben daarom blij dat vorige week een technische briefing en een hoorzitting geregeld konden worden.

Het draait allemaal om het vooraf inschatten van risico's. Doordat er in 2012 zo veel systeemwijzigingen op ons afkomen met even zoveel onzekerheden, wordt het inschatten vooraf een soort koffiedik kijken. Hoewel de minister het ex antemodel voor zover mogelijk heeft verbeterd denk ik dat er nog steeds onzekerheden zijn. Wij maken ons met name zorgen over de premiestijgingen die van alle kanten worden aangekondigd.

In principe staan wij achter het beleid om zorgverzekeraars meer marktrisico's te laten lopen, want dat zal ze ertoe aanzetten om scherper in te kopen. De systeemrisico's die dreigen de premie op te drijven of het gelijke speelveld aan te tasten, moeten echter zo veel mogelijk worden gedempt. De minister handhaaft de bandbreedte op € 45. Wij zien dit als een dempingsmaatregel voor 2012. In dit kader vragen wij ons af of de solvabiliteitseis voor 2012 dan ook niet kan worden gehandhaafd op 9%. Als het risico in 2012 iets minder is, kan de solvabiliteitseis volgens ons op hetzelfde niveau blijven als nu.

Alles hangt met elkaar samen. Doordat wij als overheid systeemwijzigingen doorvoeren, vindt de Nederlandsche Bank dat zorgverzekeraars meer risico dragen en dus een hogere buffer moeten hebben. Een premiestijging als gevolg van de verhoging van de solvabiliteitseis naar 11% is door verschillende zorgverzekeraars aan de orde gesteld. Hoe ziet de minister dit? Valt daar nog over te praten?

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik vind de vragen van mevrouw Gerbrands zeer terecht, maar welke conclusie trekt zij daaruit? Als de minister doorgaat met dit beleid, steunt de PVV-fractie dit dan of niet?

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Dat hangt helemaal van de antwoorden af.

Mevrouw **Leijten** (SP): Mevrouw Gerbrands is terecht kritisch. Zij stelt dat wordt aangekondigd dat de verhoging van de solvabiliteitseis zal leiden tot premiestijging. De minister zal als antwoord geven dat zij daar niet over gaat, dat het aan de marktpartijen is en dat die moeten concurreren. Ik kan mevrouw Gerbrands op een briefje geven dat die solvabiliteitseis naar 11% gaat. Steunt zij dan deze plannen of niet?

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Ik wil eerst een goede uitleg van wat hieraan ten grondslag ligt en waarom ertoe besloten is. Ik wil ook weten of het met de dempingsmaatregel, namelijk het handhaven van de bandbreedte voor 2012, nog steeds nodig is om de solvabiliteitseis voor 2012 te verhogen. Daarna kijken wij wel wat de gevolgen zijn.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik kom nog even op de brandbreedte. In de briefing die wij hebben gehad, heeft het merendeel van de zorgverzekeraars aangegeven dat het handhaven van de bandbreedte op € 45 niet goed zal werken, dat dit niet voldoende zal dempen. De meeste zorgverzekeraars, inclusief een grote die daar aanwezig was, zeiden dat je eigenlijk naar een verkleining van de brandbreedte zou moeten. Stel nu dat ik met een motie kom waarin wordt gepleit voor een verkleining van de bandbreedte, wat doet mevrouw Gerbrands dan?

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Dan zou ik daar even goed naar kijken, zoals wij dat bij elke motie doen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Mevrouw Gerbrands spreekt in haar betoog haar zorgen uit over de verkeerde kanten van de risicoverevening, of in elk geval de slechte effecten ervan. Ik waardeer het dat zij bereid is om naar een eventuele motie van mijn hand te kijken. Ik neem aan dat zij dat serieus bedoelt.

Ik heb nog een vraag over de solvabiliteit, een beetje dezelfde als die van mevrouw Leijten. Ik heb daar vragen over ingediend. De minister schreef in antwoord daarop dat zij daar ook niet zo veel aan kan doen en dat het zo blijft als het is. Mijn vraag is of mevrouw Gerbrands, uiteraard afhankelijk van het antwoord van de minister, steunend wil opereren als wij daar iets aan kunnen doen, als wij proberen om de solvabiliteit wat lager te houden waardoor de premie wat lager blijft.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): De reden dat ik er een vraag over heb gesteld is dat die verhoging direct gekoppeld is aan het meer risico lopen van de zorgverzekeraars. Dat risico wordt in 2012 gedempt. Mijn vraag is daarom of de verhoging van de solvabiliteitseis wel nodig is voor 2012. Ik heb het dus nu alleen over 2012.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Daar heb ik het ook over.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Daarop wil ik graag een reactie. Als er inderdaad een direct verband is tussen het meer risico lopen en het verhogen van de solvabiliteitseis, zou dat naar mijn idee voor 2012 aangepast moeten kunnen worden.

Een volgend punt is de positie van de kleine zorgverzekeraars en het gelijke speelveld. Ook wij maken ons zorgen over de mogelijke overfinanciering bij ziekenhuizen als gevolg van de overgang naar DOT (dbc's Op weg naar Transparantie). Dit gebeurde in 2006 met de dbc's immers ook. Voor kleine zorgverzekeraars kan overfinanciering voor extreme problemen zorgen. Ik vind dat wij moeten voorkomen dat er de komende jaren nog meer fusies tussen zorgverzekeraars zullen plaatsvinden. Kan de minister daarom zorgen voor een nauwkeurige monitoring van de effecten? Is er een mogelijkheid voor dempende maatregelen als de systeemrisico's hoger blijken uit te vallen dan verwacht?

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. Vandaag bespreken wij een van de meest vreselijke bureaucratische gevolgen van de marktwerking in de zorg, namelijk de risicoverevening voor zorgverzekeraars. Als je ervoor kiest om zorgverzekeraars als marktpartijen met elkaar te laten concurreren, heeft dat gevolgen. Het leidt tot risicoselectie en het weren van verzekerden of tot premiedifferentiatie. Dat zijn de logische gevolgen van marktwerking. Wij weten immers dat zorgverzekeraars in deze setting geen liefdadigheidsinstellingen zijn. Nu dansen wij op de liberale puinhoop van dit stelsel. Gaan wij het verbeteren, waardoor het een solidair en solide stelsel wordt? Nee, wij gaan nog meer risico's toevoegen aan deze markt. En op de dag dat wij horen dat de zorgtoeslag grotendeels wordt afgeschaft – dat noemen wij dan nivelleren – en nu wij weten dat de premies weer zullen stijgen, zegt de PVV-fractie dat zij eerst de antwoorden nog even wil afwachten.

Hoewel wij het systeem afwijzen, zoals bekend, hebben wij toch een aantal vragen aan de minister. Hoe gaat de minister om met de risico's in de ggz? Op 1 oktober moet het risicovereveningssysteem vastliggen. Het is nu 15 september. Wanneer is hier duidelijkheid over? Hoe gaat de minister om met het risico van de invoering van de eigen bijdrage in de ggz? Wie gaat die innen? De zorgverzekeraars gaan dat niet doen en de zorgaanbieders hebben ook al gezegd dat niet te zullen doen. Waar komt het risico te liggen als de eigen bijdrage wordt geïnd wanneer de dbc wordt gedeclareerd? Wij zien het niet gebeuren, maar wij zien wel dat het leidt tot een hoger risico. Wij vragen ons af of dit ook zal leiden tot een hogere premie.

Een volgend punt is de verhoging van de solvabiliteitseis van 9% naar 11%. Dat is het vet dat de Nederlandsche Bank wil hebben op de zorgverzekeraars. Het vet dat de Nederlandsche Bank wil, is wel vet dat van de premiebetaler moet komen. Het is dus geld dat de premiebetaler betaalt, maar dat niet wordt besteed aan zorg. Hoe gaat de minister garanderen dat deze toename van de risicodragendheid en daarmee de verhoging van de solvabiliteitseisen niet zal leiden tot premiestijging? Of is de minister voor lastenverzwaring? Als dat het geval is, moet zij daar eerlijk over zijn.

Er bestaat Kamerbreed zorg over de kleine verzekeraars. Ik vind dat de minister die zorg bagatelliseert in haar brief. Zij zegt dat zij de kleinere verzekeraars niet op concernniveau wil bekijken, maar op risicodragerniveau. Zij weet toch dat juist grotere verzekeraars met meer risicodragers makkelijker een stekker uit een risico kunnen trekken? Kleine zorgverzekeraars kunnen dat niet. Wil zij dat die kleine zorgverzekeraars bij elkaar risico's gaan afdekken waardoor er een vijfde grote verzekeraar ontstaat of dat de kleine verzekeraars onderdak gaan vinden bij grote, zoals De Friesland al doet? Is zij dan niet langer de minister van de markt maar die van het monopolie?

De overgang van dbc's naar DOT brengt risico met zich mee. De zorgverzekeraars zeggen dat dit geen marktrisico's zijn maar systeemrisico's. De kleine zorgverzekeraars hebben gezegd dat zij niet kunnen garanderen dat zij niet failliet gaan. Zij zeggen dat zij niet failliet willen gaan. Zij accepteren de marktrisico's maar niet de systeemrisico's. De minister zegt zelf in een interview met Zorgvisie dat zij op voorhand niets gaat doen. Wanneer grijpt zij dan wel in? Als er nog maar vier verzekeraars over zijn, of als er nog maar twee zijn? Ik wil graag van de minister weten wanneer zij ingrijpt.

