
Vergaderjaar 2015–2016

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 690

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 16 maart 2016

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 27 oktober 2015 over het overzicht vereveningsresultaten 2012, 2013 en 2014 (Kamerstuk 29 689, nr. 663).

De vragen en opmerkingen zijn op 26 november 2015 aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorgelegd. Bij brief van 15 maart 2015 zijn de vragen beantwoord.

De voorzitter van de commissie,
Lodders

De griffier van de commissie,
Teunissen

I Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Inbreng VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben met belangstelling kennis genomen van het Overzicht vereveningsresultaten 2012, 2013 en 2014. Zij hebben nog een aantal vragen en opmerkingen.

Vereveningsresultaten risicoverevening

Het vereveningsresultaat is in de periode 2012–2014 gestaag opgelopen tot 2,5 miljard euro in 2014. De Minister verklaart dit doordat verzekeraars hun rol als inkoper beter oppakken dan vooraf is geraamd. Is het oplopende resultaat op de verevening voor de Minister aanleiding de wijze waarop de ramingen tot stand komen aan te passen? Zo nee, waarom niet? Zo ja, kan de Minister aangeven welke verbeteringen zij gaat aanbrengen?

Voor de niet-risicodragende, zogenoemde vaste zorgkosten, geldt per definitie een resultaat gelijk aan nul, omdat deze kosten volledig worden nagecalculeerd. Een deel van de vaste zorgkosten heeft in deze periode bestaan uit zorgkosten die slechts «vast» waren, omdat informatie op verzekerde niveau niet beschikbaar was, en daarmee niet normeerbaar (waaronder Intensive Care in 2012). De leden van de VVD-fractie vragen de Minister of zij een overzicht kan geven van zorgkosten die in deze periode vast waren, maar inmiddels variabel zijn omdat informatie op verzekerde niveau beschikbaar is. Is er op dit moment nog sprake van vaste zorgkosten, omdat informatie nog niet op verzekerde niveau beschikbaar is? Zo ja, kan de Minister aangeven om welke zorg dit gaat? Verwacht de Minister dat deze informatie voor 1 januari 2017 op verzekerde niveau beschikbaar is, zodat zorgverzekeraars inderdaad volledig risicodragend kunnen zijn? Kan de Minister haar antwoord toelichten?

De resultaten voor medisch-specialistische zorg zijn wisselend met een onderschrijding in 2012 en 2014, en een overschrijding in 2013. De leden van de VVD-fractie vragen de Minister hoe de onderschrijding in 2012 zich verhoudt tot de overschrijding van het BKZ voor medisch-specialistische zorg in datzelfde jaar. Kan de Minister toelichten hoe de overschrijding in 2013 tot stand is gekomen? Hoe kan het grote verschil in 2013 en 2014 (respectievelijk –0,2 miljard euro en 1,1 miljard euro) worden verklaard?

Resultaten zorgverzekeraars

De lagere en negatieve opslagpremies hebben een drukkend effect gehad op het totaal- resultaat van zorgverzekeraars. De Minister stelt dat een belangrijk deel van de vereveningsresultaten aan verzekerden is teruggegeven. De leden van de VVD-fractie onderschrijven het belang van het teruggeven van reserves en vereveningsresultaten aan verzekeren in de vorm van een lagere zorgpremie. De leden van de VVD-fractie vragen de Minister echter in hoeverre deze ruimte er de komende jaren nog zal zijn gezien de afnemende reserves, de stijgende vraag naar zorg en daarmee potentiële groei in eigen verwachte zorgkosten. Verwacht de Minister dat de lagere resultaten en de stijgende zorgkosten op termijn zullen leiden tot een forse stijging van de zorgpremie voor verzekerden? Kan de Minister haar antwoord toelichten?

Inbreng PvdA-fractie

De leden van de fractie van de PvdA hebben met belangstelling kennis genomen van de brief over de macrovereveningsresultaten over de jaren 2012, 2013 en 2014. Zij hebben hier nog wel enkele vragen over.

Vereveningsresultaten risicoverevening

De leden van de fractie van de PvdA zien dat er een positief verschil is tussen de raming van de zorgkosten van het Ministerie van VWS en de uiteindelijke realisatie van deze kosten. Kan inzicht worden gegeven in alle concrete oorzaken van het verschil tussen de oorspronkelijke raming en de uiteindelijke realisatie? Waarom werden de kosten opnieuw te hoog geraamd? De onderschrijding wijst er volgens de Minister op dat «de verzekeraars onder andere via het preferentiebeleid geneesmiddelen hun rol als scherpe inkopers hebben opgepakt». De leden van de fractie van de PvdA vragen of uitgelegd kan worden op grond waarvan is geconcludeerd dat verzekeraars hun rol als scherpe inkoper hebben opgepakt. Waaruit blijkt verder dat zorgverzekeraars het beter willen doen dan gemiddeld? Kan ook deze stelling van de Minister worden toegelicht? Overigens dateert het preferentiebeleid, waar dit positieve resultaat volgens de brief deels door wordt veroorzaakt, uit 2008. Deze leden zien graag uitgelegd waarom, ondanks de bekende succesvolle resultaten van het preferentiebeleid in eerdere jaren, nog steeds te hoog geraamd is in de initiële raming van de zorgkosten van 2012, 2013 en 2014.

De leden van fractie van de PvdA vragen of uit het feit dat al meerdere jaren op rij een positief vereveningsresultaat is gehaald geconcludeerd mag worden dat de kosten van de zorg consequent te hoog worden ingeschat door het Ministerie van VWS. Welke gevolgen worden aan deze resultaten voor 2012, 2013 en 2014 verbonden ten aanzien van toekomstige ramingen? In het schema op pagina 2 van de brief staan de uiteindelijke zorgkosten, opgesplitst in de sectoren medisch-specialistisch, GGZ (18+) en overige prestaties. De leden van de fractie van de PvdA zien een onderschrijding in de kosten van medisch-specialistische zorg in de jaren 2012 en 2014, en een overschrijding in het jaar 2013. Voor de GGZ (18+) zorg geldt in alle jaren een onderschrijding. Kan worden uiteengezet hoe deze over- en onderschrijdingen tot stand zijn gekomen, en wat hiervan de oorzaken zijn geweest?

Resultaten zorgverzekeraars

De leden van de fractie van de PvdA vragen of uit het feit dat in 2013 en 2014 door verzekeraars een opslag is vastgesteld die niet voldoende was om de gemiddelde beheerskosten per premiebetalende verzekerde te dekken, kan worden afgeleid dat de reserves van de zorgverzekeraars kennelijk te hoog waren. Graag vernemen zij hier een reactie op van de Minister. Daarnaast lezen zij dat de beleggingsopbrengsten van de zorgverzekeraars uitkomen op gemiddeld 0,4 miljard euro per jaar. De leden van de fractie van de PvdA-vragen wat er met deze beleggingsopbrengsten van de zorgverzekeraars van rond de 0,4 miljard euro gebeurt. Kan worden uiteengezet hoeveel van het positieve vereveningsresultaat in de afgelopen jaren aan de verzekerden is teruggegeven, en wat dit betekende voor de hoogte van de premies en de gemiddelde premie per verzekerde? Deze leden vragen in dit overzicht over de afgelopen jaren tevens op te nemen welk deel van het positieve vereveningsresultaat is teruggegeven, en welk deel is toegevoegd aan de reserves.

