

Lijst van vragen

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen voorgelegd aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brieven van 16 juni 2015 inzake Aanbieding ontwerpbesluit houdende wijziging van het Besluit Zorgverzekering in verband met de vereveningsbijdrage voor het kalenderjaar 2016 (Kamerstuk 29 689, nr. 616) en van 16 juni 2015 inzake Risicoverevening 2016: verbetering compensatie chronisch zieken (Kamerstuk 29 689, nr. 617).

Vragen en antwoorden zijn hierna afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Lodders

Adjunct-griffier van de commissie,
Sjerp

- Nr. Vraag
- 1 Is de Minister van plan om de afschaffing van de ex post compensatie uit te stellen wanneer blijkt, dat verbetering van het vereveningsmodel meer ontwikkel- of doorrekentijd vraagt dan voorzien?
 - 2 Kan de Minister toelichten waarom er gekozen is voor een verbetering van de bestaande vereveningskenmerken
 - 3 Kan de regering onderbouwen waarom zij van mening is dat inkopen op kwaliteit door verbetering van het risicovereveningsmodel meer lonend zal zijn dan nu het geval is.
 - 4 In hoeverre ontstaat er een te grote druk op het verbeteren van het ex ante model waardoor er onverantwoorde en onomkeerbare besluiten genomen zullen worden?
 - 5 Waarop is de aanname gebaseerd dat vanwege de risicoverevening verzekeraars meer geprikkeld worden voor goede en doelmatige zorginkoop voor mensen die veel gebruikmaken van zorg? Welke rapporten of studies liggen hieraan ten grondslag?
 - 6 Wanneer is er een betrouwbaar beeld te geven over de gevolgen van de wijzigingen aan het risicovereveningssysteem?
 - 7 Komt het verbeteren van het ex ante model niet teveel onder druk te staan door voortdurend te blijven hameren op het afschaffen van het ex post compensaties? Aan welke concrete doelstellingen moet voldaan zijn om het ex ante model al voldoende te beschouwen?
 - 8 Hebben de aanpassingen van het ex ante model mogelijk gevolgen voor de streefdatum van de Minister van 1 januari 2017 voor het volledig risicodragend maken van zorgverzekeraars?
 - 9 Leiden de voorgestelde «onorthodoxe middelen» niet juist tot nog meer druk op het ex ante model? Hoe blijft het ex ante model bestuurbaar en de resultaten herleidbaar wanneer er gelijktijdig aan tal van verschillende knoppen gedraaid wordt?
 - 10 Hoe kunnen de effecten van de maatregelen nauwkeurig gemonitord worden wanneer gelijktijdig de ex ante en de ex post verevening grote veranderingen ondergaan?
 - 11 Wat is de reden dat de Minister de adviezen van de Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening (WOR) zoals het handhaven van de bestaande Generieke Somatische Morbiditeit, aan de kant schuift? Wat zijn hiervoor de argumenten?
 - 12 Hoe wordt voorkomen dat er geen risicoselectie plaats vindt op juist jongeren zoals er voorheen juist drempels voor ouderen en chronische zieken werden opgeworpen?
 - 13 Wat zijn de effecten van de voorgestelde maatregelen voor de keuzevrijheid van de patiënt voor een arts of behandelaar?
 - 14 Is de Minister nog altijd een fel tegenstander van de zogenoemde «budgetpolis» en wat is de definitie die de Minister hierbij hanteert?
 - 15 Wordt de vrije artsenkeuze van mensen die veel (keten-)zorg afnemen relatief verder ingeperkt dan die van mensen die een kleinere zorgbehoefte hebben?
 - 16 Wat zijn de effecten van de voorgestelde maatregelen voor het zogenoemde hinderpaalcriterium? Zijn verzekeraars nog altijd verplicht 75 à 80 procent van niet-gecontracteerde zorg te vergoeden?
 - 17 Was de ondercompensatie van ruim 5.000 euro bij gebruikers van geriatrische revalidatiezorg in het voorgaande jaar al bekend, of is dit een nieuwe uitkomst uit het recente onderzoek naar de risicoverevening?
 - 18 Was de ondercompensatie van bijna 1.300 euro bij gebruikers van fysiotherapie in het voorgaande jaar al bekend, of is dit een nieuwe uitkomst uit het recente onderzoek naar de risicoverevening?