Voorzitter: Dijkstra

Mevrouw **Smilde** (CDA): Voorzitter. De risicoverevening is de heilpaal van de solidariteit van de Zorgverzekeringswet. Gelukkig lukt het ons steeds beter om de ex anteverevening, dus verevening vooraf, voor elkaar te krijgen. Het is daarom verantwoord om de ex postcompensaties af te schaffen. In het voorjaar hebben wij daartoe besloten. De minister heeft ons toen toegezegd dat zij de Kamer elk jaar op de hoogte stelt van de stappen die zij, per jaar, zal zetten voor de afbouw. Die belofte komt zij nu na. Zij heeft de Kamer ook toegezegd dat het om verantwoorde stappen zou gaan. Wij constateren dat juist het feit dat zij de bandbreedteregeling voor de somatische zorg en voor de ggz handhaaft een weerslag is van die belofte. Daardoor wordt een aantal van de onzekerheden opgevangen. Een aantal woordvoerders heeft al gevraagd naar de kwantitatieve evaluatie. Wanneer mogen wij die verwachten? Ik denk dat het belangrijk is dat wij die gegevens kunnen betrekken bij de beoordeling van de stappen voor 2013.

Wij realiseren ons dat er veel onzekerheden zijn, zoals over de DOT en de prestatiebekostiging. Daarom zijn wij blij met het behoud van de bandbreedteregeling. Wij hebben echter nog wel een vraag over de zorgzwaarte voor de universitaire medische centra. Hoe gaat het daarmee het komende jaar? Met de nieuwe DOT-systematiek is dat nog wel een vraag.

In grote lijnen steunen wij de voorstellen van de minister, maar wij hebben op drie punten vragen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Mevrouw Smilde zegt dat de ex antesystematiek goed is en dat zij die vertrouwt. Wat moet ik dan met de uitspraak van een grote zorgverzekeraar die zegt dat er op dit moment nog steeds op groepen verzekerden een voorspelbaar verlies wordt geleden? Men kan dus van te voren inschatten op welke verzekerden een voorspelbaar verlies wordt geleden. Daar wordt men onvoldoende voor gecompenseerd. Acht mevrouw Smilde dat systeem dan goed werken?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ik zei dat het steeds beter wordt. Het is niet voor niets dat wij de ex postcompensaties in stappen afbouwen terwijl ondertussen het ex antesysteem wordt veranderd. Ik heb die grote zorgverzekeraar dat ook horen zeggen. Ik constateer ook dat wij de hoge kosten naar het ex antesysteem hebben overgeheveld. Ik denk dat het met de stappen die wij nu zetten, verantwoord is om een volgende stap te zetten.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Hoe beoordeelt u dan uitspraken van ZonMw, PWC en Boer & Croon, die allemaal aangeven dat het ex antemodel nog onvoldoende voorspelbaar werkt?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Juist omdat dat het geval is, hebben wij dus nog ex postcompensaties, waaronder het handhaven van de bandbreedteregeling, om dat in de komende jaren op te vangen. Daarvoor hebben wij de hele kabinetsperiode genomen. Ik zie de problemen wel en ben daar ook

beducht voor. Aan de andere kant vind ik echter ook dat er stappen gezet moeten worden.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Met de heer Omtzigt, collega van mevrouw Smilde, heb ik jaren geleden een motie ingediend waarin werd gevraagd om een onderzoek waaruit zou moeten blijken dat er op geen enkele manier meer sprake kan zijn van risicoselectie omdat dit niet interessant is. Die mogelijkheid is er nog steeds. Vindt mevrouw Smilde het dan niet onverantwoord dat de minister deze stappen in dit tempo zet?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ik heb gevraagd naar een kwantitatieve evaluatie, net als de heer Van der Veen. Voor 2012 zet de minister een aantal stappen, maar zij behoudt de bandbreedteregeling. Zij zet een aantal stappen die naar mijn gevoel op dit moment wel kunnen. Ik heb, zoals gezegd, op drie punten vragen. In de ggz is het nodige aan de hand. De zorg is maar beperkt voorspelbaar, zo lezen wij in de brief van de minister. Het is de vraag in hoeverre dat zal veranderen. De zorgverzekeraars geven aan dat er wel degelijk kans is op risicoselectie bij psychiatrische aandoeningen. Wij zijn blij dat de minister de hoge kosten handhaaft in de ex postregeling. Het is echter wel belangrijk dat in 2012 stappen worden gezet om in 2013 op een goede manier te kunnen beoordelen of er een volgende stap voor de ggz kan worden gezet. De positie van de kleine verzekeraars is onbevredigend. Zij hebben weliswaar een gezondere verzekerdenpopulatie, zo geeft de minister aan, maar aan de andere kant hebben zij soms juist door hun regionale karakter met een dominante zorgaanbieder te maken waardoor hun handen wat meer gebonden zijn en hun speelveld beperkt is. Mijn zorg is dat er een ongelijk speelveld dreigt te ontstaan door het systeem. Dat wordt dus niet zozeer veroorzaakt door de manier waarop wordt ingekocht, maar door het systeem. Ik wil hier graag een reactie van de minister op, want dit is onbevredigend. Verhoging van de solvabiliteitseis met 2% is een forse stap. Wij hebben van de zorgverzekeraars, zowel apart als gezamenlijk, een onderbouwing ontvangen. Er is natuurlijk een groot verschil tussen een zorgverzekering en een autoverzekering. Het gaat om een buitengewoon gereguleerde markt. De risico's worden niet over alle kosten gelopen. Wij zouden graag wat meer onderbouwing ontvangen van die hogere solvabiliteitseis. Wij vragen ons af of de Nederlandsche Bank de specifieke situatie van de zorgverzekeraars wel betrokken heeft bij zijn advies aan het kabinet over deze solvabiliteitseis.

Voorzitter: Smilde

Minister **Schippers**: Voorzitter. Vandaag hebben wij het over inzet van de ex postcompensaties in de risicoverevening voor volgend jaar. Ik heb al opgeschreven waarom ik dit doe. Het staat prachtig in de tekst. Die kan ik voorlezen, maar volgens mij vindt de Kamer het prettig als ik snel overga naar het beantwoorden van de vragen.

Volgend jaar gebeuren er verschillende zaken tegelijk die risico's met zich meebrengen. Er zijn risico's voor ziekenhuizen, waarvoor een transitie-model in het leven is geroepen om de risico's op te kunnen vangen. Daarnaast zijn er risico's voor de zorgverzekeraars, die met de systeemwijzigingen te maken hebben gehad. Ik benadruk dat omdat ik de Kamer eerder heb gemeld dat ik jaarlijks betekenisvolle en verantwoorde stappen zou zetten in de afbouw van de bandbreedteregeling.

Het woord «verantwoord» heb ik benadrukt in mijn voorstellen. De risico's van deze transitie zitten vooral in het eerste jaar. Daarin gaan wij over naar DOT en naar 70% vrije prijzen. In dat eerste jaar moet je dan het voorzichtigst zijn met het afbouwen van de bandbreedteregeling. Ik heb besloten om die in het eerste jaar gelijk te houden, dus om daar geen

stappen, en zeker geen betekenisvolle, in te zetten. Dat wil niet zeggen dat ik mijn afspraken met de Kamer niet nakom. Het is wel de bedoeling dat ik de ex postregeling afbouw. Ik wil wel jaarlijks bekijken hoe dat moet gebeuren, afhankelijk van de situatie op de verzekeringsmarkt. Daarover kunnen wij jaarlijks met elkaar spreken.

Die bandbreedteregeling van de zorgverzekeraars beschouw ik als het vangnet. Wij hebben een vangnet in het leven geroepen voor ziekenhuizen. Dat was er niet, dus daar moesten wij iets voor in het leven roepen. Er was wel een vangnet voor zorgverzekeraars, namelijk die bandbreedteregeling. Die heb ik gehouden zoals zij is, daar zet ik geen stappen in.

Wat gebeurt er verder? De macronacalculatie wordt afgeschaft. Dat was feitelijk al door het vorige kabinet besloten en in de stukken opgenomen. Op dit punt verander ik feitelijk niet veel aan wat er lang geleden is besloten. Een ander element is de nacalculatie bij de ziekenhuizen. Die zou in eerste instantie in twee stappen plaatsvinden. Gezien de enorme toename die wij op de vrije prijzen hebben, heb ik besloten dat dit net zo goed in één stap kan. Dat zijn de hoofdzaken die gebeuren ten aanzien van de ex postregeling. Het is daarbij van belang dat wij de verevening van hoge kosten, die wij eerst achteraf deden, natuurlijk niet zomaar afschaffen zonder dat daar iets voor in de plaats wordt gezet. Wij zetten die hogekostenverevening nu vooraf. Dat is ten behoeve van chronisch zieken, die over het algemeen meerjarig hoge kosten hebben. Wij doen dat nu vooraf.

Bij de ggz is het punt dat dit heel onvoorspelbare zorg is. Het vak van verzekeren is het omgaan met onvoorspelbare risico's. Hoe voorspelbaarder ze worden, hoe meer je ex ante moet doen. Je weet anders van tevoren al dat je verlies gaat lijden. Wij maken wel progressie ten aanzien van de ggz, maar in kleine stapjes. Het is nog niet echt schokkend. Daar houden wij dus het vereveningsmechanisme achteraf in stand. Dat gebeurt echter niet helemaal, want hogekostendrempel van € 10 000 en de kosten buiten de bandbreedte van € 15 worden voor 90% nagecalculeerd. Die 10% zit hem erin dat zorgverzekeraars een beetje risico moeten lopen zodat zij in elk geval worden geprikkeld om wel iets aan de inkoop te doen. Als je het helemaal nacalculeert, is daar helemaal geen stimulans voor.

Dit was mijn inleiding. Ik ga over naar de beantwoording van de gestelde vragen.

