

Lijst van vragen – totaal

1

In de brief over de vormgeving van de risicoverevening 2010 wordt niet ingegaan op de wijze waarin het onder couvert inkopen van geneesmiddelen wordt vastgelegd in de risicoverevening 2010. Kunt u beschrijven hoe wordt gegarandeerd dat op een juiste wijze wordt omgegaan met registratie, op individueel niveau, de werkelijke betaalde (couvert) prijzen? Hoe kunt u garanderen dat de risicoverevening niet onnodig onder druk komt te staan?

2

Welke wijzigingen hebben er voor gezorgd dat het vereveningsmodel 2010 voor de somatische zorg is toegenomen?

3

Hoe is het model voor 2010 representatief gemaakt?

4

Kosten onder het deelbedrag «kosten van b-dbc's» zijn minder goed te voorspellen, omdat het in het algemeen over electieve zorg gaat. Welke consequenties heeft dit voor de ex post compensatiemechanismen somatische zorg?

5

De beïnvloedingsmogelijkheden van verzekeraars op de ziekenhuiskosten zijn nog niet voldoende. Wanneer is hier wel sprake van, en in welke vorm?

6

Ex ante verevening. De minister beschrijft dat er aspecten van de ex ante verevening zijn die voor verbetering in aanmerking komen. Kan de minister aangeven op welke aspecten van de ex ante verevening de verklarende werking achterloopt? Wat zijn daarvan de oorzaken?

7

Op welke termijn is te verwachten dat de verklarende werking van de ex ante verevening voldoende is om zelfstandig het gelijke speelveld tussen zorgverzekeraars te genereren?

8

Wat zijn de randvoorwaarden waaraan moet worden voldaan, zodat de afbouw van het ex post compensatiemechanismen niet contraproductief gaat werken?

9

Welke onderdelen van de ex post verevening zijn voor verbetering vatbaar?

10

Wat is de feitelijke onderbouwing voor de uitspraak dat verzekeraars in het B-segment geen extra prikkel ervaren tot risicoselectie, omdat zij niet kunnen voorspellen welke verzekerden deze zorg het komende jaren zullen moeten gebruiken?

11

Aan welke voorwaarden moet volgens de minister zijn voldaan om de ex-post compensatiemechanismen af te bouwen?

- 12
Heeft de minister een stappenplan in welk tempo en met welke vastgelegde stappen de ex-post compensatiemechanismen worden afgebouwd?
- 13
Zijn er financiële verschuivingen tussen de eerste en tweede lijn te verwachten als gevolg van het op nul procent zetten van het nacalculatiepercentage?
- 14
Wat zijn de beïnvloedingsmogelijkheden van verzekeraars op de variabele kosten van de ziekenhuisverpleging?
- 15
Het drempelbedrag voor de hogekostencompensatie gaat met 12,5% omhoog. Wat is de stijging van de zorgkosten?
- 16
Klopt het dat verzekeraars gebruik moeten gaan maken van de bandbreedteregeling vanwege een mindere voorspellende werking van het ex ante vereveningsmodel?
- 17
Kan de minister aangeven waarom het drempelbedrag met een forse verhoging (12,5%) wordt opgehoogd?
- 18
Kan de minister aangeven waarom de bandbreedtegegevens over 2007 representatief zijn voor 2010?
- 19
Waarom is de keuze gemaakt de bandbreedte op hetzelfde bedrag te houden als de gegevens worden gebaseerd op 2007, terwijl de bandbreedte na 2007 nog aangepast is?
- 20
De minister heeft besloten tot een volledige nacalculatie van de kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar in het jaar 2010. Geldt dit ook voor de volgende jaren?
- 21
Kan de minister aangeven in welke mate verzekeraars die van de bandbreedteregeling gebruik maken dit het gevolg is van slechte zorginkoop, zoals hij beschrijft in voorliggende brief of van de werking van het ex ante model?
- 22
Hoeveel verzekeraars maken gebruik van de bandbreedteregeling omdat zij een te groot verlies per verzekerde leiden, en in welke mate is dit het gevolg van slechte zorginkoop?
- 23
Wat is de reden dat de gegevens over verzekerden jonger dan achttien jaar in de geestelijke gezondheidszorg van onvoldoende kwaliteit waren om mee te nemen in het vereveningsmodel 2010?
- 24
Hoe komt de minister aan de stijging van de risicodragendheid van 12%?

25

Om welke reden is de drempelwaarde bij de hogekostencompensatie in de ex-post compensatiemechanismen lager dan die bij de ex-ante compensatiemechanismen?

