

Vergaderjaar 2009–2010

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 284

LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN

Vastgesteld 9 december 2009

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft een aantal vragen voorgelegd aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 1 oktober 2009 inzake de bevindingen NZA monitor Zekurpolis (Kamerstuk 29 689, nr. 275).

De minister heeft deze vragen beantwoord bij brief van 8 december 2009. Vragen en antwoorden, voorzien van een inleiding, zijn hierna afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Smeets

De griffier van de commissie,
Teunissen

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Kant (SP), Ferrier (CDA), ondervoorzitter, Joldersma (CDA), De Vries (CDA), Smeets (PvdA), voorzitter, Van Miltenburg (VVD), Schippers (VVD), Smilde (CDA), Timmer (PvdA), Koşer Kaya (D66), Willemse-van der Ploeg (CDA), Schermers (CDA), Van der Veen (PvdA), Van Gerven (SP), Wolbert (PvdA), Zijlstra (VVD), Ouwehand (PvdD), Agema (PVV), Leijten (SP), Bouwmeester (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink (CU), Sap (GL), De Roos-Consensulder (SP) en Harbers (VVD).
Plv. leden: Van der Staaij (SGP), Van Velzen (SP), Atsma (CDA), Aasted Madsen-van Stiphout (CDA), Ormel (CDA), Van Dijken (PvdA), Verdonk (Verdonk), Dezentjé Hamming-Bluemink (VVD), Vietsch (CDA), Arib (PvdA), Uitslag (CDA), Omtzigt (CDA), Gill'ard (PvdA), Langkamp (SP), Vermeij (PvdA), De Krom (VVD), Thieme (PvdD), De Mos (PVV), Luijben (SP), Heerts (PvdA), Ortega-Martijn (CU), Halsema (GL), De Wit (SP), Neppérus (VVD) en Van der Ham (D66).

Vragen van de commissie

1

Op welke manier wordt binnen de risicoverevening 2010 rekening gehouden met door zorgverzekeraars betaalde couverte prijzen voor medicijnen?

2

Wanneer kan het risicovereveningsmodel worden uitgebreid met het criterium «meerjarige lage schade»?

3

Waar zijn de percentages van de «gezond» en «zeer gezond» op gebaseerd?

4

Waarom zijn de risicofactoren «aard van inkomen» en «sociaal economische status» niet meegenomen?

5

Waarom zijn de zorgkosten van een jaar eerder niet meegenomen?

6

Hoe is het vrijwillig eigen risico bepaald? Als het op basis van simulatie is bepaald, is er dan ook gekeken naar de kosten van deze verzekerde in het huidige en voorgaande jaar?

7

Hoe verklaart de minister dat een portefeuille uit de overall toets een veel beter resultaat geeft dan de «zeer gezond»?

8

De brief van de NZa aan de minister geeft aan dat de zelfselectie tot gevolg heeft dat er een meer dan gemiddelde gezonde populatie per segment van de verevening ontstaat. Na 3 jaar is een eventueel voordeel voor de zorgverzekeraar weg. Op welk voordeel wordt gedoeld en waarom is dat mogelijke voordeel na drie jaar weg?

9

Het ex-ante vereveningsstelsel wordt aangepast op de ex-ante kenmerken van de verzekerdenpopulatie. Hoe ziet de ex post compensatie voor deze groepen eruit?

10

Wat wordt precies verstaan onder zelfselectie?

11

Welke met Zekur vergelijkbare polissen hebben andere zorgverzekeraars tot op heden op de markt gebracht?

12

Waar zijn de percentages van de «gezond» en «zeer gezond» portefeuilles op gebaseerd?

13

Aangegeven wordt dat «verzekerden die hun gezondheid als goed inschatten relatief vaak voor een vrijwillig eigen risico kiezen», dit wordt ook aangegeven voor de «gezond» portefeuille. Hoe vaak is relatief?

14

Waarop is de veronderstelling gebaseerd dat de helft van de verzekerden in de «zeer gezond» portefeuille kiest voor een vrijwillig eigen risico?

15

Waarop is de kans gebaseerd dat iemand voor een hoger vrijwillig eigen risico kiest?

16

Klopt het dat risicofactoren uit het risicovereveningssysteem, zoals hoogte van inkomen en sociaal economische status, in dit onderzoek niet worden meegenomen als voorspellers voor de groep die voor een vrijwillig eigen risico kiest?

17

Waarom zijn de individuele zorgkosten van een jaar eerder niet meegenomen als voorspeller van het vrijwillig eigen risico?