Mevrouw Dijkstra van de fractie van D66 zegt dat wij eigenlijk op drijfzand bouwen, mevrouw Leijten noemt het zelfs liberaal drijfzand. Ik vind dat opmerkelijk. Het is natuurlijk iets wat gewoon uit het ziekenfondssysteem komt. De ziekenfondsen werkten al jaren aan een ex antesysteem. Het ex antesysteem is een mooi systeem. Als je dat goed doet, kun je concurreren. Het is ook een ingewikkeld systeem. Nederland heeft een uniek systeem; er zijn nergens in de wereld systemen te vinden die zo doorontwikkeld zijn als het onze. Dat komt ook doordat wij daar al zoveel jaren ervaring mee hebben.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik voel mij enigszins aangesproken, omdat ik zelf een van de bedenkers ben van het vereveningssysteem in het ziekenfondswezen. Ik vond dat op zich een goed systeem. Ik heb de uitgangspunten van de ambtsvoorganger van de minister, de heer Hoogervorst, al genoemd. Dat systeem stak echter anders in elkaar dan het systeem dat nu wordt voorgesteld. Als je verder gaat met het risicovereveningssysteem, moet je ervoor zorgen dat je het ex antesysteem goed voor elkaar hebt. Ook wij hebben geen bezwaar tegen het afschaffen van het ex postmodel, maar wij vinden dat dan wel het ex antesysteem goed voor elkaar moet zijn. De discussie gaat nu in essentie over de vraag of het ex antesysteem goed is en of zorgverzekeraars vooraf kunnen gaan selecteren op risico's. Als zorgverzekeraars zelf aangeven

dat zij vooraf kunnen selecteren op risico's, dus dat zij weten welke groepen verzekerden onvoordelig zijn, heeft het systeem niet voldaan aan de oorspronkelijke bedoeling.

Ik heb nog een andere opmerking, ook voor het historisch besef. Het systeem was aardig uitontwikkeld totdat door de zorgverzekeringswetgeving de particuliere verzekeraars erin schoven. Toen moest er als het ware een inhaalslag worden gemaakt, omdat die verzekeraars op een andere manier bezig waren. Ik denk op zich dat het risicovereveningssysteem goed zou kunnen werken. Dat heb ik nooit ontkend. Je moet er dan echter wel voor zorgen dat je je zaakjes voor elkaar hebt. Daar gaat de discussie vandaag over.

De **voorzitter**: Ik ga interrupties niet beperken, maar ik verzoek wel om ze kort te houden. Een deel van uw vraag had u al uw eerste termijn gesteld, mijnheer Van der Veen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Dat had ik mij niet gerealiseerd. Mijn excuses, voorzitter.

Minister **Schippers**: Een deel ervan is smaak. De heer Van der Veen noemt ook PWC en Boer & Croon en stelt dat iedereen het eigenlijk niets vindt en het onvoldoende solide vindt. Het is maar net hoe je die rapporten leest. Wij hebben die rapporten niet op die manier gelezen. Wij hebben niet de conclusie gezien die de heer Van der Veen eruit trekt. Bij de overgang van de ziekenfondsen en particuliere verzekeringen naar de Zorgverzekeringswet, is er een motie ingediend – het was de motie Omtzigt/Schippers, die herinner ik mij nog goed – waarin werd verzocht om het ex postsysteem op dat moment in stand te houden vanwege de overgang naar een nieuw stelsel, maar als tijdelijke maatregel. In die motie werd de regering ook verzocht om die ex postregeling op een relatief korte termijn af te schaffen om dat stelsel te laten werken. Zoals bekend halen deze ex postmechanismen de stimulansen weg voor verzekeraars om scherper in te kopen. Vijf jaar na de invoering van het stelsel waarin de particulier verzekerden inmiddels volledig meedraaien, vind ik de beslissing om die stap te nemen niet overhaast. Ik ken de motie niet meer helemaal uit mijn hoofd, maar daarin werd verzocht om het een stuk sneller te doen. Vijf jaar na dato is besloten om het ex postsysteem in vier jaar af te bouwen, dus niet in één klap. Bovendien wordt in het eerste jaar – dat is een belangrijk punt, ook voor de kleine zorgverzekeraars – de bandbreedte in stand gehouden. Dan vind ik niet dat je kunt stellen dat er met zevenmijlslaarzen door het zorglandschap wordt gelopen.

De **voorzitter**: Heel kort, mijnheer Van der Veen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik heb geen moment beweerd dat het ex postsysteem niet afgeschaft moet worden. Ik heb gezegd dat het gaat om de vraag of ex ante goed gedefinieerd kan worden. Ik verwijs de minister naar de motie-Omtzigt/Van der Veen. Wellicht kan zij daar ook nog eens naar kijken.

Minister **Schippers**: Er worden heel wat moties ingediend in deze Kamer. Wij zijn het er in elk geval over eens dat het huidige systeem niet oplevert wat wij allemaal willen dat het oplevert. Die analyse delen wij. De vraag is hoe je het systeem zo krijgt dat het wel oplevert wat je wilt. De vraag is of je erop vertrouwt dat verzekeraars gaan doen wat zij moeten doen, of zij hun rol oppakken of niet. Ik vertrouw er niet op dat als wij niets doen, zij dat spontaan van vandaag op morgen gaan doen. Ik denk dat het werkt om ze te belonen voor extra inzet in hun zorginkoop, dat dit een stimulans is voor de verzekeraars om dat daadwerkelijk te doen. Daar zijn deze maatregelen op gericht. Ik ben van mening dat dit ex antesysteem de

backbone is van ons zorgverzekeringssysteem. Als dat niet werkt of scheef gaat, hebben wij allemaal een probleem.

Mevrouw Dijkstra vraagt wanneer het concurreren op kwaliteit nu echt losbarst en wanneer de kosten gaan dalen. Vanaf 2006 is in elk geval de transparantie wat betreft kwaliteit toegenomen. De vraag is of je vindt dat het snel genoeg gaat. Ik denk niet dat het snel genoeg gaat. Wij hopen dat deze maatregelen ertoe leiden dat het sneller gaat. Er kan echter ook niet worden gezegd dat er niets is gebeurd. Als je ziet wat de zorgverzekeraars en ook de patiëntenbeweging en anderen hebben gedaan om de kwaliteit transparant te maken en om te laten zien welke ziekenhuizen waarin goed zijn, vind ik dat er al behoorlijke stappen zijn gezet. De maatregelen die wij nemen, zijn erop gericht om dit proces te versnellen. Er komt bovendien een kwaliteitsinstituut, zodat wij een handje kunnen helpen als het niet snel genoeg gaat. Dat zal ook doorzettingsmacht hebben. Ik vind dat er de afgelopen jaren een duidelijke impuls is gegeven aan het inzichtelijk maken van de kwaliteit. Ik vind dat het sneller moet, maar ik denk dat deze maatregelen daar alleen maar bij helpen.

Mevrouw Dijkstra stelt dat een objectief toetsingskader voor de ex antecoverevening ontbreekt. Zij vraagt hoe je kunt controleren of deze deugt. Het zal altijd een kwestie van smaak blijven. De beoordeling van kwaliteit en de werking van het ex antevereveningsmodel is echter volledig gebaseerd op kwantitatieve gegevens en verschillende jaarlijkse onderzoeken. De onderzoeken worden gebaseerd op werkelijke declaraties. Het model wordt jaarlijks op deze gegevens getoetst en beoordeeld. Hieruit blijkt dat het vereveningsmodel betrouwbaar en robuust is. Dat is het zand waarop die conclusies zijn gebouwd.

De onzekerheden in de kwaliteit zitten in twee aspecten. Het eerste is de vraag in hoeverre de basisgegevens onder het model representatief te maken zijn voor het toekomstige jaar waarop de verevening betrekking heeft. Het tweede is de vraag of het vereveningsmodel zo uitpakt als is gesimuleerd bij de vaststelling. Je neemt zo'n beslissing immers altijd over het volgende jaar, nooit met terugwerkende kracht. Het model en de basisgegevens zijn de afgelopen jaren sterk verbeterd. In dit licht betwijfel ik of mijn beslissing anders zou uitvallen als ik nog over de kwantitatieve evaluatie zou beschikken.

Mevrouw Dijkstra stelt ook dat een objectief toetsingskader ontbreekt. Voor wijzigingen in het ex antevereveningsmodel bestaat wel degelijk een objectief toetsingskader. De verklaringskracht van 98% op verzekeraars-niveau is hoog. Wat niet kan, is het ex postmodel met 1% afbouwen als het ex antemodel 1% beter gaat werken. Zo werkt het niet. De inzet van ex postcompensaties hangt namelijk ook af van bijvoorbeeld de mogelijkheden voor verzekeraars om de kosten te beïnvloeden. Het is altijd een model dat is gebaseerd op gegevens uit het verleden.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Het probleem is natuurlijk dat – dat hebben wij ook gezien bij de fouten in de verrekeningen, waarover ik vragen heb gesteld die de minister heeft beantwoord – het gaat over gegevens van drie jaar geleden. Het is voor verzekeraars heel moeilijk om daarmee om te gaan.

Minister **Schippers**: Het gaat om de verklaringskracht van die gegevens. Die is 98%. Dat vind ik een hoge verklaringskracht. Uiteraard baseer je zo'n model op gegevens uit het verleden. Ik zou ook niet weten hoe je dat anders zou moeten doen, eerlijk gezegd.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Je zou willen dat er een versnelling in komt. Dat het niet over zo'n lange periode gaat.