De leden van de fractie van de PvdA lezen dat in de voorlaatste alinea van de brief gesteld wordt dat nog niet alle schade uit de jaren 2013 en 2014 is verwerkt door de zorgverzekeraars, en dat de vereveningsresultaten door mee- en tegenvallers in de kosten zich nog kunnen wijzigen. Zij vragen of de Minister verwacht dat de vereveningsresultaten voor deze jaren nog zullen worden gewijzigd en in welke richting dat zal gebeuren. In hoeverre heeft deze verwachting een rol gespeeld bij het vaststellen van de premie voor het aankomend jaar?

Inbreng SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben met bezorgdheid kennisgenomen van het overzicht vereveningsresultaten 2012, 2013 en 2014. Zij hebben hierover nog onderstaande vragen en opmerkingen.

Vereveningsresultaten risicoverevening

De leden van de SP-fractie merken op dat er de afgelopen jaren een positief vereveningsresultaat is behaald oplopend van 1,4 miljard euro in 2012 tot 2,5 miljard euro in 2014. Aangezien dit positief resultaat structureel blijkt te zijn, vragen deze leden of er tussentijds is bijgestuurd om het resultaat meer in lijn met hetgeen wat voorzien was te brengen. Voorts vragen zij of een oplopend positief vereveningsresultaat ook niet duidt op blijkbaar steeds hoger wordende drempels voor mensen om zorg af te nemen. Kan de Minister een uitgebreide toelichting verschaffen op dit punt?

Genoemde leden merken op dat de reserves van zorgverzekeraars nog altijd ruim hoger zijn dan wettelijk vereist, zelfs bij de strengere eisen van Solvabiliteit II. Wat is derhalve de reden dat niet het volledige resultaat terugvloeit naar premieverlaging, evenals de overreserves? Is het niet zo dat, juist omdat Solvabiliteit II nog strenger en specifiek is, het volstrekt overbodig is te grote overreserves aan te houden?

De leden van de SP-fractie constateren dat zorgverzekeraars in toenemende mate hun positieve resultaat inzetten voor het verlagen van de nominale premie. Is dit vanwege de groeiende maatschappelijke druk? Zo nee, wat is hier dan de reden van? Voorts vragen de leden of niet geconstateerd kan worden dat in de jaren 2012 en 2013 veel te weinig van het resultaat is ingezet voor het verlagen van de premies? Is de regering alsnog bereid dit te corrigeren en zodoende de premie te verlagen en het eigen risico te halveren? De leden verwachten een uitgebreide toelichting.

De leden van de SP-fractie vragen de Minister wat een oplopend vereveningsresultaat wil zeggen over de kwaliteit van het risicovereveningsmodel? Betekent, aangezien de ex-ante vereveningsbijdrage een per definitie neutraal resultaat kent, een oplopend vereveningsresultaat niet dat de afwijking steeds groter wordt? Voor deze leden is dit eens te meer een teken dat het ex-ante model nog lang niet van voldoende kwaliteit is om de ex-post verevening verder af te bouwen, dan wel volledig af te schaffen. Wat is de reactie van de Minister op deze zienswijze?

Inbreng CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de Minister van VWS van 27 oktober 2015 over de macrovereveningsresultaten over de jaren 2012, 2013 en 2014, uitgesplitst per onderdeel. Zij maken graag van de gelegenheid gebruik hier vragen over te stellen.

De Minister stelt in haar brief dat het positieve vereveningsresultaat de afgelopen jaren elk jaar is gestegen van 1,4 miljard euro in 2012 naar 1,7 miljard euro in 2013 tot 2,5 miljard euro in 2014.

De Minister schrijft op pagina 1 van haar brief dat de positieve vereveningsresultaten uit 2012, 2013 en 2014 te verklaren zijn doordat de gerealiseerde zorgkosten in deze jaren lager blijken te zijn dan oorspronkelijk geraamd. Hoe komt het dat de kostenramingen steeds meer afwijken van de werkelijke kostenontwikkeling? Is het mogelijk de kostenraming te verbeteren? Indien dit mogelijk is, welke activiteiten onderneemt de Minister om de kostenraming te verbeteren? Wat kan de Minister zeggen over de kostenramingen voor 2015 en 2016? Is het ook aannemelijk dat deze te hoog geraamd zijn? Waarop baseert de Minister dit standpunt?

Op basis waarvan wordt geconcludeerd dat de kosten meevallen? Is daarbij bijvoorbeeld wel rekening gehouden dat bepaalde patenten afliepen? Vindt de Minister dat de kosten goed geraamd zijn? Welke afwijking (percentage) is acceptabel? Zijn dit niet (te) grote afwijkingen? Vindt de Minister dit gewenst?

Wat gebeurt er met de financiële middelen die over zijn, als blijkt dat de gerealiseerde zorgkosten lager uitvallen dan geraamd? Kan de Minister deze verschillen uiteen zetten voor zowel 2012, 2013 en 2014?

Wat gebeurt er vervolgens met de overschotten? Worden die ergens anders in de VWS-begroting versleuteld? Gaan deze middelen naar andere begrotingen, of wordt hiermee de staatsschuld afgelost? Kan een uitgebreide toelichting op dit punt per begrotingsjaar 2012 tot en met 2014 worden gegeven?

Hoe groot waren de opgelegde bezuinigingen in 2012, en hoe verhoudt zich dit tot het resultaat van 2,5 miljard euro door zorgverzekeraars? Het vereveningsresultaat voor 2012 is na berekeningen van het Zorginstituut bijgesteld van 0,7 miljard euro naar 1,4 miljard euro. Voor 2013 en 2014 moeten de vereveningsresultaten nog worden bijgesteld. Is er voor 2013 en 2014 ook een verdubbeling van de vereveningsresultaten te verwachten? Zo ja, waarom? Zo nee, waarom verwacht de Minister dit niet? Waarom wijkt het totaalresultaat voor 2014 (2,5 miljard euro) af van de beheerskosten en exploitatiesaldi over 2014 van 1.694,1 miljoen euro uit de VWS-begroting 2016? Kan dit voortaan worden opgenomen in de begroting, zodat er meer inzicht komt in de resultaten?

Waaruit kan verklaart worden dat de resultaten voor medisch specialistische zorg wisselend zijn met een onderscheiding in 2012 en 2014 en een overschrijding in 2013? Welke zorg valt onder de niet-risicodragende, zogenoemde vaste zorgkosten, die volledig na gecalculeerd worden?

De winsten bij het derde bolletje op pagina 1 van de brief zijn ongeveer even hoog als bij het eerste bolletje, terwijl het argument is dat vanaf 2013 een belangrijk deel is teruggegeven aan de verzekerden. Kan de Minister dit toelichten? Totaal is het eerste bolletje 5,6 miljard euro en totaal is het derde bolletje 4,6 miljard euro. Een belangrijk deel is dus nog geen 20% (1 miljard euro van 5,6 miljard euro). Is ruim 80% van het vereveningsresultaat over 2012, 2013 en 2014 bij de verzekeraars gebleven?