18

Wat wordt bedoeld met de zin «voor alle drie de doorgerekende portefeuilles zijn de werkelijke kosten onder het vrijwillige eigen risico vergeleken met de premiekorting die de verzekeraar geeft»?

19

Waarop is de veronderstelling gebaseerd dat één procent van de verzekerden in de «doorsnee» portefeuille kiest voor een vrijwillig eigen risico?

20

Hoe komt het dat resultaat op de portefeuille «zeer gezond» 88 euro bedraagt, terwijl in de onderzoeksrapportage van de overall toets (zie WOR 465, «overall toets risicovereveningsmodel somatische zorg 2010» tabel 4.10 op pagina 41) wordt aangegeven een verzekeraar op verzekerden met de 15% laagste volgens het model 2009 306 euro en het model 2010 324 euro positief financieel resultaat haalt?

21

In de rij «werkelijke kosten onder vrijwillig eigen risico minus de gemiddelde premiekorting, onder de kolom «zeer gezond» staat dat de aftrekking 74 is: zou dit niet – 74 moeten zijn?

22

Kan dus geconcludeerd worden dat bij een «zeer gezonde» verzekeringsportefeuille met 50 000 verzekerden, binnen bepaalde onzekerheidsmarges, een totaal financieel resultaat van 200 000 wordt gehaald?

23

Op basis van het onderzoek naar het risicovereveningsmodel concludeert de minister dat een verzekeraar op alle drie portefeuilles (normaal, gezond en zeer gezond) geen systematische winsten of verliezen kan verwachten louter op grond van de specifieke samenstelling wat betreft leeftijd, geslacht, FKG, DKG en het percentage verzekerden met een vrijwillig eigen risico. Wat betekent in deze zin het woordje «louter». Waarop behaalt de verzekeraar dan wel winst of verlies?

24

Welke winst kan de verzekeraar dan wel verwachten, ofwel waar ligt het voordeel voor de zorgverzekeraar om een Zekurpolis aan te bieden?

25

Klopt het dat als een verzekeraar lagere premiekortingen zou geven in de «gezonde» en «zeer gezonde» portefeuilles op deze portefeuilles snel een positief financieel resultaat wordt gehaald, bijvoorbeeld al bij een verlaging van 20 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

Inleiding van de minister

Naar aanleiding van mijn brief met de bevindingen NZA monitor Zekurpolis en het onderzoek naar de werking van het risicovereveningssysteem voor portefeuilles met relatief veel jonge/gezonde verzekerden (Kamerstuk 2009–2010, 29 689, nr. 275, Tweede Kamer) heeft uw Kamer een lijst met feitelijke vragen opgesteld. In deze brief treft u mijn antwoorden op deze vragen. Ik heb ervoor gekozen om bij de beantwoording thematisch te werk te gaan. In de tekst wordt aangegeven, met het vraagnummer, op welke vraag een antwoord wordt gegeven.

Antwoorden van de minister

Uitkomsten NZa monitor van de Zekurpolis

De normgewichten worden bepaald op basis van de meest recente – zo veel mogelijk – uitgedeclareerde kostengegevens van alle zorgverzekeraars op individueel verzekerdeniveau. Voor de risicoverevening 2008, het jaar dat de Zekurpolis in de markt gezet werd, betrof dit de kostengegevens met bijbehorende verzekerdenkenmerken voor het jaar 2005. De basisgegevens 2005 zijn zoveel mogelijk representatief gemaakt voor 2008. Indien UVIT erin slaagt door doelmatige zorginkoop de kosten van Zekurpolishouders lager te laten zijn dan de kosten van verzekerden uit dezelfde doelgroep bij andere verzekeraars, dan zal dit een neerwaarts effect hebben op de gemiddelde kosten van de totale doelgroep. Dit effect wordt in principe zichtbaar in de normgewichten 2011, die worden bepaald op de kostengegevens 2008. Dit betekent dat, indien UVIT door doelmatig werken lagere kosten voor de Zekurpolis realiseert, UVIT hierdoor van 2008 tot 2011 een relatief voordeel behaalt (vraag 8). Gezien het geringe aantal verzekerden met een Zekurpolis verwacht ik slechts een beperkt neerwaarts effect van hun lagere kosten op de gemiddelde kosten van de totale doelgroep en daarmee op de normgewichten. Hierdoor bestaat de mogelijkheid dat ook na 2011 UVIT een relatief voordeel op Zekur kan behalen. Op de mogelijke winsten die op de Zekurpolishouders worden gerealiseerd zijn de ex post compensatiemechanismen van het betreffende vereveningsjaar van toepassing (vraag 9).