- Nr. Vraag
- 19 In hoeverre verbetert de voorspelbaarheid van in het risicovereveningsmodel door de voorgenomen wijzigingen in de somatische zorg en de wijkverpleging?
- 20 Kunt u aangeven op welke manier de bijna 350 duizend extra (chronisch) zieken geïdentificeerd zijn?
- 21 Aan welke kenmerken moet iemand voldoen om de status «chronisch ziek» te krijgen?
- 22 In hoeverre heeft u zich of de introductie van nieuwe vereveningskenmerken afdoende is? Kunt u aangeven of u nog laat onderzoeken of er andere vereveningskenmerken nodig zijn om de compensatie van chronisch zieken (volledig) dekkend te maken?
- 23 Welke rol ziet de Minister voor zichzelf weggelegd in het waarborgen dat zorgverzekeraars de bijkomende voordelen terug zal geven aan premiebetalers?
- 24 Voor de langdurige GGZ wordt blijkbaar in 2016 een model gehanteerd gelijk aan de geneeskundige GGZ. Mogelijk komt daar nog bij een kenmerk op basis van intramurale GGZ en langdurige GGZ in het voorgaande jaar. Ziet de Minister nog andere mogelijke verbeteringen voor het langdurige GGZ-model? Zo ja, welke? Zo nee, is dit model zo goed genoeg?
- 25 Dit voorjaar heeft de Minister als alternatief voor de mogelijkheid «einde vrije artskenuze» een plan geïntroduceerd om via het eigen risico te stimuleren dat verzekerden kiezen voor door de zorgverzekeraar geselecteerde zorgaanbieders. Deze verzekerden zouden dan korting op het eigen risico kunnen krijgen. In de Kamerbrief over de risicoverevening 2016 «In de toekomst kunnen zorgverzekeraars verder nog speciale polissen en/of vermindering van het eigen risico bij aangewezen aanbod gaan aanbieden.» Wat bedoelt de Minister met in de toekomst? Kunnen verzekeraars dit in 2016 niet aanbieden? Met het plan moest een bezuiniging van 1 miljard euro worden gerealiseerd. Is deze bezuiniging nu van de baan?
- 26 De Minister stelt dat het meer lonend zal worden om zich op kwetsbare groepen verzekerden te richten. Er wordt echter niet duidelijk wat de concrete maatregelen en de verwachte effecten per specifieke chronische ziekten inhouden. Kan de Minister dit meer onderbouwen.
- 27 Wat is de aanvankelijke reden geweest om überhaupt met ondercompensatie voor wijkverpleging, geriatrische revalidatiezorg en fysiotherapie te werken gezien de negatieve effecten en de prikkel tot risicoselectie?
- 28 Tijdens de hoorzitting «Kwaliteit Loont» is aangegeven dat de vermindering van het eigen risico bij aangewezen aanbod al kan maar dat hier geen gebruik van wordt gemaakt. Waarop is de verwachting gebaseerd dat dit in de toekomst anders zal zijn?
- 29 Wat zijn de gevolgen voor de privacy en herleidbaarheid van medische gegevens van het toe blijven voegen van vereveningskenmerken? Is er wat dat betreft een grens die wordt getrokken?
- 30 Zijn de nieuwe vereveningskenmerken ook voorgelegd aan het College Bescherming Persoonsgegevens? Wat was hierop hun reactie?
- 31 Wat houdt precies de «verbetering» van de bestaande vereveningskenmerken in?
- 32 Kunt u aangeven voor welke groepen zorgverzekeraars momenteel «overcompensatie» ontvangen?
- 33 Kunt u aangeven voor welke andere groepen, anders dan chronisch zieken, u de risicoverevening wilt verbeteren?