Minister **Schippers**: Ik wil vooral dat het systeem solide is. Ik wil dat het een robuust systeem is, dat wij regelmatig laten evalueren. Ik zal daar zo

nog iets over zeggen naar aanleiding van een motie van de heer Van der Veen over een nieuwe evaluatie. Die evaluatie zal zijn afgerond voor wij beslissingen nemen voor 2013. Het is belangrijk om deskundige mensen te laten bekijken of het systeem doet wat het zou moeten doen. Dat is regelmatig gebeurd en dat zal opnieuw gebeuren. Van dat soort evaluaties moet je willen leren.

Mevrouw Dijkstra vraagt wanneer de vijfjaarsevaluatie komt. Eind september kom ik naar de Kamer met de vraagstelling en de samenstelling van de evaluatiecommissie. Dat betreft de motie van de heer Van der Veen. Daar zit ook een planning bij. De uitkomsten zullen in elk geval ruim voor de beslissingen voor 2013 moeten worden genomen, beschikbaar zijn. Ik meen zelfs ergens in het voorjaar, voor de zomer. Dat is dus ruim voor de besluiten voor het komende jaar moeten worden genomen. De Kamer kan ook bezien of zij nog vragen wil toevoegen, of er voldoende is meegenomen in de vragen.

Er is gevraagd of de ggz-risicoverevening is verbeterd, of de voorspelende werking van het ggz-model ten opzichte van de vorige jaren is verbeterd. Er is dit jaar voor het eerst gebruik gemaakt van alle gegevens van alle zorgverzekeraars, dus ook van alle verzekerden. Wij hebben de stelselwijziging gehad in het kader van de Zorgverzekeringswet en wij rekenen terug op oude gegevens. Dit is dus het eerste jaar dat dit het geval is. Het betreft alleen gegevens van mensen die zijn verzekerd op grond van de Zorgverzekeringswet. Het model is uitgebreid. De FKG's (farmaceutische kostengroepen) maken onderscheid naar verschillende aandoeningen. Daardoor is de verklaringsgraad van het ex antemodell toegenomen, echter slechts van 5% naar 8,5%. Daarom hebben we bij de ggz ook niet dezelfde afbouw als bij de somatische zorg.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Zegt de minister daarmee dat dit model voldoet? Ik hoor namelijk van de verzekeraars dat het ggz-model niet een-op-een volgens het somatische model kan werken.

Minister **Schippers**: Nee. Daarom hebben wij ook een heel ander ex postmodel bij de ggz, dat niet te vergelijken is met dat voor de somatische zorg. Daarom zitten de ex postmechanismen daar nog fors in. Die kun je ook niet afbouwen als het zo blijft. Wij blijven er steeds onderzoek naar doen en samen met alle betrokkenen bekijken hoe wij het kunnen verbeteren. Zolang net is niet is verbeterd, kunnen er natuurlijk geen rigoureuze stappen worden gezet.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Mag ik nog een vraag stellen?

De **voorzitter**: Zal ik u daarvoor in gelegenheid stellen als de minister klaar is met de beantwoording van uw vragen, mevrouw Dijkstra?

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Dat is goed.

Minister **Schippers**: Ik kom nu op de vragen van de heer Mulder.

De **voorzitter**: Als u de vragen van mevrouw Dijkstra beantwoord heeft, mag zij nog een vraag stellen.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Ik heb moties ingediend waarin wordt verzocht om doelstellingen. De minister heeft daar voor een deel op gereageerd. In haar tweede brief – wij hadden het over de ggz – worden die doelstellingen niet geformuleerd. Kan ik daar nog op rekenen?

Minister **Schippers**: Wat bedoelt mevrouw moet doelstellingen voor de ggz? Doelstellingen ten aanzien van een risicovereveningsmodel?

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Ja, onder meer.

Minister **Schippers**: Mijn doelstelling is om het model voor de ggz te verbeteren. Ik weet uit het verleden en uit de gesprekken die ik daarover heb, dat het heel erg moeilijk is om dat model te verbeteren. Zolang wij daar niet echt stappen in kunnen zetten, blijft het systeem toch een beetje zoals het nu is. Er moet natuurlijk wel enig risico gelopen worden om een prikkel te hebben om nieuwe vormen van ggz in te kopen. De ggz-kosten zijn in hoge mate onvoorspelbaar. Dat is waar verzekeraars meestal goed in zijn, in onvoorspelbare risico's. Daar waar zij stiekem toch voorspelbaar zijn, maar wij dat niet weten, moeten wij dat natuurlijk wel uitvinden. Ik kan daar geen cijfers aan hangen.

De heer Mulder vraagt wanneer het vereveningsresultaat op nul komt. Het vereveningsresultaat is afhankelijk van vereveningsbijdragen en de werkelijke kosten. Dit resultaat op nul brengen, lijkt mij een illusie. Dan zou je perfectie bereikt hebben.

De heer **Mulder** (VVD): Dat is een heel goed doel!

Minister **Schippers**: Dat is inderdaad een goed doel. Daar streven wij ook naar.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Met één zorgverzekeraar!

Minister **Schippers**: Met één zorgverzekeraar kom je een eind, inderdaad. Het beleid van de zorgverzekeraars maakt het ook moeilijk. Als alles gelijk is, kun je heel goed vergelijken. Zodra een zorgverzekeraar beleid gaat voeren op zijn inkoop, wordt dat al een stuk moeilijker. Er zijn ook niet-gezondheidsgerelateerde verschillen waar de risicoverevening niet voor compenseert. Dat is bijvoorbeeld het geval als de consumptiegevoeligheid van groepen heel groot is, als zij gewoon veel gebruik maken van zorg. Het is wel een streven, maar ik kan geen datum noemen waarop wij dat hebben bereikt.

De heer Mulder vraagt of ik bereid ben om de niet-klinische diagnosekostengroepen (DKG's) te onderzoeken. Ik ga inderdaad laten onderzoeken hoe niet-klinische DKG's in het ex antevereveningsmodel kunnen worden opgenomen.

Hij vroeg of hulpmiddelen geen goed vereveningscriterium zouden vormen. Dat zou kunnen. Daar wordt het komende jaar onderzoek naar gedaan. Het probleem was tot nu toe dat de registratie van hulpmiddel niet uniform en optimaal was. Daardoor was het heel moeilijk om dat te doen. Die registratie wordt wel beter, maar blijft een punt waar rekening mee moet worden gehouden. Wij weten nog niet of het voor 2013 mogelijk is om dat te doen, maar er wordt wel onderzoek naar gedaan. De heer Mulder en de heer Van der Veen vragen hoe het vereveningsmodel voor chronisch zieken kan worden verbeterd. Het ex antevereveningsmodel compenseert verzekeraars expliciet voor meer dan 80 aandoeningen. Uit onderzoek van de Erasmus Universiteit in 2006 en 2009 bleek dat er desondanks groepen chronisch zieken zijn waarvoor het model onvoldoende compenseert. Het bleek dat dit een beperkte vaste groep verzekerden betrof die bovendien jaar in, jaar uit hoge kosten maakte. Daarom heeft de Erasmus Universiteit om mijn verzoek het criterium «meerjarige hoge kosten» uitgewerkt. Dat criterium zal in 2012 aan ex antemodel worden toegevoegd. Dit betreft compensatie van hoge kosten van chronisch zieken die niet op basis van geneesmiddelengebruik of ziekenhuisopnames in het verleden kunnen worden geïdentificeerd. Het zal voor deze groep verbeteren. De kwaliteit van het vereveningsmodel zal ook in 2012 samen met verzekeraars en wetenschappers verder worden gemonitord. Suggesties voor verbeteringen worden onderzocht. Hij deed er zelf al twee, waarvan er één al wordt onderzocht. Het gebruik van FKG's

en DKG's voor chronisch zieken met meer zeldzame aandoeningen is ontzettend moeilijk te verwerken in een model. Dan krijg je namelijk heel veel extra categorieën, waardoor zo'n model ongelooflijk complex wordt. De meerjarige hoge kosten zijn dus van achter naar voor geschoven. De heer Mulder vraagt wat flankerend beleid betekent. Dat betreft maatregelen om een gelijk speelveld te handhaven. Wij hebben afgesproken dat late pakketaanpassingen, bijvoorbeeld bij de behandeling van de begroting, niet ten laste komen van de verzekeraars. Evidente ramingsfouten komen ook niet ten laste van verzekeraars, net zo min als het catastroferisico.

De heer **Mulder** (VVD): Wat is precies een catastroferisico?

Minister **Schippers**: Dan moet er echt een ramp gebeuren die als ramp kwalificeert. Het is hetzelfde met andere compensaties van andere groepen in de samenleving. Het moeten echt rampen zijn. Ook moeten de gevolgen ervan ongelijk over verzekeraars zijn verdeeld. Dan kom ik op de verklaarbaarheid op verzekeraarniveau van 98%. Ik heb hier een tekst in de hand. Ik ga die voorlezen, want het gaat over de R-kwadraat en daar ben ik niet zo in thuis. Een R^2 van 98% op verzekeraarniveau geeft aan dat de kosten per verzekeraar erg goed voorspeld worden. Dat gaat altijd beter voor een grote groep dan voor een individueel geval. Het toevoegen of verbeteren van ex antecriteria zal er waarschijnlijk toe leiden dat ook de R^2 op het niveau van verzekerden stijgt.

De heer **Mulder** (VVD): Hangt deze mate af van de risicosamenstelling van de portefeuille van de verzekeraar?

Minister **Schippers**: Als je 98% kunt verklaren, kun je 2% niet verklaren. Die 2% kan verschillend zitten bij verzekeraars.

De heer **Mulder** (VVD): Maar hangt die af van de toevallige risicosamenstelling van de populatie van de verzekeraar? Als dat namelijk het geval is ...