Resultaten zorgverzekeraars

Wat betreft de resultaten van de zorgverzekeraars geeft de Minister aan dat de in 2013 en 2014 via de nominale premie veel van het vereveningsresultaat is teruggegeven aan de verzekerden. Kan zij ook aangeven hoe het dan zit met de opslagpremie in 2012, en wat daar dan precies is gebeurd (zie tabel 2)?

Op de laatste pagina van de brief stelt de Minister dat het vereveningsresultaat over 2013 en 2014 nog kan worden bijgesteld. Kan de Minister aangegeven van welke factoren dat afhankelijk is? Welke mee- en tegenvallers bedoelt zij precies?

Wanneer kan worden gesproken van definitieve cijfers? Kan de Minister deze cijfers vervolgens naar de Kamer sturen?

De Minister geeft in haar brief «Kwaliteit loont» aan dat zij zich bij de vormgeving van het risicovereveningssysteem meer gaat richten op aanpassingen die betrekking hebben op verbetering van het systeem voor de doelgroepen chronisch zieken en kwetsbare ouderen. De vraag is hoe de Minister dit gaat inbedden in de onderzoeken naar de verbeteringen, zoals die in de Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening (WOR) worden uitgevoerd. Waar de WOR zich primair richt op de technische verbetering van het systeem is de vraag hoe de Minister initieert dat de maatschappelijke urgentie meetbaar wordt in de afwegingen van de WOR. Graag ontvangen de leden van de CDA-fractie een reactie van de Minister op dit punt.

II Reactie van de Minister

Inbreng VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie stelden de volgende vragen:

1. Is het oplopende resultaat op de verevening voor de Minister aanleiding de wijze waarop de ramingen tot stand komen aan te passen? Zo nee, waarom niet? Zo ja, kan de Minister aangeven welke verbeteringen zij gaat aanbrengen?

Uit het oplopende vereveningsresultaat kan niet worden geconcludeerd dat het Ministerie van VWS de kosten van de zorg consequent te hoog in schat. Ervaringen laten zien dat de geraamde kosten ook meermaals te laag zijn ingeschat. Het verbeteren van toekomstige ramingen is een continu proces. Een belangrijk onderdeel hierin vormt het traject verbetering informatievoorziening zorguitgaven. Hoe sneller er zicht is op de gerealiseerde kosten, hoe eerder deze informatie in de geraamde kosten voor toekomstige jaren kan worden verwerkt.

2. Kan de Minister een overzicht kan geven van zorgkosten die in deze periode (2012–2014) vast waren, maar inmiddels variabel zijn omdat informatie op verzekerde niveau beschikbaar is? Is er op dit moment nog sprake van vaste zorgkosten, omdat informatie nog niet op verzekerde niveau beschikbaar is? Zo ja, kan de Minister aangeven om welke zorg dit gaat? Verwacht de Minister dat deze informatie voor 1 januari 2017 op verzekerde niveau beschikbaar is, zodat zorgverzekeraars inderdaad volledig risicodragend kunnen zijn? Kan de Minister haar antwoord toelichten?

In tabel 1 zijn de vaste kosten 2012, 2013 en 2014 die in 2016 variabel zijn weergegeven. De reden om kosten als vast aan te merken binnen de risicoverevening kan, naast het ontbreken van gegevens en daardoor de onmogelijkheid om de kosten te normeren, ook de onmogelijkheid om de kosten te beïnvloeden zijn. Dit gold bijvoorbeeld voor 25% van de kosten van de gereguleerde DBCs in 2012. Er zijn nog steeds enkele posten die in 2016 onder de vaste kosten vallen. Dit betreft de add-ons voor dure geneesmiddelen die via de sluis in het pakket stromen. Daarnaast valt ook 25% van de kosten van enkele niet-prestatie gefinancierde instellingen en

diverse kwaliteitsgelden onder de vasten kosten¹. Ik ben nog bezig om te kijken hoe ik per 2017 met deze kosten om zal gaan. Ik heb al wel besloten om de kosten van geneesmiddelen die via de sluis in het pakket stromen, ook in het jaar van instroom en het jaar erna onder de vaste kosten te laten vallen.

Tabel 1. Vaste kosten van risicoloos naar risicodragend

Jaar	Risicoloos, in 2016 risicodragend
2012	Gereguleerde DBCs (25%) DBC expertproducten Add-ons voor geneesmiddelen en IC en hemostatica Instellingen zonder prestatiefinanciering (long/astma en epilepsie) Functioneel leeftijds ontslag (FLO) ambulances
2013	Gereguleerde DBCs (25%) DBC expertproducten Geriatrische revalidatiezorg Add-ons voor geneesmiddelen, exclusief add-ons groeihormonen Instellingen zonder prestatiefinanciering (long/astma)
2014	Gereguleerde DBCs (25%) DBC expertproducten Geriatrische revalidatiezorg Add-ons voor geneesmiddelen, excl. add-ons voor groei- en fertiliteitshormonen

3. Hoe verhoudt de onderschrijding voor medisch specialistische zorg in 2012 zich tot de overschrijding van het BKZ voor medisch specialistische zorg in datzelfde jaar? Kan de Minister toelichten hoe de overschrijding in 2013 tot stand is gekomen? Hoe kan het grote verschil in 2013 en 2014 (respectievelijk –0,2 miljard euro en 1,1 miljard euro) worden verklaard?

Het vereveningsresultaat is niet hetzelfde als de BKZ realisatie voor medisch specialistische zorg (MSZ). Het verschil tussen de financiële bijdrage die de verzekeraar ontvangt op basis van de risicoverevening (de vereveningsbijdrage) en zijn werkelijke schadelast in euro's per verzekerde wordt het vereveningsresultaat genoemd. In de risicoverevening wordt onderscheid gemaakt in vaste en variabele kosten MSZ. In het BKZ wordt gekeken naar de totale kosten MSZ waardoor het resultaat zowel door vaste als variabele kosten wordt beïnvloed. Over 2012 laten voorlopige cijfers zien dat de variabele kosten MSZ € 0,4 miljard lager zijn dan geraamd, hetgeen leidt tot een positief vereveningsresultaat. De (voorlopige) vaste kosten zijn € 0,6 miljard hoger dan geraamd. Per saldo betekent dit dat de ex-ante vereveningsbijdrage voor de totale kosten MSZ in 2012 met € 0,2 miljard is overschreden. Dit betekent ook dat de (BKZ-) kosten MSZ in 2012 € 0,2 miljard hoger zijn dan vooraf geraamd. Dat heeft geleid tot een overschrijding van het BKZ.