- Nr. Vraag
- 34 Bij de aanpassing van de risicoverevening zal bijzondere aandacht van de Minister uitgaan naar de verbetering van de compensatie van bepaalde groepen, zoals chronisch zieken. Hoe gaat de Minister dit de komende jaren aanpakken? Bijvoorbeeld, hoe gaat de Minister die groepen ondergecompenseerde chronisch zieken opsporen? Welke nieuwe kenmerken gaat de Minister toevoegen aan de risicoverevening om selecte groepen van chronisch zieken voldoende te compenseren? Welke nieuwe beoordelingsmaatstaven gaat de Minister gebruiken om te toetsen of dit doel is gerealiseerd?
- 35 Kan aangegeven worden voor welke andere groepen, anders dan chronisch zieken, de risicoverevening verbeterd gaat worden?
- 36 Is er onderzocht wat zijn de gevolgen van de voorgestelde wijzigingen in het ex ante risicovereveningsmodel zijn voor kleine zorgverzekeraars? Wat waren de conclusies en aanbevelingen van dit onderzoek en wat is daarmee gedaan?
- 37 Kan de Minister een vergelijking geven van de effecten van de voorgestelde maatregelen voor een kleine zelfstandige verzekeraar en die voor een grote verzekeraar die opereert in concernverband?
- 38 Wat is voor de Minister het maximale negatieve resultaat uit de overall toets, gekoppeld aan het afschaffen van de ex post compensaties, dat een zorgverzekeraar als risico in de premie zou kunnen verdisconteren?
- 39 Wanneer is het ex ante risicovereveningsmodel van dusdanige kwaliteit dat de laatste ex post compensaties afgeschaft kunnen worden?
- 40 Kan er, aangezien er expliciet gesteld wordt dat overbetaling geen onderdeel uit gaat maken van de risicoverevening 2016, geconcludeerd worden dat de ingezette maatregelen louter een verdere verfijning inhouden van de al bestaande risicoverevening?
- 41 Op welke manier bent u voornemens om de mogelijke perverse prikkelwerking van compensatie van chronisch zieken te voorkomen?
- 42 Kunt u aangeven in hoeverre het regiokenmerk zoals gebruikt in de somatische zorg verschilt met het tijdelijke regiokenmerk dat voor de wijkverpleging gebruikt werd?
- 43 Wordt bij het vereveningskenmerk meerjarige hoge kosten (MHK) ook gekeken naar MHK's uit het vorige jaar?
- 44 Kan de Minister beter onderbouwen waarom zij bij het model wijkverpleging kiest om het model wijkverpleging dezelfde vereveningskenmerken te hanteren als voor de overige somatische zorg?
- 45 In het algemeen overleg van 2-7-2015 over dure geneesmiddelen werd aangegeven dat de nacalculatie m.b.t. addons voor oncolytica het gesignaleerde probleem m.b.t. de financiering van dure geneesmiddelen relativeert. Betekent dit dat deze nacalculatie gehandhaafd blijft en dat het besluit tot meer risicodragendheid uitgesteld wordt en in ieder geval nog niet genomen wordt voor 2016?
- 46 Kunt u aangeven waarom er voor het geneeskundige GGZ model een klasse «hoogopgeleiden» wordt toegevoegd? Op welke manier leidde dit tot overcompensatie in het verleden?
- 47 Kunt u toelichten waarom er niet voor is gekozen om ook extramurale GGZ in het vorige jaar mee te laten tellen in het nieuwe vereveningskenmerk voor langdurige GGZ?