Minister **Schippers**: Er wordt hier «nee» geschud.

De heer **Mulder** (VVD): Als dat namelijk het geval is en verzekerden wisselen van verzekeraar, gaat die 98% direct onderuit. Dan zou het dus geen goede maat zijn. Ik begrijp echter dat dit niet het geval is?

Minister **Schippers**: Dat is niet het geval.

De heer **Van der Veen** (PvdA): U zegt het met overtuiging!

Minister **Schippers**: Ik heb goede bronnen. In Zorgvisie heb ik gezegd dat een verzekeraar niet failliet mag gaan door systeemwijziging. Als een zorgverzekeraar failliet gaat doordat deze slechte zorg inkoopt tegen een hoge prijs, is dat terecht. Ofwel: zo'n verzekeraar moet op tijd zijn zaakjes verbeteren. Als een verzekeraar of een ziekenhuis echter failliet gaat door een systeemwijziging, vind ik dat wij de boeken moeten openen en moeten kijken of het inderdaad door het systeem komt. Als het echt door het systeem komt en niet door eigen beleid, moet de overheid dat niet laten gebeuren. Als het komt doordat de kosten van een verzekeraar te hoog zijn omdat hij het zelf niet in de hand heeft gehouden of anderszins slecht beleid heeft gevoerd, is het een andere zaak.

Ik heb al verteld waarom ik een verandering in de bandbreedteregeling achterwege laat. Ik vind dat in het eerste jaar van de transitie de grootste

risico's zitten. Door de verandering achterwege te laten, vang je de risico's voor zorgverzekeraars voor een groot deel op.

De heer **Van der Veen** zegt dat het risicovereveningssysteem de backbone van het systeem is en dat er geen sprake mag zijn van sluipende selectie. Met de meerjarige hogekostenverevening die we vooraf doen, onder-
vangen we het probleem door het van achteren naar voren te halen. De vraag hoe de afgelopen vijf jaar de collectiviteit van de contracten betreffende de sociale diensten is verlopen, is lastig te beantwoorden, want dat kan ik niet nagaan. Informatie of een verzekeraar winst of verlies maakt op bijvoorbeeld de collectiviteit van sociale diensten, kan ik niet opvragen omdat dit bedrijfsgevoelige informatie betreft. Ik constateer wel dat niet veel contacten met sociale diensten zijn opgezegd, maar ik kan niet nagaan of ze daar winst op hebben gemaakt dan wel verlies op hebben geleden.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Een mogelijkheid is om te (laten) informeren bij de gemeentelijke sociale diensten hoe de contractonderhandelingen met zorgverzekeraars verlopen en om met patiëntenorganisaties te praten over de vraag hoe het zit met het aanbieden van collectieve contracten, bijvoorbeeld voor chronisch zieken, en hoe die zich hebben ontwikkeld. Op zo'n manier krijg je een beeld of het systeem zo in elkaar steekt dat het aantrekkelijk is om er veel energie te steken. Ik ben het met de minister eens dat zij natuurlijk niet in de boeken van de verzekeraar kan kijken.

Minister **Schippers**: Op deze manier kan ik het wel toezeggen. Ik laat het dan gelijklopen met het echte evaluatieonderzoek dat ik de Kamer binnenkort toestuur.

Er loopt een kwantitatieve studie door Boer & Croon naar de werking van risicoverevening op basis van de afgesloten vereveningsjaren 2006, 2007 en 2008. Deze studie zal eind 2011 zijn afgerond. Eind september zal de Kamer de samenstelling, planning en onderzoeksvraag voorgelegd krijgen van de andere evaluatiecommissie.

Er is gezegd dat er geen level playing field is voor kleine en grote verzekeraars en dat kleine verzekeraars in een nadeliger positie zitten. Ik kan geen beleid voeren dat kleine verzekeraars compenseert of bevordert. Dat is Europeesrechtelijk onmogelijk, omdat dat staatssteun zou zijn. Natuurlijk zijn kleine verzekeraars in het level playing field kwetsbaarder dan grote verzekeraars, die immers alle plussen en minnen in zich verenigd hebben. Dat is logisch, omdat die kleine verzekeraars minder spreiding hebben. Het is echter heel erg moeilijk om daar beleid op te voeren. Je kunt wel zorgen dat je een redelijk vangnet hebt. Zo'n premiebandbreedte is voor kleine verzekeraars volgend jaar belangrijk. Zij waren het met name die vroegen het vangnet te zoeken in de premiebandbreedte. Het is goed om daar rekening mee te houden. Uit de onderzoeksgegevens blijkt dat kleine, niet-concerngebonden verzekeraars gemiddeld € 9 verlies per verzekerde lijden. Het gevolg hiervan zou kunnen zijn dat ze zich uit de markt moeten prijzen en een hogere premie moeten vragen dan die andere verzekeraars. Als je echter kijkt naar de gemiddelde premie die de verzekeraars vorig jaar hebben gehanteerd, valt op dat de premies van kleine verzekeraars gemiddeld € 8 lager liggen dan de gemiddelde premie.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Dan hebben de andere wel heel veel verdiend!

Minister **Schippers**: Misschien.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Als uit onderzoek blijkt dat de gemiddelde kleine zorgverzekeraar een verlies maakt van € 9 en vervolgens blijkt in de

praktijk dat die kleine zorgverzekeraar een lagere premie hanteert dan een grote zorgverzekeraar, moet er linksom of rechtsom ergens heel veel geld zijn verdwenen. Dat moet bij die grote zorgverzekeraars zijn terechtgekomen, anders klopt het verhaal niet.

Ik heb nog een andere opmerking over kleine zorgverzekeraars in dit verband. De ambtsvoorganger van deze minister noemde het risico-vereveningssysteem niet voor niets de achilleshiel van het stelsel. Als het niet goed werkt, werkt immers het stelsel niet goed. Een absolute voorwaarde bij de invoering van het stelsel was dat kleine zorgverzekeraars nooit in een nadelige positie zouden komen ten opzichte van grote zorgverzekeraars, omdat ook toen al de angst bestond dat die zorgverzekeraars zouden gaan fuseren. Nu zegt de minister, en dat ben ik met haar eens, dat zij niet voor de kleine zorgverzekeraars aparte maatregelen kan nemen. Uitgaande van het feit echter dat de kleine en grote zorgverzekeraars hetzelfde speelveld moeten hebben en op hetzelfde niveau moeten kunnen spelen, blijft er niet veel anders over. Als de minister echt wil dat de kleine zorgverzekeraars in dezelfde concurrentiepositie blijven, zit er niet veel anders op dan de bandbreedte verkleinen. In de hoorzitting gaven twee grote zorgverzekeraars al aan dat dit een terechte wens en eis is van de kleine zorgverzekeraars.

Minister Schippers: De verzekeraars bepalen zelf hun prijs voor het product dat zij verkopen, de verzekeringen. Zij moeten zelf op hun eigen kosten letten en hebben een eigen bedrijfsvoering. De corebusiness van verzekeren is natuurlijk op een gegeven moment risico's lopen. Als wij die risico's voortdurend aan de achterklant blijven afdekken, nu misschien voor één jaar met een bandbreedte van € 45, en die niet vergroten maar constant houden, schieten we ons doel voorbij. Dat doel is immers dat verzekeraars op een gegeven moment hun rol pakken. We willen toch allemaal dat zij uiteindelijk goede zorg inkopen tegen een scherpe prijs? Je moet dus zorgen dat je een gelijk speelveld hebt, in die zin dat er geen belemmeringen zijn voor kleine verzekeraars, maar ik weet niet hoe ik het anders moet oplossen, ook op Europeesrechtelijk niveau, behalve dan dat ik zou zeggen dat ik altijd de risico's aan de achterkant blijf afdekken, maar dan komt het spel nooit op de wagon.

De heer Van der Veen (PvdA): Het risico van een niet goed werkend vereveningssysteem is dat de verzekeraars het zullen afwentelen op de verzekerden in de vorm van hogere premies. Dat is evident. In het jaarverslag hebben we geconstateerd dat de gegevensverzameling in de gezondheidszorg slecht is. We constateren dat ook de verzekeraars aangeven dat het op het ogenblik erg risicovol is om het vereveningssysteem te veranderen. Dan zijn hogere premies toch de prijs die de samenleving, de burger zal betalen? De zorgverzekeraar zal namelijk zijn risico's afdekken in hogere premies. Op het moment dat de minister de premies zou budgetteren en zou zeggen dat er niet meer dan 3% of 4% premiestijging mag zijn, hebben we het ergens over. Dan worden die zorgverzekeraars namelijk echt gedwongen om zorg zorgvuldig in te kopen. Maar zo lang de risico's in de premies afgewenteld worden, krijgt de minister het echt niet voor elkaar dat de zorgverzekeraars onder druk worden gezet om betere zorg in te kopen. Die kiezen de gemakkelijke weg. Bovendien worden de kleine zorgverzekeraars als eerste slachtoffer, omdat zij veel minder mogelijkheden hebben.

Minister Schippers: Nee, het systeem is zo ingericht dat zorgverzekeraars scherper moeten inkopen. Als zorgverzekeraars alles in hun premie laten weglopen en dat blijven doen, moeten wij op een gegeven moment de conclusie trekken dat het systeem niet werkt. Ik weet wel dat de heer Van der Veen die conclusie trekt ...

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik heb 'm al getrokken.