De vereveningsbijdrage voor verzekeraars is in 2013 hoger dan in 2012. Dit geldt ook voor de vereveningsbijdrage van 2014 ten opzichte van 2013. Deze stijging is toe te schrijven aan de stijging van het BKZ. Voor 2013 laten de voorlopige realisatiecijfers zien dat de MSZ kosten hoger zijn dan de totale vereveningsbijdrage (vast en variabel samen). Deze overschrijding is vrijwel geheel aan de variabele kosten toe te rekenen, dit is te zien in het negatieve vereveningsresultaat over 2013. Voor 2014 laten voorlopige realisatiecijfers een onderschrijding zien omdat de werkelijke kosten lager zijn dan de vereveningsbijdrage. Het verschil tussen het resultaat in 2013 en 2014 wordt verklaard door het feit dat de vereveningsbijdrage is toegenomen, terwijl de variabele kosten MSZ lijken te zijn gedaald. In de voorlopige vaststelling 2014 zijn de variabele kosten MSZ lager dan in de voorlopige vaststelling 2013. De reden voor de daling van variabele kosten MSZ is niet bekend. Daarnaast kan er op dit moment niet

¹ Bepaling macro deelbedragen 2016, Zorginstituut Nederland.

worden geconcludeerd dat de totale kosten MSZ in 2014 lager zullen uitvallen omdat hierbij zowel variabele als vaste kosten op van invloed zijn. Tot slot merk ik nadrukkelijk op dat de cijfers voor de jaren 2013 en 2014 nog niet definitief zijn. Er kan dus nog een wijziging in de cijfers optreden.

4. In hoeverre zal er de komende jaren nog ruimte zijn reserves en vereveningsresultaten terug te geven aan verzekerden gezien de afnemende reserves, de stijgende vraag naar zorg en daarmee potentiële groei in eigen verwachte zorgkosten? Verwacht de Minister dat de lagere resultaten en de stijgende zorgkosten op termijn zullen leiden tot een forse stijging van de zorgpremie voor verzekerden? Kan de Minister haar antwoord toelichten?

Het inzetten van reserves om de premieontwikkeling te drukken, leidt tot een daling van de omvang van de reserves als de teruggave groter is dan de toename van de reserves door een meevallende kostenontwikkeling en/of positieve beleggingsopbrengsten. Vanwege meevallende kostenontwikkeling is – ondanks teruggave van reserves – de omvang van de reserves toegenomen. Het is lastig te zeggen of de reserves en vereveningsresultaten ook de komende jaren nog ruimte bieden voor een gematigde premieontwikkeling. Voor de premieontwikkeling van de komende jaren is de ontwikkeling van zorgkosten cruciaal. Gezien de ontwikkeling van de zorgkosten afgelopen jaren heb ik er vertrouwen in dat deze ook de eerstkomende jaren een gematigde ontwikkeling zullen laten zien, maar dat zal continue alertheid in de bereidheid tot bijsturen vergen.

Inbreng PvdA-fractie

De leden van de PvdA-fractie stelden de volgende vragen:

5. Kan inzicht worden gegeven in alle concrete oorzaken van het verschil tussen de oorspronkelijke raming van zorgkosten en de uiteindelijke realisatie? Waarom werden de kosten opnieuw te hoog geraamd?

Zoals gemeld in mijn brief inzake de vereveningsresultaten kent de ex-ante berekende vereveningsbijdrage per definitie een neutraal vereveningsresultaat. Die ex-ante vereveningsbijdrage wordt immers berekend op basis van de verwachte kosten conform de VWS begroting. Na het opstellen van de VWS begroting kunnen de kosten afwijken van de oorspronkelijke ramingen. In de respectievelijke jaarverslagen² van VWS zijn de verschillen tussen de stand in de ontwerpbegroting en de realisatie toegelicht.

6. Kan worden uitgelegd op grond waarvan is geconcludeerd dat verzekeraars hun rol als scherpe inkoper hebben opgepakt? Waaruit blijkt verder dat zorgverzekeraars het beter willen doen dan gemiddeld? Kan ook deze stelling van de Minister worden toegelicht?

De conclusie dat zorgverzekeraars hun rol als scherpe inkoper hebben opgepakt, is gebaseerd op het feit dat de groei van de zorguitgaven is afgenomen ten aanzien van de beginperiode van de Zvw. Tussen 2006 en 2010 was de gemiddelde groei van de zorguitgaven van verzekeraars circa 5%. Tussen 2011 en 2014 komt deze groei naar huidige inschatting uit op circa 3%. Hierbij is gecorrigeerd voor overhevelingen van de AWBZ naar de Zvw. Dat zorgverzekeraars het beter willen doen dan gemiddeld vloeit

² Jaarverslag 2012 (Kamerstuk 33 605 XVI, nr.1), Jaarverslag 2013 (Kamerstuk 33 930 XVI, nr. 1), Jaarverslag 2014 (Kamerstuk 34 200 XVI, nr.1).

voort uit de (potentiële) druk van overstappers als een zorgverzekeraar bij zijn premiestelling hoger uitkomt dan zijn concurrenten. De betreffende zorgverzekeraar ziet dat direct terug in de omvang van zijn verzekerdenpopulatie. Binnen het stelsel moeten zorgverzekeraars hun rol als scherpe zorginkoper wel oppakken, omdat zij zich anders uit de markt prijzen.

7. Overigens dateert het preferentiebeleid, waar dit positieve resultaat volgens de brief deels door wordt veroorzaakt, uit 2008. Deze leden zien graag uitgelegd waarom, ondanks de bekende succesvolle resultaten van het preferentiebeleid in eerdere jaren, nog steeds te hoog geraamd is in de initiële raming van de zorgkosten van 2012, 2013 en 2014.

De ramingen van het Zorginstituut Nederland (ZIN) bieden belangrijke informatie. Het ZIN beschikt over een kwalitatief hoogwaardige en actuele database (het Genees- en hulpmiddelen Informatie Project, afgekort GIP) met gegevens over het gebruik van geneesmiddelen van 16,4 miljoen verzekerden. Uit de gegevens van ZIN weten we dat de meevallers op de geneesmiddelen, naast het doorzetten van het preferentiebeleid dat betrekking heeft op de prijs, onder andere verklaard worden door een lagere volumegroei dan verwacht

Met het preferentiebeleid hebben verzekeraars een instrument in handen gekregen dat ze in de loop der jaren steeds succesvoller zijn gaan toepassen. Daarbij speelde ook het beschikbaar komen van generieke varianten van bepaalde medicijnen een belangrijke rol. Het effect van het preferentiebeleid en het tempo waarin dat zich manifesteerde viel vooraf niet goed in te schatten. Dankzij de gegevens uit het GIP was het mogelijk om wel een inschatting te maken van de beheerste uitgavenontwikkeling. Deze uitgavenontwikkeling bleek in de praktijk echter nog veel beheerster dan we dachten.

8. Mag uit het feit dat al meerdere jaren op rij een positief vereveningsresultaat is gehaald geconcludeerd worden dat de kosten van de zorg consequent te hoog worden ingeschat door het Ministerie van VWS? Welke gevolgen worden aan deze resultaten voor 2012, 2013 en 2014 verbonden ten aanzien van toekomstige ramingen?

Zie het antwoord bij vraag 1.

9. In tabel 1 zien de leden van de PvdA-fractie een onderschrijding in de kosten van medisch-specialistische zorg in de jaren 2012 en 2014, en een overschrijding in het jaar 2013. Voor de GGZ (18+) zorg geldt in alle jaren een onderschrijding. Kan worden uiteengezet hoe deze over- en onderschrijdingen tot stand zijn gekomen, en wat hiervan de oorzaken zijn geweest?