26

Is het mogelijk een model te ontwikkelen voor verzekerden jonger dan 18 voor de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg?

27

Waarom wordt er buiten de bandbreedte voor 100% nagecalculeerd? Waarom kan het invoeren van het dbc-model niet in het vereveningsmodel gesimuleerd worden?

28

Wat is de reactie van de minister op de verhoging van de solvabiliteitseis door De Nederlandsche Bank (DNB)? Op welke wijze gaat voorkomen worden dat hierdoor de premies niet onevenredig gaan stijgen? Wat voor financiële consequenties heeft het ophogen van de solvabiliteitseis van 8 naar 9%? Over welke orde van grootte gaat het hier? Kunnen zorgverzekeraars hierdoor in de problemen raken? Welke eisen stelt de Nederlandse Bank buiten de solvabiliteitseis van 9% nog meer aan zorgverzekeraars? Is de minister van Financiën verplicht het advies van De Nederlandsche Bank over te nemen?

29

DNB heeft geadviseerd de vereiste solvabiliteit voor zorgverzekeraars te verhogen van 8 naar 9%. Hierover zijn schriftelijke vragen gesteld door de leden Van der Veen en Smilde. Kan de minister deze beantwoorden tegelijk met de beantwoording van deze feitelijke vragen?

- 1. Bent u op de hoogte van het bericht dat DNB de solvabiliteitseisen voor zorgverzekeraars volgend jaar aanscherpt van 8% naar 9%?*
- 2. Klopt het dat als gevolg daarvan de zorgverzekeraars in totaal 300 miljoen Euro extra aan eigen vermogen moeten aanhouden en dat hierdoor de zorgpremie met 25 Euro per verzekerde per jaar zal stijgen? Verwacht u dat daarvoor de premies voor 2010 nog zullen moeten worden verhoogd?*
- 3. Kunt u aangeven wat de gevolgen van de nieuwe solvabiliteitseis zullen zijn voor uw begroting voor het jaar 2010 en de collectieve lasten in 2010?*
- 4. Hoe beoordeelt u de huidige en de geprognostiseerde solvabiliteit van de zorgverzekeraars?*
- 5. Hoe beoordeelt u de wenselijkheid en de noodzakelijkheid van de aanpassing van de solvabiliteitseis? Ziet u dit als een tijdelijke maatregel? Is over de aanpassing van de solvabiliteitseis vooraf door de DNB met u of de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) overlegd? Zo ja, welke reactie of welk advies is er in dat overleg door u of de NZa gegeven?*

30

De invoering van de nieuwe dbc-systematiek (DOT) is voorzien op 1 januari 2011. Ligt de voorbereiding op schema, ook i.v.m. de aandachtspunten op het terrein van de vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten?

31

Kan de minister een inschatting geven in welke mate nieuw beleid zoals bijvoorbeeld invoering van DOT, functionele bekostiging en invoering

GGZ, overheveling AWBZ, gevolgen heeft voor de voorspellende waarde van het ex ante model?

32

Op welke wijze kan voorkomen worden dat door de vergrote risicodragendheid van zorgverzekeraars de premies onevenredig gaan stijgen?

33

Klopt de verhoging van het eigen risico met 10 Euro naar 165 Euro met de indexatie zoals deze is vastgelegd in de Zorgverzekeringswet?

34

Wanneer komt de minister met het toegezegde stappenplan?

35

Wanneer is het onderzoek gereed naar de regionale factoren die belangrijk zijn bij het gebruik van de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg?

36

Kan de minister aangeven hoe de verklarende werking van het GGZ model zich verhoudt tot die van de somatische zorg? Op welke termijn kan het GGZ ex ante model een vergelijkbare voorspellende waarde hebben als die van het ex ante model in de somatisch zorg?

37

De basisgegevens voor 2010 zijn beter representatief gemaakt dan voorgaande jaren. Over welke basisgegevens gaat dit, en hoe heeft die verbetering plaatsgevonden?

38

Er wordt aangegeven dat er een hoge mate van stabiliteit van de normbedragen is vanwege een lage gemiddelde afwijking bij doorrekening van het 2009 en 2010 model. Wat zijn de spreidingsmaten van het model?

39

Wat is de reden dat overheveling van de nieuwe b-DBC's uit 2009 van het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuis naar het deelbedrag kosten van DBC's leidt tot een hogere gemiddelde afwijking van 11 Euro?

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

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