Minister **Schippers**: Maar ik niet! Je moet zorgverzekeraars daadwerkelijk in hun rol zetten, zodat zij kunnen bewijzen dat het systeem wel zal werken. Het is niet fair om voortijdig te zeggen dat het systeem niet werkt. Het is niet fair om de zorgverzekeraars niet volledig in hun rol te zetten omdat je aan de achterdeur lekker aan het verevenen bent. Dan trek je je conclusie voorbarig. Ik heb dat niet gedaan en met mij het kabinet niet. Wij hebben in het gedoogakkoord én in het regeerakkoord afgesproken dat wij maatregelen nemen die nodig zijn om te maken dat iedereen zijn rol pakt, zowel ziekenhuizen als – met name – zorgverzekeraars. Dat is allemaal expliciet uitgewerkt. Als gebeurt wat de heer Van der Veen zegt en iedereen laat klakkeloos alles in de premie lopen, ben ik het met hem eens dat de overheid beter de zorg kan gaan inkopen. Een administratiekantoor kunnen wij immers ook zijn. Ik help u een beetje, mijnheer Van der Veen ...

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik kan het niet ontkennen, voorzitter.

Minister **Schippers**: Ik ben het met de conclusie van de heer Van der Veen niet eens en ik baseer mij daarvoor mede op gesprekken die ik heb met zorgverzekeraars. Die sluiten niet zomaar een hoofdlijnenakkoord met ziekenhuizen waarin zij zich committeren. Ik vind het een heel grote stap, die gewaardeerd mag worden, dat zorgverzekeraars in dat hoofdlijnenakkoord echt hun nek uitsteken en zeggen dat zij het gaan doen. Je moet daar vertrouwen in hebben en dat hebben we dan ook. Ik ben nog lang niet zo ver als de heer Van der Veen al zegt te zijn.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Een hoofdlijnenakkoord waarvan de zorgverzekeraars bij monde van de heer Wiegel zeggen dat er geen extra geld voor de ziekenhuizen wordt uitgetrokken, doet mij niet denken aan zorgverzekeraars die met selectieve zorginkoop bezig zijn en proberen op die manier de zaak te regelen. Als vervolgens ook niet geregeld is wie er verantwoordelijk is voor de overschrijdingen, vraag ik mij af of de minister gelijk heeft.

De **voorzitter**: Dat is onderwerp van een ander AO.

Minister **Schippers**: Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht. Als zij hun zorgplicht kunnen waarmaken met 0% stijging, waarom zou de heer Van der Veen dan klagen?

De **voorzitter**: De minister gaat verder.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Zegt u maar dat dat ook onderwerp van een ander AO is, voorzitter, want ik heb de neiging om weer te reageren.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Ik wil aanhaken bij wat de minister zojuist zei, namelijk dat als er fouten in het systeem zitten, de verzekeraars en met name de kleine verzekeraars daar natuurlijk niet onder mogen lijden. Ik vraag mij af waar zij precies op doelt. De minister zegt het goed geregeld te hebben. Ik hoor echter nog niet concreet hoe de systeemfouten uit het systeem worden gehaald.

Minister **Schippers**: Als je een systeemovergang wilt zonder risico's, zul je nooit van het ene systeem in het andere terechtkomen. Dat is absoluut zeker. Ik heb dus ook nooit gezegd dat er geen enkel risico is. Daarom hebben we dan ook een bandbreedte. Als de gevolgen echter zo groot zijn dat er bedrijven failliet gaan, vind ik dat we rond de tafel moeten gaan zitten om met deskundigen en de NZa te bekijken of een dergelijk

faillissement door de systeemwijziging komt. Als dat zo is, dan laten we dat niet gebeuren.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Moet je dat dan niet van tevoren inschatten, in plaats pas te kijken hoe het komt als het al gebeurt?

Minister **Schippers**: Dat hebben we natuurlijk van tevoren ingeschat, anders zouden we nooit zo'n systeemwijziging doorvoeren. Je kunt echter niet tot op achter de komma nauwkeurig bekijken hoe een systeemwijziging zal uitpakken. Dat ging niet bij de systeemwijziging van de Zorgverzekeringswet, dat ging niet bij de overgang naar de dbc's en dat gaat ook niet bij de overgang naar de DOT. We hebben wel de DOT-simulatie verwerkt in de ex anterieure overeenkomst. Dat is natuurlijk een simulatie. Het is niet echt, want in het echt moet het nog gebeuren. Je komt er in combinatie met de bandbreedte achteraf echter wel maximaal beslagen mee ten ijs. Op een gegeven moment moet je dan besluiten dat je overgaat naar het nieuwe systeem.

De **voorzitter**: De minister zegt dat het vangnet nu de bandbreedte is. Die bandbreedte gaan we echter afbouwen. Hoe zit het dan over drie jaar met de kleine zorgverzekeraars? Wat gebeurt er dan, als dat vangnet weg is?

Minister **Schippers**: Dan zit je in het nieuwe systeem. We gaan nu van het oude naar het nieuwe. Dan is er één jaar waarin zich de grootste schokken zullen voordoen. Daarvoor heb je een transitieplan voor de ziekenhuizen en een bandbreedte waaraan niets verandert voor de zorgverzekeraar. Ook heb je ex ante de DOT-simulatie verwerkt. Vervolgens, als het goed verloopt, hebben we het volgende jaar in een AO over de vraag hoe het verlopen is en wat er verantwoord is om het komende jaar te doen. Je moet er vooraf geen vierjarig schema op leggen. Als ik zo'n vast schema had gevolgd, had ik nu al op een bandbreedte van € 80 moeten zitten. Dat heb ik niet gedaan. Je moet het ieder jaar opnieuw bekijken.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Ik wil toch graag van de minister horen of ik het goed begrijp. Zegt zij dat als door fouten in het systeem (kleine) verzekeraars echt in de problemen komen, zij zal ingrijpen en er door deskundigen en de NZa naar zal laten kijken? Op welk moment constateren we dat dit zo is? Wanneer is het moment aangebroken dat de minister dat constateert en eraan gaat werken?

Minister **Schippers**: Pas als een bedrijf echt omvalt, zijn wij aan bod en niet als een bedrijf slechts wat fluctuaties heeft, want die zijn er natuurlijk altijd bij systeemwijzigingen en dat zal bij de ziekenhuizen ook het geval zijn. Verwacht ik dat er een echt probleem zal ontstaan? Nee, want dan zou ik het niet doen. Het kan echter altijd. Als we deze stap zetten, moeten we de zekerheid bieden dat bedrijven niet zullen omvallen door een systeemwijziging. Die uitspraak moet je doen, maar tegelijkertijd moet je voldoende vertrouwen hebben in de overgang. Als je dat niet hebt, moet je niet overgaan.

Voorzitter. Verschillende leden hebben een vraag gesteld over de solvabiliteit. De Nederlandsche Bank heeft de minister van Financiën – die beslist uiteindelijk wat de solvabiliteit moet zijn – geadviseerd om de solvabiliteitseis te verhogen van 9% naar 11%. Het huidige vermogen van de zorgverzekeraars voldoet nu al aan de hogere solvabiliteitseis van 2012. Het argument dat als je die verhoogt, de premies automatisch ook moeten worden verhoogd, klopt dus niet. Het is echter wel aan iedere zorgverzekeraar zelf om te bepalen om het te doen. Het betreft besluiten die niet in mijn hand liggen. Ten eerste. De solvabiliteitseis wordt altijd vastgesteld door de minister van Financiën, na advies van DNB. Zij hebben beide, medevooruitlopend op Solvency II besloten om nu die

verhoging in te zetten en door te voeren. Ten tweede. Verzekeraars zouden gemiddeld genomen geen verhoging moeten hoeven doorvoeren, omdat zij nu al redelijk voldoen aan de eis.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Het gaat over een gemiddelde. Er is 2,5 mld. nodig en er zit 7 mld. bij de zorgverzekeraars. Als je het zo bekijkt, kan men dus de klap opvangen. Maar gemiddeld is gemiddeld. De vraag is dus of er ook zorgverzekeraars zijn die er moeite mee hebben. Bovendien kan de solvabiliteit uiteindelijk ook neerslaan op de verzekeren. Een zorgverzekeraar die niet meer over het aanvullende vermogen beschikt om de solvabiliteitseis te volgen, heeft echt een concurrentienadeel. Het centrale punt blijft: als je minder risico loopt dan verwacht, is het raar dat de solvabiliteit moet stijgen terwijl Zorgverzekeraars Nederland met een onderzoek komt waaruit blijkt dat als je de opslagen erbij zet, je een solvabiliteitspercentage van 7,4 nodig hebt.

Minister **Schippers**: Er zijn verzekeraars die er niet aan voldoen; men voldoet namelijk gemiddeld aan de solvabiliteitseis. Dit vindt natuurlijk zijn basis in de banken- en verzekeraarscrisis van een aantal jaar geleden. De commissie-De Wit heeft geadviseerd dat wij de verhouding tussen het risico en het eigen vermogen het eigen vermogen van verzekeraars en banken aanzienlijk vergroten. Daaruit zijn Europese regels voortgevloeid. Dit loopt daar enigszins op vooruit, ben ik met de heer Van der Veen eens. Ik ben het ook met hem eens dat je van smaak kunt verschillen over de vraag hoeveel risico zorgverzekeraars lopen in Nederland ten opzichte van schadeverzekeraars. Uiteindelijk heeft de minister van Financiën op advies van DNB besloten tot die 11%.

De heer **Mulder** (VVD): Het is inderdaad de minister van Financiën die daartoe besluit, maar de minister van Financiën en de minister van VWS zitten in één en hetzelfde kabinet. Ik kan mij zo voorstellen dat de minister van VWS het rapport dat is opgesteld in opdracht van Zorgverzekeraars Nederland onder de aandacht heeft gebracht van de minister van Financiën en dat hij dat vervolgens heeft gewogen of dat nog gaat wegen.