Voor uw vraag over de kosten van medisch specialistische zorg, verwijs ik u naar het antwoord op vraag 3 van de VVD over hetzelfde onderwerp. Voor wat betreft de GGZ geldt dat de totale kosten GGZ gesplitst zijn in een deel 18+, waarvoor het GGZ-vereveningsmodel gold en een deel 18– dat onder de vaste kosten viel. Hierdoor kan alleen op het 18+ deel een vereveningsresultaat worden geboekt. De geschatte kosten voor de GGZ zijn afhankelijk van de inschatting van de verhouding tussen 18+ en 18–. De verdeling van het totale bedrag GGZ over 18– en 18+ bleek achteraf anders te zijn dan vooraf geraamd, voor de GGZ 18– zijn de kosten ex ante lager ingeschat, en de kosten GGZ 18+ zijn hoger geraamd dan de realisatie. Hierdoor is in de betreffende jaren een positief vereveningsresultaat behaald op GGZ 18+. De onderschrijding op de GGZ 18+ zegt dus niet direct iets over de totale kosten voor de GGZ. Overigens geldt ook hier dat de cijfers 2013 en 2014 nog niet definitief zijn.

10. Kan uit het feit dat in 2013 en 2014 door verzekeraars een opslag is vastgesteld die niet voldoende was om de gemiddelde beheerskosten per premiebetalende verzekerde te dekken, worden afgeleid dat de reserves van de zorgverzekeraars kennelijk te hoog waren?

Zorgverzekeraars kunnen de opslagpremie lager vaststellen dan de gemiddelde beheerskosten wanneer zij verwachten over voldoende middelen beschikken om de beheerskosten te kunnen financieren, bijvoorbeeld omdat zorgverzekeraars over meer reserves beschikken dan zij zijn vereist aan te houden. Een andere mogelijkheid is dat verzekeraars verwachten dat hun scherpe inkoopbeleid ertoe leidt dat hun zorgkosten lager zullen zijn dan geraamd. Daarom kan niet zondermeer worden gesteld dat de reserves in 2012 en 2013 te hoog waren. Wel kan worden gesteld dat de combinatie van zorginkoop en omvang (over)reserve voldoende ruimte voor een scherpe premiestelling bood en dat de reserves in die jaren zijn gestegen.

11. Wat gebeurt er met de beleggingsopbrengsten van de zorgverzekeraars van rond de 0,4 miljard euro?

De beleggingsopbrengsten, evenals verlies op beleggingen, werken door op het resultaat van zorgverzekeraars. Een positief resultaat betekent dat de resultaat van een zorgverzekeraar toeneemt, bij een verlies nemen de resultaat af. Dit resultaat wordt vervolgens aan de reserves toegevoegd of afgeboekt en blijft beschikbaar voor de zorg.

12. Kan worden uiteengezet hoeveel van het positieve vereveningsresultaat in de afgelopen jaren aan de verzekerden is teruggegeven, en wat dit betekende voor de hoogte van de premies en de gemiddelde premie per verzekerde? Hierbij het verzoek in dit overzicht over de afgelopen jaren tevens op te nemen welk deel van het positieve vereveningsresultaat is teruggegeven, en welk deel is toegevoegd aan de reserves.

Deze vraag is lastig te beantwoorden omdat resultaten na verloop van tijd bekend worden vanwege bijstellingen in de kosten. De premiestelling vindt altijd plaats in november van het voorgaande jaar. Dit houdt in dat de premie 2012 in november 2011 wordt vastgesteld. Toen was bij zorgverzekeraars nog niet bekend dat ze over 2012 een vereveningsresultaat van 1,4 miljard euro zouden behalen. Dit is pas duidelijk geworden bij de voorlopige vaststelling in 2015. Wel was eind 2011 bekend dat vanaf 2012 de macronaculatie zou worden afgeschaft en de vereiste solvabiliteit van 10% naar 11% ging stijgen. Uitgaande van die onzekerheden hebben de zorgverzekeraars voor 2012 nog een relatief hoge opslagpremie³ gehanteerd (zie tabel 2). Bij de premievaststelling voor 2013 in november 2012 is zichtbaar dat zorgverzekeraars al notie hadden dat het resultaat in 2012 een gunstig beeld zou laten zien. De opslagpremie 2013 was aanzienlijk lager dan in 2012 en lager dan de gemiddelde beheerskosten in dat jaar van € 91 euro per premiebetaler. Dezelfde doorwerking (bevestiging gunstig resultaat 2012 en een verwacht gunstig resultaat 2013) is terug te zien bij de premievaststelling voor 2014 in nog verdere daling van de opslagpremie 2014. Voor de premies 2015 en 2016 is ook nog steeds een daling van de opslagpremie zichtbaar en bestaat er een duidelijke relatie met de vereveningsresultaten. Essentieel daarbij is te onderkennen dat het om een relatie gaat die met een zekere vertraging in de premie doorwerkt.

³ De nominale Zvw-premie wordt vastgesteld op basis van een door VWS vastgestelde rekenpremie (om zorgkosten te dekken) en een door verzekeraars zelf bepaalde opslagpremie. Uit de opslagpremie dekken verzekeraars zaken zoals beheerskosten.

Tabel 2. Resultaat verevening ontwikkeling 2012–2014 (bedragen in €)

	2012	2013	2014
Vereveningsresultaat incl. eigen risico (in mld.)	1,4	1,7	2,5
Opslagpremie (per premiebetaler)	176	59	–23

Bron: Zorginstituut Nederland

13. Verwacht de Minister dat de vereveningsresultaten voor de jaren 2013 en 2014 nog zullen worden gewijzigd en in welke richting zal dat gebeuren? In hoeverre heeft deze verwachting een rol gespeeld bij het vaststellen van de premie voor het aankomend jaar?

De in de Kamerbrief gepresenteerde vereveningsresultaten 2013 en 2014 zijn gebaseerd op de eerste voorlopige vaststelling van het Zorginstituut. De definitieve vaststelling vindt uiterlijk vier jaar na het bijdragejaar plaats. De verwachting is dat de vereveningsresultaten 2013 en 2014 op basis van de definitieve vaststelling nog zullen wijzigen. In de VWS begroting 2016 is bij de raming van de nominale premie 2016 rekening gehouden met een afbouw van reserves van € 1,5 miljard waaruit de verwachting blijkt dat zorgverzekeraars ook in 2016 positieve resultaten inzetten ter verlaging van de nominale premie.

Inbreng SP-fractie

De leden van de SP-fractie stelden de volgende vragen:

14. Aangezien dit positief vereveningsresultaat structureel blijkt te zijn, vragen deze leden of er tussentijds is bijgestuurd om het resultaat meer in lijn met hetgeen wat voorzien was te brengen?

Sinds afschaffing van de macronacalculatie in 2012 wordt de vereveningsbijdrage voor wat betreft variabele kosten niet meer tussentijds bijgesteld op basis van de werkelijke kostenontwikkeling. Verzekeraars worden bovendien door de afschaffing van dit ex-post mechanisme geprikkeld hun kosten te beheersen.

15. Duidt een oplopend positief vereveningsresultaat ook niet op blijkbaar steeds hoger wordende drempels voor mensen om zorg af te nemen? Kan de Minister een uitgebreide toelichting verschaffen op dit punt?

Nee, er bestaat geen directe relatie tussen het vereveningsresultaat en de ontwikkeling van de zorgkosten. Zo laten de cijfers in tabel 3 zien dat de werkelijke zorgkosten in de betreffende periode wel degelijk zijn gestegen.