- Nr. Vraag
- 48 Vorig jaar waren er nog grote praktische en haast onoverkomelijke bezwaren tegen het risicodragend maken van de langdurige ggz en wijkverpleging. Wat is er in de tussentijd veranderd dat dit nu wel tot de mogelijkheden behoort?
- 49 Aangezien de Minister voor het jaar 2016 niet over informatie over de schadelast beschikt, op basis van welke feiten wordt er dan een besluit genomen over de langdurige GGZ?
- 50 Vanaf 2016 wordt het noodzakelijk geacht om nieuwe vereveningskenmerken toe te voegen gebaseerd op het zorggebruik in het verleden. Uiterlijk over drie jaar gaat dit weer verdwijnen, wat weer kan leiden tot een verslechtering van het ex ante model. Betekent dit dat we in 2019 «weer terug bij af zijn»?
- 51 Welke garantie heeft de Minister dat de nieuwe vereveningskenmerken waarvan wordt beoogd deze na drie jaar weer te verwijderen, tegen die tijd niet meer nodig zouden zijn?
- 52 Gelet op het voornemen om per 2017 de wijkverpleging op te nemen in het somatische model, hoe kan de Minister de werking van het model voor de wijkverpleging voldoende toetsen?
- 53 Op welke manier bent u van plan te monitoren of zorgverzekeraars in het eerste jaar van de wijkverpleging de perverse prikkels niet in het nadeel van de patiënt laten werken?
- 54 De Minister geeft verschillende keren aan dat een vereveningsbijdrage op basis van zorggebruik in het voorgaande jaar een dempende werking heeft op doelmatigheidsprikkels. Er is voor verzekeraars een minder sterke prikkel om dat specifieke zorggebruik en de bijbehorende kosten te beteugelen. Maar is dat juist bij chornisch zieken en mensen met een langdurige beperking juist geen goede voorspeller?
- 55 Bent u bereid in 2016 al een onderzoek te starten naar de, tot nu toe, onverklaarbare (regionale) verschillen in zorgvraag? Zo nee, waarom wilt u hiermee wachten?
- 56 Hoewel het kenmerk «kosten-wijkverpleging-van-vorig-jaar» een onderdeel is van de ex-ante risicoverevening, is het effect ervan vergelijkbaar met 100% ex post kostencompensatie «met een jaar vertraging» (mits de verzekerde niet overstapt of overlijdt). Voorts is in 2016 sprake van de bovengenoemde perverse prikkels tot overbehandeling, die in 2015 niet bestaan. Dit rechtvaardigt de verwachting dat de doelmatigheidsprikkels voor zorgverzekeraars in 2016 geringer zullen zijn dan in 2015. Toch verwacht de Minister per saldo dat de doelmatigheidsprikkels bij verzekeraars in 2016 zullen verbeteren ten opzichte van dit jaar. Kan de Minister toelichten waar deze verwachting op gebaseerd is?
- 57 Welke maatregelen gaat de Minister treffen als uit de monitoring van het gedrag van zorgverzekeraars en zorgaanbieders blijkt dat zij hun gedrag aanpassen als gevolg van de genoemde perverse prikkels?
- 58 Stel dat de zoektocht naar geschikte alternatieve kenmerken niet succesvol is, worden de wijkverpleging en geriatrische revalidatie dan (uiterlijk in 2019) overgeheveld naar de Wlz? Zo nee, welke consequenties zal dit dan hebben voor deze zorgvormen?
- 59 De Minister stelt dat het eerste jaar gebruik van wijkverpleging nog steeds verliesgevend kan zijn voor zekeraars, hierdoor houden zorgverzekeraars een prikkel om instroom te voorkomen en uitstroom te bevorderen.
Hoe ziet de Minister dit precies voor zich aangezien in deze groep veel mensen zitten die langer dan 1 jaar gebruik maken van wijkverpleging.