Minister **Schippers**: Ik heb dat inderdaad onder de aandacht van de minister van Financiën gebracht. Het kabinet spreekt met één mond. Het is 11% geworden.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): De heer Van der Veen heeft mijn vraag herhaald. Waarom wordt er niet ook gesleuteld aan de solvabiliteitseis? Het risico bestaat immers dat het iets vermindert in 2012 ten opzichte van de eerdere plannen.

Minister **Schippers**: Ik heb dat onder de aandacht van de minister van Financiën gebracht. Het heeft het besluit van het kabinet niet beïnvloed. De vragen van mevrouw Gerbrands heb ik al beantwoord. Mevrouw Leijten vraagt wat er gebeurt met het risico van de eigen bijdrage in de geestelijke gezondheidszorg als de zorgverzekeraars en de aanbieders die niet innen. Dat is natuurlijk altijd lastig. We leven in een parlementaire democratie. Als er in een parlementaire democratie besluiten worden genomen, kan een verzekeraar of aanbieder natuurlijk zeggen dat die deze besluiten niet uitvoert, maar uiteindelijk wordt het natuurlijk gewoon doorberekend. Dan blijft de rekening ergens liggen. De vraag waar die rekening precies blijft liggen is afhankelijk van hoe je ernaar kijkt. Een zorgverzekeraar kan die € 200 doorberekenen. Inning is dan aan de instellingen. In de gezondheidszorg hebben wij al jaren de afspraak dat inningsvragen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders worden opgelost. Dat wil niet zeggen dat het niet gebeurt als instellingen zeggen het niet te doen. Je berekent het natuurlijk allemaal door.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Een van de problemen is dat het de bedoeling was dat de eigen bijdrage in het begin geheven wordt, zodat mensen een beeld krijgen van de kosten en de eigen bijdrage als een drempeltje werkt. In de ggz is het naar mijn idee anders, want het heffingsmoment ligt daar vaak niet aan het begin – zeker niet in geval van bepaalde vormen van eigen bijdrage – maar later in de cyclus, waardoor mensen pas een lange periode na de start van de behandeling worden geconfronteerd met een eigen bijdrage. Dat maakt het des te ingewikkelder, ook als het gaat om de inning.

Minister **Schippers**: Dat ben ik niet helemaal met de heer Van der Veen eens. Het ligt eraan hoe je kijkt naar eigen betalingen. Je kunt ook zeggen dat we natuurlijk een eigen betaling voor verblijf hebben. Dat zijn gewone vervangingskosten; die hebben we ook in de AWBZ. Die hebben een ander doel. Verder zijn er dan nog de andere eigen betalingen. Daarvan hebben we gezegd dat als je een eigen bijdrage heft in de al bestaande eerste lijn en niet in de tweede lijn, je niet raar moet opkijken als er relatief veel te veel mensen in de tweede lijn zitten. Op Europees niveau is dit ook zo. Als je maar helder en duidelijk maakt dat de eigen bijdrage er is, moeten de mensen wel weten dat die bestaat. De bijdrage geldt overigens niet voor crisisopvang. Als je in de crisis zit, wordt je gewoon opgevangen. Voor de overige vormen van ggz geldt de eigen bijdrage wel.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Dat is niet helemaal de strekking van mijn opmerking. Het gaat erom dat als je aan de eigen bijdrage begint, je dat moet doen op het moment dat de mensen nog een keuze hebben.

Minister **Schippers**: Dat is het allerbeste.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik heb begrepen dat dat in de ggz heel erg ingewikkeld ligt en dat mensen die al langdurig in behandeling zijn in één keer geconfronteerd kunnen worden met een eigen bijdrage. Dan krijg je natuurlijk de vraag wie dat gaat innen en wie de zwartepiet naar zich toetrekt. Dat maakt het geheel onduidelijker.

Minister **Schippers**: In feite kan dat gebeuren bij opening van een dbc. Dan weet je er een eigen bijdrage aan vastzit. Aan het begin werkt het het meest effectief en geef je degenen die bij je aankloppen nog het meest een keuze.

Voorzitter. Mevrouw Smilde vraagt hoe de DOT's uitpakken voor de umc's. Zowel VWS als de NZa heeft een schadelastverschuivingsonderzoek gedaan. Hieruit blijkt dat na invoering van de DOT's de opbrengsten lager zullen zijn dan met de huidige dbc's. Belangrijk is dat er een transitiebedragmodel is voor 2012. Dat transitiemodel dempt grotendeels dit effect. Daarnaast worden de DOT's doorontwikkeld en zijn er expertproducten die ertoe kunnen leiden dat de omzet in 2013 verandert. Het is dus een bekend fenomeen waar men bovenop zit. Er wordt hard aan gewerkt om het zo snel mogelijk glad te trekken.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Voorzitter. Mijn tweede termijn kan heel kort. We praten vandaag over het afschaffen van het risicovereveningssysteem. Zoals ik in mijn eerste termijn al zei, is dit een ingewikkeld onderwerp, zo blijkt ook als we doorpraten met de minister over de manier waarop het risicovereveningssysteem wordt aangepakt. Bij een aantal onderwerpen waarover ik vragen heb gesteld, heb ik moeite om te zien wat de onderbouwing van de minister precies is. Natuurlijk moeten de verzekeraars hun rol pakken. Ik ben het helemaal eens met wat de minister daarover zegt. Ik heb ook de indruk dat ze dat zullen doen, dat blijkt inderdaad uit het convenant. De vraag is echter in hoeverre zij door de

fouten in het systeem die rol echt kunnen pakken. Ik heb nog steeds moeite om te begrijpen hoe de minister die risico's wil afdekken. Mijn opmerking over de zevenmijlslaarzen heeft vooral te maken met het feit dat de minister grote stappen zet. Ik heb al eerder gezegd dat we dat steunen, maar ik zou heel graag nog een duidelijker onderbouwing zien.

De heer **Mulder** (VVD): Voorzitter. Ook ik kan kort zijn. We hebben dit voorjaar uitvoerig over dit onderwerp gesproken en doen dat nu weer. Dank aan de minister voor de beantwoording van de vragen uit de eerste termijn.

We zitten in een situatie van «stuck in the middle». Daar moeten we uit. Verzekeraars moeten in hun rol komen. Daartoe moeten we stappen zetten, anders blijven we de komende jaren doormodderen. Wat de VVD betreft, gaan we het ook doen. Ik heb daar een aantal suggesties voor gedaan zoals het verder perfectioneren van de ex anteverevening, in de wetenschap dat die nooit 100% perfect wordt.

De minister zegt dat zij een betekenisvolle stap zal zetten. Wij kennen de minister als zeer voortvarend. Ze is echter ook verantwoord. We gaan er dan ook van uit dat zij verantwoord voortvarend te werk zal gaan, zodat we niet na dit jaar maar wel het jaar erop voortvarende stappen kunnen zetten met de bandbreedteregel.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voorzitter. Allereerst dank aan de minister voor de beantwoording van de vragen.

Minister Hoogervorst heeft het vereveningssysteem niet voor niets de achilleshiel van het geheel genoemd. Als je dat niet goed uitvoert, heb je een heel groot probleem. Ik krijg de indruk dat het uitgangspunt van de minister om aan het risicovereveningssysteem te sleutelen is om zo de zorgverzekeraars vooruit te branden en tot hun taak te zetten. Dat is geen goed uitgangspunt. Het uitgangspunt van het risicovereveningssysteem is: zorg dat alle verzekerden hetzelfde financiële risico lopen voor die verzekeraar. Door de nadruk te leggen op het vooruitbranden van de verzekeraars en hen onder druk zetten, zullen er naar ik vrees forse ongelukken gaan gebeuren.

Ten eerste. De verzekeraars zijn nu vijf, zes jaar bezig. Nog steeds moeten we concluderen – de minister heeft het al vaker gedaan – dat de zorginkoopfunctie nog niet van de grond komt. Ik kan de minister garanderen dat als die nog niet van de grond is gekomen, deze straks ook niet van de grond zal komen. De zorgverzekeraars hebben namelijk de mogelijkheid om hun lasten af te wentelen op de verzekerden. Dat kunnen ze doen in de vorm van premieverhoging maar ook door sluipende selectie. De minister heeft mij er niet van kunnen overtuigen dat dit niet zo is. Sluipende selectie staat haaks op wat met het risicovereveningssysteem is bedoeld. Ten tweede. Heel erg belangrijk voor een risicovereveningssysteem zijn de gegevens waarop het geheel is gebouwd. Ook dit kan een achilleshiel worden. Niet voor niets is al in 2006 gezegd dat binnen een paar jaar helder moest zijn hoe het systeem uitpakt. Dat lukte nog nooit. Nu doen we het op basis van aannames, waarbij de een zegt dat het glas halfvol is, en de ander dat het halfleeg is. Op basis daarvan moet een beslissing worden genomen over de verdere voortgang. Als je het niet goed doet, loop je ook daarbij het risico dat het neerslaat op de burger en dat de zorgverzekeraar nog steeds niet vooruit te branden is.

Ten derde. De zorgverzekeraars lopen nu een risico van naar ik meen 78%. Dat gaat straks naar 92%. Zou je alleen al op basis daarvan verwachten dat de zorgverzekeraars volgend jaar de zorginkoopfunctie verder zullen doen? Dat kan tegenwoordig.