Tabel 3. Ontwikkeling kosten¹ 2012–2014 (bedragen x mld. euro)

	2012	2013	2014
Zorgkosten ¹	35,1	37,3	37,6

¹ Hierbij gaat het uitsluitend om zorgkosten vallende onder de risicoverevening.

16. Wat is de reden dat niet het volledige resultaat terugvloeit naar premieverlaging, evenals de overreserves? Is het niet zo dat, juist omdat Solvabiliteit II nog strenger en specifiek is, het volstrekt overbodig is te grote overreserves aan te houden?

Zoals bij het antwoord op vraag 12 van de PvdA aangegeven, wordt het vereveningsresultaat na verloop van tijd bekend en zien we dat een belangrijk deel van het vereveningsresultaat met een zekere vertraging leidt tot een lagere (opslag)premie. Het is juist dat omdat Solvabiliteit II strenger en specifiek is, de noodzaak voor een zorgverzekeraars om te grote overreserves aan te houden afneemt.

17. De leden van de SP-fractie constateren dat zorgverzekeraars in toenemende mate hun positieve resultaat inzetten voor het verlagen van de nominale premie. Is dit vanwege de groeiende maatschappelijke druk? Zo nee, wat is hier dan de reden van?

Ik heb geen exacte kennis over de beweegredenen van zorgverzekeraars bij hun premievaststelling, deze keuzes zijn aan zorgverzekeraars zelf. Het verlagen van de nominale premie is hoogstwaarschijnlijk ingegeven door concurrentiële overwegingen en positieve vereveningsresultaten. Ook kunnen de toegenomen transparantie wat betreft financiële verantwoording (zorgverzekeraars geven sinds 2014 op uniforme wijze inzicht in de premieopbouw) en de maatschappelijk druk een rol spelen.

18. Kan geconstateerd worden dat in de jaren 2012 en 2013 veel te weinig van het resultaat is ingezet voor het verlagen van de premies? Is de regering alsnog bereid dit te corrigeren en zodoende de premie te verlagen en het eigen risico te halveren? De leden verwachten een uitgebreide toelichting.

Dit kan niet worden geconstateerd. Zorgverzekeraars zijn in 2012 meer risico's zelf gaan dragen vanwege de afbouw van het ex-post mechanisme in de risicoverevening. Om eventuele tegenvallers als gevolg hiervan te kunnen opvangen, hebben zorgverzekeraars hun buffers versterkt. Ook is sinds 1 januari 2016 Solvabiliteit II van kracht, met strengere eisen voor reserves. Zorgverzekeraars hebben hier de afgelopen jaren op geanticipeerd door meer reserves aan te houden dan vereist. Een correctie van de premie of eigen risico is dan ook niet aan de orde.

19. Wat wil een oplopend vereveningsresultaat zeggen over de kwaliteit van het risicovereveningsmodel? Betekent, aangezien de ex-ante vereveningsbijdrage een per definitie neutraal resultaat kent, een oplopend vereveningsresultaat niet dat de afwijking steeds groter wordt? Voor de leden van de SP-fractie is dit eens te meer een teken dat het ex-ante model nog lang niet van voldoende kwaliteit is om de ex-post verevening verder af te bouwen, dan wel volledig af te schaffen. Wat is de reactie van de Minister op deze zienswijze?

Een positief vereveningsresultaat toont aan dat verzekeraars hun rol als scherpe inkoper van zorg goed hebben opgepakt. De zorgkosten vallen namelijk lager uit dan verwacht. De afschaffing van het ex-post mechanisme is hierbij een cruciale factor omdat dit de juiste prikkel aan zorgverzekeraars geeft voor doelmatigheid. Om concurrentiekracht te behouden moeten zorgverzekeraars hun kosten beheersen. Een oplopend vereveningsresultaat zegt dus niets over de kwaliteit van het ex-ante risicovereveningsmodel. Uiteraard wordt elk jaar wel ingezet het risicovereveningsmodel verder te verbeteren, waarbij bovendien meer nadruk is komen te liggen op de goede «inweging» van chronisch zieken en kwetsbare groepen in het model.

Inbreng CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie stelden de volgende vragen:

20. De Minister schrijft op pagina 1 van haar brief dat de positieve vereveningsresultaten uit 2012, 2013 en 2014 te verklaren zijn doordat de gerealiseerde zorgkosten in deze jaren lager blijken te zijn dan oorspronkelijk geraamd. Hoe komt het dat de kostenramingen steeds meer afwijken van de werkelijke kostenontwikkeling? Is het mogelijk de kostenraming te verbeteren? Indien dit mogelijk is, welke activiteiten onderneemt de Minister om de kostenraming te verbeteren? Wat kan de Minister zeggen over de kostenramingen voor 2015 en 2016? Is het ook aannemelijk dat deze te hoog geraamd zijn? Waarop baseert de Minister dit standpunt?

De verschillen tussen de oorspronkelijk geraamde en (voorlopig) gerealiseerde zorguitgaven in de jaren 2012 tot en met 2014 zijn verantwoord in de achtereenvolgende jaarverslagen van het Ministerie van VWS. Hieruit blijkt dat de bijstellingen in genoemde jaren voor wat betreft de Zvw zijn opgelopen van +€ 0,4 miljard in 2012, naar –€ 1,5 miljard in 2013 en –€ 2,5 miljard euro in 2014. Zoals in de genoemde jaarverslagen inzichtelijk is gemaakt, zijn de onderschrijdingen op de budgetten voor genees- en (in mindere mate) hulpmiddelen hiervan de belangrijkste verklaring. Naast ramingsbijstellingen op basis van uitvoeringsinformatie spelen ook beleidswijzigingen en technische en macro-economische fluctuaties een rol in de verklaring van deze verschillen. Het gaat dan, naast de actualisatie-mutaties, bijvoorbeeld om overhevelingen of een gewijzigde indexatie van uitgaven op basis van nieuwe ramingen van het CPB.

Zoals ook aangegeven in het antwoord op vraag 8 van de VVD is het verbeteren van toekomstige ramingen een continu proces. Een belangrijk onderdeel hierin vormt het traject verbetering informatievoorziening zorguitgaven. Wat betreft de kostenramingen 2015 geeft de tweede suppletoire begrotingswet de meest actuele stand van zaken weer ten aanzien van de verwachte kosten. De geraamde Zvw-uitgaven daarin liggen circa € 1,3 miljard onder de uitgavenraming uit de ontwerpbegroting 2015. Ook deze onderschrijding is voornamelijk het gevolg van lagere uitgaven voor genees- en hulpmiddelen. Voor 2016 zijn de ramingen uit de ontwerpbegroting 2016 nog steeds actueel.

21. Op basis waarvan wordt geconcludeerd dat de kosten meevallen? Is daarbij bijvoorbeeld wel rekening gehouden dat bepaalde patenten afliepen? Vindt de Minister dat de kosten goed geraamd zijn? Welke afwijking (percentage) is acceptabel? Zijn dit niet (te) grote afwijkingen? Vindt de Minister dit gewenst?