- Nr. Vraag
- 60 Hoe gaat u monitoren dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders hun gedrag aanpassen als gevolg van perverse prikkels?
- 61 Kunt u toelichten hoe u tot de argumentatie bent gekomen dat er «voldoende prikkel blijft om het gebruik van fysiotherapie te beperken» als na twintig behandelingen die zelf betaald moeten worden de rest door de zorgverzekeraar betaald dient te worden?
- 62 Erkent de Minister met de opmerking dat waarschijnlijk nooit van deze kenmerken kan worden afgestapt, dat een adequaat ex ante model voor de langdurige ggz onmogelijk is?
- 63 Hoe wordt voorkomen dat verzekeraars de financiële prikkel krijgen meer mensen veel zorg te laten afnemen?
- 64 Is niet juist de «schadelast»-benadering het probleem? Hoe wordt voorkomen dat er niet nieuwe lucratieve ontstaan en groepen die juist gemeden worden?
- 65 De tabel stelt het percentage vereveningsbijdrage dat wordt herverdeeld van gezond naar ongezond. Dit blijkt gestegen te zijn van 2006 naar 2016 van 26% naar 36%. Kunt u deze percentages voor 2006 en 2016 ook uitsplitsen naar
 1) vereveningscriteria op basis van uitsluitend gezondheid (FKG, DKG en HKG),
 2) uitsluitend historische kosten (MHK, fysiotherapie, GRZ t-1, VenV t-1) en
 3) een combinatie van beide (GSM)?
 Wat is dan uw conclusie?
- 66 In verband met de tabel is de vraag of de kosten van wijkverpleging ook worden meegenomen voor het jaar 2006? Als dit niet zo is, hoe zouden de resultaten luiden als de berekening in alle jaren voor dezelfde zorgvormen zou zijn uitgevoerd?
- 67 Waarop is de bewering gebaseerd dat het percentage van de middels de risicoverevening te compenseren variaties in 2016 naar 90 procent zal stijgen? Wat zijn de verwachtingen voor de lange termijn van dit percentage wanneer de ex post compensaties afgeschaft worden?
- 68 Wat waren de verwachte verbeteringen in de voorgaande jaren, en wat waren de behaalde verbeteringen? Kan de Minister de Kamer hiervan een overzicht doen toekomen?
- 69 Wat is de reactie van de Minister op het NZa-rapport «Kwantitatief onderzoek naar risicoselectie» waaruit blijkt dat zorgverzekeraars nu al overgecompenseerd worden voor ouderen en chronisch zieken?
- 70 Er wordt een voorbeeld genoemd van hoe de vereveningsbijdrage van een oudere dame zich heeft ontwikkeld van 2006 tot en met 2016. Het gaat blijkbaar om een dame met een hartaandoening. Zoals in de voetnoot is aangegeven is vanaf 2015 de V&V-vereveningsbijdrage ook toegevoegd. Dit is toch appels met peren vergelijken? Waarom niet voor 2015 en 2016 ook alleen de variabele kosten genomen?
 Maar klopt de conclusie wel?
 Is niet juist opvallend dat tussen 2006 en 2014 (wel te vergelijken) het vereveningsmodel juist slechter is gaan werken voor deze «oudere dame» ondanks alle doorgevoerde verbeteringen?
 Immers, de stijging van de vereveningsbijdrage voor «gezond» is aanzienlijk hoger dan voor verzekerden met morbiditeit. In 2014 is er dus relatief meer vereveningsbijdrage gegaan naar gezonde verzekerden dan in 2006, blijkens dit voorbeeld. Graag een uitgebereide reactie

- Nr. Vraag
- 71 In hoeverre worden, door de invoering van kenmerken gebaseerd op zorggebruik in het verleden, juist de efficiency verschillen niet «wegverevend» en in hoeverre is het dan nog wel zinvol voor een zorgverzekeraar om zich te richten op een efficiënte uitvoering?
- 72 Gaat u onderzoeken of het onderscheid wel/niet hoogopgeleid ook van toegevoegde waarde kan zijn in de risicoverevening bij personen vanaf 35 jaar?
- 73 Er is uiteraard niets tegen op vervolgonderzoek, maar is volgend jaar de conclusie niet precies hetzelfde, namelijk dat de kosten niet volledig zijn en dat daardoor niet «zuiver» een normbedrag geschat kan worden?