Ik vraag nu al een VAO aan, om met name over bandbreedteregeling, die het enige werkelijke vangnet is om ongelukken te voorkomen, en wellicht ook over de solvabiliteit een motie in te dienen. Voor alle duidelijkheid: ook de PvdA heeft gezegd dat als je met dit systeem verder wilt, je de ex

post moet afschaffen. Dat doe je echter pas nadat je de ex ante heel goed voor elkaar hebt. Ik hoop betoogd te hebben dat dit nog niet aan de orde is.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Voorzitter. Allereerst dank aan de minister voor de antwoorden.

Ik heb nog één punt. We hebben het gehad over het eventueel omvallen van kleine zorgverzekeraars. Als dat door systeemwijzigingen komt, gaan we er wat aan doen, maar als bijvoorbeeld de kosten van een verzekeraar te hoog zijn, is dat zijn eigen zaak volgens de minister. Daarvan gaan bij mij alle haren overeind staan. We hebben namelijk vorige week een technische briefing en een hoorzitting gehad, waarbij precies dit punt aan de orde is geweest. In de technische briefing werd gezegd dat het negatieve resultaat voornamelijk veroorzaakt zou worden door de kosten van de zorgverzekeraars terwijl de zorgverzekeraars aangaven dat het zou komen door de systeemwijziging. Ik wil dus heel graag een heldere uitspraak hierover van de minister, anders zitten we in het eerste het beste geval waarbij hiervan sprake is te soebatten over de vraag of het door de kosten of door de systeemwijziging komt.

Voorzitter: Dijkstra

Mevrouw **Smilde** (CDA): Voorzitter. Dank aan de minister voor de beantwoording van de vragen.

Ik constateer dat het goed is dat we hebben afgesproken dat elk jaar de stappen begeleid zullen worden in de Kamer. Ik denk dat dit op een serieuze manier is gebeurd. Dit geldt ook voor de ggz. De minister heeft gezegd dat zij hier in 2012 op terugkomt, zodat we er in 2013 nader naar kunnen kijken.

Hetzelfde geldt voor de kleine zorgverzekeraars. Ik sluit mij gedeeltelijk aan bij de vraag van mevrouw Gerbrands. Ik ben het echter met de minister eens dat voor 2012 nog sprake is van een vangnet en een bandbreedte. Ik wil daarom voordat we een beslissing nemen voor 2013 bekijken hoe het met name voor de kleine zorgverzekeraars is gelopen in 2012.

Ook ik heb nog aarzeling bij de solvabiliteitseis. De minister spreekt over «gemiddeld». Ik wil weten hoever het uiteen ligt. Gemiddeld kan zijn dat de één een solvabiliteit heeft van 15% en een ander slechts van 7%. Dan ligt het natuurlijk verder uiteen dan bij 11%. Hoe groot is het risico dat zorgverzekeraars die solvabiliteit inderdaad via premieverhoging moeten bereiken?

Voorzitter: Smilde

Minister **Schippers**: Voorzitter. Het vervelende van een systeemwijziging is dat je altijd risico's loopt. Als je naar iets nieuws overgaat, weet je immers nooit zeker hoe het loopt. Het is dus altijd aan de orde om goed de risico's te calculeren en om eventuele grote uitgaven proberen op te vangen. Toch stap je altijd in iets onbekends. Ik wil benadrukken dat je een dergelijke stap ook niet kunt zetten, maar dat de kosten daarvan ook groot zijn. De kosten van een systeem dat niet werkt, zijn hoog. Je kunt zeggen dat het veel te vroeg is, dat de stappen veel te groot zijn en dat je die stappen ook wel wilt zetten maar niet op basis van de voorliggende gegevens, maar ieder jaar dat we het systeem laten doorlopen op de manier waarop het nu loopt, brengt dat kosten met zich mee op het gebied van de kwaliteit, kosten die doelmatigheidsverlies met zich meebrengen. Die kosten zijn eveneens aanzienlijk. Op een gegeven moment moet je zeggen dat je die kosten niet langer accepteert, dat je het systeem echt moet doorontwikkelen en dat je moet doorpakken. We doen dat op basis van gecalculerde risico's, met een transitiesysteem en met

een bandbreedteregeling die we houden zoals die is. Uiteindelijk kunnen zorgverzekeraars wel degelijk hun rol oppakken. Ze hebben ook aangegeven dat zij die rol willen pakken. Ze hebben daarover een akkoord gesloten waarin zij toezeggen die rol op te pakken en zich verantwoordelijk te maken voor volume. Ik heb er dan ook alle vertrouwen in dat het gaat gebeuren.

Het vereveningssysteem is ook in mijn ogen de ruggengraat van wat wij doen. Als het echt fout in elkaar zou steken, krijg je risicoselectie en dat wil helemaal niemand in deze Kamer. De vraag is of het ex anterisico-vereveningssysteem sterk genoeg is zodat er geen forse ongelukken zullen gebeuren. De macronacalculatie is de grootste stap die we nemen. Er is, nota bene door het vorige kabinet, besloten dat het een verantwoord stap is om die af te schaffen. Is er nou het afgelopen jaar niets gebeurd en kunnen we zeggen dat de zorgverzekeraars er niets van hebben gemaakt? Nee, die analyse deel ik echt niet. Ik denk dat er de afgelopen vijf jaar een forse premieconcurrentie is geweest tussen zorgverzekeraars. Er wordt gesteld dat er sprake is van risicoselectie. Echter de NZa heeft daar recent onderzoek naar gedaan en stelt dat daarvan geen sprake is. Het is maar net wat je wilt lezen. Wij hebben de NZa niet voor niets; de NZa is onze zorgautoriteit, die rapporten uitbrengt en scans laat doen. Staan wij dus maar een beetje in de lucht te werken? Nee, wij hebben de NZa die deze markt heel goed in de gaten houdt en die ons adviseert of het verantwoord is wat wij doen. Als de NZa zegt dat er geen risicoselectie is, weet ik niet waar de heer Van der Veen zijn analyse op baseert.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Het betrof een uitspraak van een van de zorgverzekeraars tijdens de rondetafelconferentie.

Minister **Schippers**: Wij moeten ons baseren op onderzoeken die wij laten doen door mensen die tot hun nek in deze materie zitten. Die zorgverzekeraar kan het wel doen, maar die laat vast zijn boeken niet zien, want dat is bedrijfsgevoelige informatie. Ik kan niet anders dan onze autoriteiten onderzoek laten doen en mij baseren op de conclusies die zij daarin trekken.

Ik denk dat wij heel zorgvuldig zijn geweest door op het punt van de bandbreedte een pas op de plaats te doen en deze niet verder te laten stijgen.

Ik heb helemaal geen aanleiding om te denken dat door deze systeemwijziging kleine zorgverzekeraars zullen omvallen. Als dacht dat dit gebeurde, zou ik kijken waar dat aan ligt om het te kunnen voorkomen. Ik zie daar geen aanleiding toe. Ik heb het aan de orde gesteld in Zorgvisie omdat ik werd gevraagd: vindt u het acceptabel als door een systeemfout een ziekenhuis of zorgverzekeraar omvalt. Dan moet ik antwoorden dat ik dat niet acceptabel vindt in geval van een systeemfout. Ik vind dat je daar dus een garantie op moet geven. Ik denk echter niet dat het zal gebeuren, want dan zou ik deze systeemwijziging niet doorvoeren.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): We gaan ervan uit dat het niet gebeurt. Stel, het gebeurt wel. Hoe groot is dan de kans dat we met z'n allen zeggen dat de kosten van de zorgverzekeraars gewoon te hoog zijn geweest en dat het dus niet aan het systeem ligt?

Minister **Schippers**: Ik beoordeel dat niet zelf. Ik dat geval zal ik de NZa vragen om te beoordelen of het komt door het systeem. Het zou heel erg worden als ik als politicus dat beoordeelde. Daar hebben we deskundigen voor, die dat op een zorgvuldige manier doen.

Mevrouw Smilde vraagt of ik iets kan zeggen over de verschillen in solvabiliteit tussen verschillende verzekeraars. Dat kan ik niet, want dat is bedrijfsgevoelige informatie. Ik weet dus niet precies wie wel en wie niet

voldoet aan de eis. Die informatie kan ik ook niet ergens opvragen. Ik kan alleen iets zeggen over het geheel. Over de gehele linie kan ik gemiddelde uitspraken doen.

De **voorzitter**: Maar er moet toch gehandhaafd kunnen worden, er moet toch gecontroleerd kunnen worden of een zorgverzekeraar voldoet aan de solvabiliteitseis?

Minister **Schippers**: Dat doet DNB, maar die geeft die informatie niet aan ons. DNB doet dat achter gesloten deuren.

Mevrouw Smilde zegt dat we in het voorjaar kunnen bekijken hoe de systeemwijziging is gegaan. Dat is echter wel heel erg vroeg. Ik zeg dat om de verwachtingen te managen. Je kunt niet in het voorjaar al zien hoe dit heeft uitgedraaid.

De **voorzitter**: Wat ik heb bedoeld te zeggen is dat we bij de volgende stap, die we volgend jaar om deze tijd voor 2013 moeten zetten, de gegevens moeten hebben van een aantal zaken waarbij we nu vraagtekens zetten.

Minister **Schippers**: Ja, maar de gegevens lopen altijd achter. Dat is natuurlijk precies de crime in de gezondheidszorg. We hebben inderdaad wel de evaluatie.

De **voorzitter**: Ik dank de minister en haar ambtenaren evenals mijn collega's en de mensen op de publieke tribune.

De minister heeft een toezegging gedaan over de evaluatie. Ook heeft zij toegezegd dat bij de evaluatie en overzicht komt van de ontwikkeling van de collectieve contracten bij de sociale diensten.

Er is een VAO aangevraagd met als eerste spreker de heer Van der Veen van de Partij van de Arbeid.