De conclusie dat de kosten meevallen, is gebaseerd op het feit dat de daadwerkelijk gerealiseerde kosten ten opzichte van de geraamde kosten (fors) lager uitvallen. In de raming wordt, op basis van data uit het verleden, met vele factoren rekening gehouden, ook met de gevolgen van patentverloop. Hierbij moet worden opgemerkt dat bij patentverloop de ontwikkelingen omtrent toetreding van concurrenten en gevolgen voor prijzen lastig zijn in te schatten.

De afgelopen jaren is de raming van de uitgaven aan extramurale geneesmiddelen in het Budgettair Kader Zorg (BKZ) achteraf gezien te hoog geweest. Ramingen gaan per definitie gepaard met onzekerheid. Het effect van het preferentiebeleid (selectief inkopen door verzekeraars) en het tempo waarin dat zich manifesteerde viel bijvoorbeeld vooraf niet goed in te schatten. Daar komt bij dat we de afgelopen jaren een omslagpunt in de uitgaven aan extramurale geneesmiddelen hebben meegemaakt, waarbij de uitgaven na jaren van hoge groei zijn gestabiliseerd (rekening houdend met enkele overhevelingen). Tegen deze

achtergrond zijn we behoedzaam omgegaan met inschattingen, om de kans op tegenvallers te verkleinen.

Met de onderschrijdingen op het kader voor extramurale geneesmiddelen zijn andere knelpunten op het gebied van de zorg en andere collectieve uitgaven opgelost. Tot slot hebben we op basis van de nieuwe inzichten telkens onze ramingen aangepast. Op basis van de voorlopige cijfers van het Zorginstituut wordt nu geen verdere meevaller voor het jaar 2015 verwacht.

22. Wat gebeurt er met de financiële middelen die over zijn, als blijkt dat de gerealiseerde zorgkosten lager uitvallen dan geraamd? Kan de Minister deze verschillen uiteen zetten voor zowel 2012, 2013 en 2014?

Het vereveningsresultaat van een verzekeraar is het verschil tussen de financiële bijdrage die de verzekeraar ontvangt op basis van de risico-verevening en zijn werkelijke schadelast. Die bijdrage op basis van de ex-ante risicoverevening is gebaseerd op de raming van de zorgkosten. Indien de zorgkosten lager uitvallen dan geraamd, ontstaat er dus een positief vereveningsresultaat. Dit werkt door in het door zorgverzekeraars behaalde jaarresultaat. De afgelopen jaren hebben zorgverzekeraars een groot deel van hun positieve resultaten ingezet ter verlaging van de nominale premie. Het andere deel is toegevoegd aan de reserves. De uiteindelijke vereveningsresultaten worden pas na verloop van tijd bekend en worden daardoor ook met zekere vertraging zichtbaar in de resultaten, de reserves en de premies. Zie hiervoor ook het antwoord op vraag 12 van de PvdA. Wellicht ten overvloede: zorgverzekeraars zijn coöperatieve instellingen, overreserves blijven beschikbaar voor toekomstige zorguitgaven en onverwachte tegenvallers.

23. Wat gebeurt er vervolgens met de overschotten? Worden die ergens anders in de VWS-begroting versleuteld? Gaan deze middelen naar andere begrotingen, of wordt hiermee de staatsschuld afgelost? Kan een uitgebreide toelichting op dit punt per begrotingsjaar 2012 tot en met 2014 worden gegeven?

Informatie over de ontwikkeling van de uitgaven ten opzichte van de oorspronkelijke raming in de begroting en het macroprestatiebedrag (MPB) komt geleidelijk binnen. Meevallende uitgaven die reeds blijken in de loop van het jaar waarop de begroting betrekking heeft, kunnen tot en met de Najaarsnota worden ingezet om tegenvallers elders binnen de BKZ-uitgaven op te vangen. Op mee- en tegenvallers bij de uitgaven die na medio november van het lopende jaar blijken, kan niet beleidsmatig worden gereageerd. Ze kunnen ook niet elders worden ingezet, maar beïnvloeden het EMU-saldo of het resultaat van verzekeraars voor dat jaar (afhankelijk van de soort uitgaven). Een positief vereveningsresultaat slaat (los van het moment waarop het blijkt) neer in het resultaat van verzekeraars. Het beïnvloedt dus niet de overheidsschuld. In de praktijk blijkt dat de verzekeraars de afgelopen jaren een groot deel van hun positieve resultaten hebben ingezet ter verlaging van de nominale premie.

24. Hoe groot waren de opgelegde bezuinigingen in 2012, en hoe verhoudt zich dit tot het resultaat van 2,5 miljard euro door zorgverzekeraars?

Alle voor het begrotingsjaar 2012 genomen budgettaire maatregelen, cq. opgelegde bezuinigingen in de Zvw, zijn opgenomen en toegelicht in respectievelijk de Startnota (Kamerstuk 32 500 XVI, nr. 29) en VWS begroting 2012 (Kamerstuk 33 000 XVI, nr. 2, zie pagina 178 en 179). Het totaal van deze maatregelen bedroeg circa € 1,5 miljard. De omvang van

deze bezuinigingen staat echter los van het resultaat van zorgverzekeraars aangezien de bezuinigingen uiteraard ook in mindering zijn gebracht op het totaal van de vergoeding aan zorgverzekeraars, cq. MPB.

25. Het vereveningsresultaat voor 2012 is na berekeningen van het Zorginstituut bijgesteld van 0,7 miljard euro naar 1,4 miljard euro. Voor 2013 en 2014 moeten de vereveningsresultaten nog worden bijgesteld. Is er voor 2013 en 2014 ook een verdubbeling van de vereveningsresultaten te verwachten? Zo ja, waarom? Zo nee, waarom verwacht de Minister dit niet? Waarom wijkt het totaalresultaat voor 2014 (2,5 miljard euro) af van de beheerskosten en exploitatiesaldi over 2014 van 1.694,1 miljoen euro uit de VWS-begroting 2016? Kan dit voortaan worden opgenomen in de begroting, zodat er meer inzicht komt in de resultaten?

De verwachting is dat de vereveningsresultaten 2013 en 2014 op basis van de definitieve vaststelling nog zullen wijzigen. Gelet op de meevallende kostenontwikkeling die zich de afgelopen jaren heeft voorgedaan, wordt verwacht dat het vereveningsresultaat iets positiever uitvalt. Over de omvang van het resultaat valt op voorhand niets te zeggen.

Het vereveningsresultaat komt niet overeen met de post beheerskosten en exploitatiesaldo in de begroting omdat in die post naast het vereveningsresultaat ook de beheerskosten en de opslagpremie neerslaan en omdat in de brief van 27 oktober actuelere cijfers over het vereveningsresultaat bekend waren dan bij de begroting. Ik zeg toe uw Kamer te informeren over de vereveningsresultaten met een brief in plaats van in de begroting. Uw Kamer ontvangt jaarlijks een brief over de risicoverevening waarbij de door u opgevraagde informatie beter aansluit. Uw Kamer zal dit najaar vereveningsresultaten voor de jaren 2011 en 2012 ontvangen op basis van de tweede voorlopige vaststelling. Vanaf 2017 ontvangt u de vereveningsresultaten op basis van de tweede voorlopige vaststelling of de definitieve vaststelling.

26. Waaruit kan verklaard worden dat de resultaten voor medisch specialistische zorg wisselend zijn met een onderscheiding in 2012 en 2014 en een overschrijding in 2013? Welke zorg valt onder de niet-risicodragende, zogenoemde vaste zorgkosten, die volledig na gecalculeerd worden?