De NZa geeft in de monitor ZEKURpolis aan dat evenals bij andere zorgverzekeringen bij de ZEKURpolis sprake is van zelfselectie. Dit houdt in dat een verzekerde een verzekering kiest die bij hem past. De NZa constateert dat mede door doelgerichte marketing voornamelijk jonge en gezonde verzekerden voor de ZEKURpolis hebben gekozen. Deze jonge en gezonde verzekerden vinden dat Zekur voor hen een passende verzekering is (vraag 10).

Er zijn diverse polissen op de markt die zich richten op specifieke doelgroepen, ook via collectiviteiten die gericht zijn op speciale doelgroepen. Een voorbeeld hiervan is de collectiviteit van de Rabobank voor studenten. Daarnaast zien we dat er bij verschillende natura-polissen die op de markt zijn op dit moment selectief wordt gecontracteerd. In de praktijk betekent dit echter toch nog dat minimaal met 95% van de aanbieders een contract gesloten is. Zekur is nog steeds de enige polis waarbij een beperkt aantal ziekenhuizen is gecontracteerd (vanaf 2010 één in elke provincie). Bij verzekeringen als CZ Direct en Take Care Now! van Agis is net als bij Zekur sprake van een selectief aanbod voor wat betreft farmaceutische hulp en hulpmiddelen. Om voor volledige vergoeding in aanmerking te komen moet de verzekerde zich wenden tot een specifieke door de verzekeraar gecontracteerde zorgverlener, die veelal via internet hun diensten aanbiedt. Dit maakt deze polissen aantrekkelijk voor jonge verzekerden (vraag 11).

Opzet onderzoek werking van het risicovereveningssysteem voor portefeuilles met relatief veel jonge/gezonde verzekerden

Alvorens uw vragen over het onderzoek naar de werking van het risicovereveningssysteem voor portefeuilles met relatief veel jonge/gezonde verzekerden te beantwoorden, wil ik nogmaals benadrukken dat het gaat om een doorrekening van fictieve verzekerdenportefeuilles. De doorgerekende fictieve portefeuilles kenmerken zich door meer jonge en gezonde verzekerden dan gemiddeld, net zoals de ZEKURportefeuille. Voor de samenstelling van de gezonde en zeer gezonde portefeuilles is gebruik gemaakt van de bevindingen van NZa monitor Zekurpolis. Deze portefeuilles bevatten weinig verzekerden onder de 18 jaar en boven de 45 jaar. De leeftijdsgroep van 18 tot 45 jaar is duidelijk oververtegenwoordigd en daarbinnen komen meer mannen dan vrouwen voor. Verzekerden die hun gezondheid als goed inschatten kiezen relatief vaak voor een vrijwillig eigen risico. Zij zijn gezond en verwachten nauwelijks zorgkosten te maken en daarom willen ze in ruil voor premiekorting zelf meer risico lopen. In het gegevensbestand dat voor het onderzoek naar het risicovereveningssysteem en ook voor dit onderzoek is gebruikt, is informatie aanwezig over het al dan niet hebben van een vrijwillig eigen risico (vraag 6). Uit deze informatie blijkt dat landelijk gezien één procent van de Nederlanders kiest voor een vrijwillig eigen risico van 500 euro (vraag 19). Het vrijwillig eigen risico behoeft dus niet voorspeld te worden op basis van bijvoorbeeld de aard van het inkomen, sociaal economische status of zorgkosten in het voorgaande jaar (vraag 4, 16, 17). Gezonde verzekerden worden nauwelijks bij FKG's of DKG's ingedeeld. De zeer gezonde portefeuille heeft nog meer jonge verzekerden, nog minder verzekerden in een FKG of DKG dan de gezonde portefeuille en nog meer verzekerden kiezen voor een vrijwillig eigen risico. De hoogte van de percentages in tabel 1 is tegen deze achtergrond gekozen (vraag 3, 12, 13, 14, 15).

Uitkomsten van het onderzoek

Verzekerden die kiezen voor een vrijwillig eigen risico van 500 euro betalen de eerste 655 euro zelf (155 euro verplicht eigen risico + 500 euro vrijwillig eigen risico). Deze kosten komen niet voor rekening van de verzekeraar. De verzekeraar geeft in ruil daarvoor de verzekerden een premiekorting. In het onderzoek is de premiekorting gesteld op 200 euro. Voor alle drie de doorgerekende portefeuilles zijn de werkelijke kosten onder het vrijwillig eigen risico, dat wil zeggen de kosten onder de 655 euro die de verzekeraar bij de verzekerde in rekening heeft gebracht, vergeleken met de premiekorting (= 200 euro) die de verzekeraar aan de verzekerde heeft gegeven. Uit tabel 2 blijkt bijvoorbeeld dat de verzekerden uit de zeer gezonde portefeuille gemiddeld 26 euro aan zorgkosten zelf betalen vanwege het vrijwillig eigen risico. Daar staat voor deze portefeuille een premiekorting van gemiddeld 100 euro per verzekerde tegenover (de helft van de portefeuille ontvangt 200 euro korting, de andere helft heeft geen vrijwillig eigen risico en dus geen premiekorting). Het financieel resultaat op het vrijwillig eigen risico van deze portefeuille bedraagt gemiddeld 26 euro minus 100 euro is minus 74 euro per verzekerde (vraag 18, 21). Indien een verzekeraar een lagere premiekorting zou geven wordt het financieel resultaat op het vrijwillig eigen risico minder negatief. Een verlaging van bijvoorbeeld 20 euro leidt dan ook bij de gezonde portefeuille tot een niet negatief totaal financieel resultaat (vraag 25). Het totaal financieel resultaat op de zeer gezonde portefeuille is gemiddeld 4 euro per verzekerde. Voor de hele portefeuille is dat 200 000 euro. Hierbij moet wel bedacht worden dat ook een negatief resultaat voor de totale portefeuille binnen de onzekerheidsmarge valt (vraag 22).

In mijn eerder genoemde brief geef ik aan dat een verzekeraar op alle drie de portefeuilles geen systematische winsten of verliezen kan verwachten «louter» op grond van de specifieke samenstelling wat betreft leeftijd, geslacht, FKG, DKG en het percentage verzekerden met een vrijwillig eigen risico. Met het woord louter in deze zin bedoel ik «uitsluitend» (vraag 23). Indien subgroepen worden gevormd op basis van kenmerken, die niet als vereveningscriterium in het ex ante risicovereveningsmodel zijn opgenomen, bestaat de mogelijkheid dat voor bepaalde subgroepen een winst of verlies optreedt (vraag 7). Zo blijkt bijvoorbeeld uit de Overall Toets 2010 dat voor de 15% verzekerden met de laagste kosten in het voorgaande jaar een gemiddelde winst van ruim 300 euro kan worden behaald. In het onderzoek naar de werking van het risicovereveningssysteem voor portefeuilles met relatief veel jonge/gezonde verzekerden is informatie over kosten in het voorgaande jaar niet betrokken (vraag 20). Kosten in het voorgaande jaar zijn in het onderzoek niet meegenomen vanwege de verkeerde prikkel, die hiervan kan uitgaan. Hogere kosten ten gevolge van ondoelmatig handelen moeten immers niet kunnen leiden tot een hogere vereveningsbijdrage. Daarnaast is niet duidelijk of de lage kosten van verzekerden in enig jaar structureel dan wel incidenteel laag zijn (vraag 5).

Een verzekeraar kan winst behalen door doelmatiger te werken dan zijn concurrenten. In het geval van Zekur vermoed ik dat doelmatigheidsvoorwaarden worden verwacht van het selectief contracteren. De exacte motivatie van UVIT om de Zekurpolis in de markt te zetten is een bedrijfsgeheim van UVIT. U begrijpt dat ik niet beschik over dergelijke informatie (vraag 23, 24).

Overig

U heeft mij gevraagd aan te geven wanneer het ex ante vereveningsmodel kan worden uitgebreid met een vereveningscriterium meerjarige lage schade. Op dit moment laat ik een verkennend onderzoek uitvoeren naar meerjarig lage kosten als vereveningscriterium. Afhankelijk van de uitkomsten van dit onderzoek zal ik beoordelen of dit criterium verder kan worden ontwikkeld. Indien dit het geval zal blijken te zijn, verwacht ik dat een dergelijk criterium op zijn vroegst in 2012 onderdeel is van het ex ante risicovereveningsmodel (vraag 2).

U vraagt hoe binnen de risicoverevening 2010 rekening gehouden wordt met door verzekeraars werkelijke betaalde (couvert) prijzen voor medicijnen.

De NZa heeft in het protocol Vereveningsonderzoek Zorgverzekeringswet opgenomen dat zorgverzekeraars inkoop-kortingen en bonussen op individueel verzekerdeniveau moeten verrekenen. Toerekening van kosten die niet op verzekerdeniveau bekend zijn (macroboekingen) zijn niet toegestaan. Indien de bonussen echter niet op individueel verzekerdeniveau bekend zijn, moeten deze via een verdeelsleutel worden toegerekend aan de individuele verzekerde. De onderbouwing van de verdeelsleutel moet adequaat zijn vastgelegd (vraag 1).