De reden voor de wisseling in de vereveningsresultaten voor medisch specialistische zorg (MSZ) van 2013 naar 2014 heeft te maken met realisatiecijfers van de variabele zorgkosten. In 2014 waren deze lager dan 2013. De reden van de wisseling van 2012 naar 2013 heeft te maken met de omvang van de vaste kosten ten opzichte van het totaal aan kosten. In 2012 zijn de totale MSZ kosten hoger dan geraamd, hoofdzakelijk vanwege hogere vaste kosten in 2012. In 2013 zijn de totale MSZ kosten ook hoger dan geraamd, maar komt dit met name door hoger dan verwachte variabele kosten. Gezien alleen variabele kosten tot uiting komen in het vereveningsresultaat, is gedurende de drie jaar een wisseling te zien. Voor een verdere toelichting verwijs ik u naar het antwoord op vraag 3 van de VVD.

Per 2016 zijn de kosten van de add-ons van dure geneesmiddelen die via de sluis in het pakket stromen risicoloos en een beperkt aantal andere kostenposten (25% van de kosten niet prestatiegefinancierde instellingen, kwaliteitsgelden). Voor het overzicht van de niet-risicodragende zorgkosten in de jaren 2012–2014 verwijs ik u naar het antwoord op vraag 2 van de VVD.

27. De winsten bij het derde bolletje op pagina 1 van de brief zijn ongeveer even hoog als bij het eerste bolletje, terwijl het argument is dat vanaf 2013 een belangrijk deel is teruggegeven aan de verzekerden. Kan de Minister dit toelichten? Totaal is het eerste bolletje 5,6 miljard euro en totaal is het derde bolletje 4,6 miljard euro. Een belangrijk deel is dus nog geen 20% (1 miljard euro van 5,6 miljard euro). Is ruim 80% van het vereveningsresultaat over 2012, 2013 en 2014 bij de verzekeraars gebleven?

Nee, deze conclusie is niet juist. Dat komt – zoals in de voorgaande antwoorden al aan de orde is gekomen – omdat bij de teruggave van vereveningsresultatenrekening rekening moet worden gehouden dat de werkelijke (de uiteindelijke) vereveningsresultaten na verloop van tijd beschikbaar komen en daardoor niet afzonderlijk per jaar kunnen worden bekeken. Bij de premiestelling 2012 (eind 2011) was er nog geen kennis over het vereveningsresultaat 2012. Rekening houdend met deze vertraging, is het beter een link te leggen tussen het vereveningsresultaat in jaar t en het saldo van de opslagpremie minus beheerskosten in het jaar daarna (zie tabel 4).

Tabel 4. Teruggave vereveningsresultaat (bedragen x mld. euro)

	2012	2013	2014
Vereveningsresultaat incl. eigen risico	1,4	1,7	2,7
	2013	2014	2015
Opslagpremie minus beheerskosten	–0,5	–1,6	–1,7

28. Wat betreft de resultaten van de zorgverzekeraars geeft de Minister aan dat de in 2013 en 2014 via de nominale premie veel van het vereveningsresultaat is teruggegeven aan de verzekerden. Kan zij ook aangeven hoe het dan zit met de opslagpremie in 2012, en wat daar dan precies is gebeurd (zie tabel 2)?

In tegenstelling tot 2013 en 2014 hebben zorgverzekeraars in 2012 gemiddeld genomen een opslagpremie vastgesteld die hoger was dan de gemiddelde beheerskosten. Reden hiervoor is dat zorgverzekeraars in 2012 meer risico's zelf gaan dragen vanwege de afbouw van het ex-post mechanisme in de risicoverevening en verder de vereiste solvabiliteit van 10% naar 11% ging stijgen. Zie ook het antwoord op vraag 12 van de PvdA.

29. Op de laatste pagina van de brief stelt de Minister dat het vereveningsresultaat over 2013 en 2014 nog kan worden bijgesteld. Kan de Minister aangegeven van welke factoren dat afhankelijk is? Welke mee- en tegenvallers bedoelt zij precies? Wanneer kan worden gesproken van definitieve cijfers? Kan de Minister deze cijfers vervolgens naar de Kamer sturen?

De in de Kamerbrief gepresenteerde vereveningsresultaten 2013 en 2014 zijn gebaseerd op de eerste voorlopige vaststelling van het Zorginstituut. Dit zijn voorlopige cijfers omdat nog niet alle schade door de verzekeraars is verwerkt. Uiterlijk vier jaar na het bijdrage jaar worden de vereveningsresultaten definitief vastgesteld door het Zorginstituut. De vereveningsresultaten zijn dan gecorrigeerd voor eventuele meevallende of tegenvallende schadeontwikkelingen die bij de voorlopige vaststellingen nog niet bekend waren. De vereveningsresultaten 2013 en 2014 worden dus respectievelijk in 2017 en 2018 definitief vastgesteld. Ik zeg toe de definitieve vereveningsresultaten voor de jaren 2013 en 2014 aan uw

Kamer toe te sturen via de toezegging die ik in het antwoord op vraag 25 van het CDA doe.

30. De Minister geeft in haar brief «Kwaliteit loont» aan dat zij zich bij de vormgeving van het risicovereveningssysteem meer gaat richten op aanpassingen die betrekking hebben op verbetering van het systeem voor de doelgroepen chronisch zieken en kwetsbare ouderen. Hoe gaat de Minister dit inbedden in de onderzoeken naar de verbeteringen, zoals die in de Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening (WOR) worden uitgevoerd? Waar de WOR zich primair richt op de technische verbetering van het systeem is de vraag hoe de Minister initieert dat de maatschappelijke urgentie meetbaar wordt in de afwegingen van de WOR. Graag ontvangen de leden van de CDA-fractie een reactie van de Minister op dit punt.

Op 13 oktober 2015 heb ik u geïnformeerd over het onderzoeksprogramma voor de risicoverevening voor het jaar 2015–2016.⁴ In die brief heb ik tevens toegelicht hoe het onderzoeksprogramma tot stand komt en wat de rol van de WOR daarin is. Voor het onderzoeksjaar 2015–2016 heb ik de WOR een aantal speerpunten meegegeven. Eén daarvan is het verbeteren van de compensatie voor chronisch zieken. De WOR heeft vervolgens binnen de door mij meegegeven speerpunten bepaald welke onderzoeksideeën (technisch) het meest kansrijk zijn en dus met voorrang worden opgepakt. Op die manier borg ik dat de maatschappelijke urgentie wordt meegewogen in het onderzoeksprogramma van de WOR. In mijn brief kunt u lezen dat er komend onderzoeksjaar diverse onderzoeken zullen worden uitgevoerd die erop gericht zijn om de compensatie voor chronisch zieken te verbeteren. Wanneer een onderzoek is afgerond, voorziet de WOR het van een technisch advies aan mij over de consequenties voor bijvoorbeeld de risicoverevening 2017. Ik neem dit technische advies, naast eventuele andere maatschappelijke, bestuurlijke of politieke argumenten mee in de besluitvorming over de risicoverevening 2017.

⁴ Kamerstuk 29 689, nr. 661.