

Vergaderjaar 2016–2017

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 769

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 28 september 2016

Het afgelopen jaar heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een uitgebreid onderzoek naar risicoselectie uitgevoerd. Dit onderzoek bestond uit een kwantitatief en een kwalitatief deel. De resultaten van het kwantitatieve deel heeft u reeds van mij ontvangen (Kamerstuk 29 689, nummers 634 en 683). Om deze kwantitatieve resultaten nader te duiden heeft de NZa vervolgens een kwalitatief onderzoek naar risicoselectie verricht. Bijgaand bied ik u de resultaten van dit onderzoek aan¹.

Het kwalitatieve onderzoek bestond uit een bureaustudie, een informatieverzoek aan zorgverzekeraars en gesprekken met zorgverzekeraars en consumenten- en patiëntenorganisaties. De NZa hanteert een brede definitie van risicoselectie. Deze definitie omvat niet alleen de bewuste acties van zorgverzekeraars, maar ook de acties van zorgverzekeraars die een ander doel hebben en de acties van verzekerden zelf (zelfselectie) die de risicosolidariteit kunnen aantasten.

De hoofdboodschappen van deze brief zijn als volgt:

- Uit het kwantitatieve onderzoek naar risicoselectie kwamen aanwijzingen voor risicoselectie naar voren. De belangrijke vraag hierbij was of doelbewuste acties van zorgverzekeraars deze aanwijzingen kunnen verklaren. Dit blijkt niet het geval te zijn. De hoge positieve vereveningsresultaten die werden gevonden bij de polissen met een hoog vrijwillig eigen risico en bij polissen met beperkende voorwaarden worden in sterke mate bepaald door zelfselectie door verzekerden. Zorgverzekeraars zien doelbewuste risicoselectie als een riskante en moeilijk uitvoerbare strategie.
- De NZa constateert dat er sprake is van segmentatie van het polisaanbod (i.e. productdifferentiatie). Deze segmentatie ontstaat omdat concerns streven naar een verzekerdenportefeuille die een representatieve afspiegeling van de bevolking vormt. Dit leidt niet tot een

¹ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

maatschappelijk probleem, omdat op concernniveau vaak sprake is van herallocatie van middelen: zorgverzekeraars zetten een deel van hun winstgevende polissen in om premiestijgingen van verliesgevende polissen te beperken. Deze overdrachten dragen bij de aan de solidariteit op de zorgverzekeringsmarkt. Bovendien zorgt de variatie op de polismarkt voor keuzemogelijkheden voor verzekerden en concurrentiedruk tussen zorgverzekeraars.

- Premiedifferentiatie tussen verzekeraars binnen één concern zou kunnen leiden tot risicoselectie, aldus de NZa. Er zou, mijns inziens, sprake zijn van een probleem als zorgverzekeraars doelbewust aan sturing doen, waardoor specifieke groepen verzekerden zich ten onrechte niet aangesproken voelen tot de goedkopere polis. Hier blijkt geen sprake van te zijn. Daarnaast is het goed mogelijk dat de door de NZa geconstateerde premieverschillen voortkomen uit bedrijfseconomische factoren (zoals beheerskosten). Het is echter wel van belang dat verzekerden goed geïnformeerd worden over de premieverschillen tussen (nagenoeg) identieke polissen. Het is daarom goed dat de NZa de transparantie-eisen hierover heeft aangescherpt.
- De NZa ziet potentiële mogelijkheden voor selectie via de aanvullende verzekering, het vrijwillig eigen risico, intermediairs, collectiviteiten en polissen met beperkende voorwaarden. Deze instrumenten hebben mijn voortdurende aandacht. Ik deel dus ook de mening van de NZa dat we de effecten van de inzet van dergelijke instrumenten moeten blijven monitoren. Het spanningsveld is dat deze instrumenten (zoals selectieve zorginkoop en het vrijwillig eigen risico) wel toegevoegde waarde hebben voor de algemene werking van de zorgverzekeringsmarkt. Later dit jaar volgen de resultaten van het lopende onderzoek naar het vrijwillig eigen risico.

De belangrijkste bevindingen

Uit het kwantitatieve onderzoek van de NZa bleek bij 7 van de 74 onderzochte polissen sprake te zijn van aanwijzingen voor risicoselectie (Kamerstuk 29 689, nummer 683). De NZa heeft in het voorliggende kwalitatieve onderzoek echter geen doelbewuste strategieën door zorgverzekeraars gericht op risicoselectie kunnen vaststellen. Verder kwam uit het kwantitatieve onderzoek naar voren dat bij 20 polissen beperkte aanwijzingen voor risicoselectie bestonden. Ook voor deze polissen geldt dat de NZa geen doelbewuste acties door zorgverzekeraars heeft kunnen vaststellen. Zorgverzekeraars hebben in de interviews aangegeven dat doelbewuste risicoselectie een riskante en moeilijk uitvoerbare strategie is.

Segmentatie van het polisaanbod

De NZa geeft aan dat alle concerns in meer of mindere mate naar een verzekerdenpopulatie streven die een representatieve afspiegeling van de gehele Nederlandse bevolking vormt. Dit doen zij door verschillende polissen aan te bieden: polissen gericht op de specifieke voorkeuren van de doelgroepen die ondervertegenwoordigd zijn (of dreigen te raken) in hun verzekerdenportefeuille en polissen gericht op de overige doelgroepen. De eerste groep polissen richt zich voornamelijk op verzekerden die bereid zijn om over te stappen. Kenmerken van deze polissen zijn: 1) een relatief lage premiegrondslag, vaak verkocht zonder de mogelijkheid tot collectiviteitskorting, 2) verkocht via internet, 3) relatief beperkte aanvullende verzekeringen en 4) relatief vaak beperkende voorwaarden. Deze segmentatie leidt tot productdifferentiatie op de zorgverzekeringsmarkt.

Bij de segmentatie is op concernniveau sprake van herallocatie van middelen. Zorgverzekeraars zetten een deel van hun resultaten op winstgevende polissen in om premiestijgingen van verliesgevende polissen te beperken.

Zo gebruiken zorgverzekeraars de winst op de polissen met beperkende voorwaarden bijvoorbeeld om ook een restitutiepolis aan te kunnen bieden.

Overige bevindingen

Premiedifferentiatie op concernniveau

De NZa constateert dat binnen concerns door verschillende zorgverzekeraars dezelfde modelovereenkomst tegen uiteenlopende premies wordt aangeboden. Dit is niet in strijd met het verbod op premiedifferentiatie als beschreven in artikel 17 van de Zvw, omdat de Zvw is beschreven op het niveau van de risicodragers (en dus niet op het niveau van het concern)². De NZa stelt echter dat premiedifferentiatie zou kunnen leiden tot risicoselectie en bovendien zorgt voor extra ondoorzichtigheid op de markt.

Vrijwillig eigen risico

Uit het kwantitatieve onderzoek naar risicoselectie bleek dat het kiezen van een vrijwillig eigen risico gepaard gaat met een positief vereveningsresultaat. Dit resultaat ontstaat door zelfselectie door verzekerden en niet door doelbewuste risicoselectie door zorgverzekeraars. De NZa geeft aan dat de kortingen voor een vrijwillig eigen risico altijd kleiner zijn dan de hoogte van het vrijwillig eigen risico waar de verzekerde voor kiest. Zij merkt op dat er dus geen opvallende kortingen geconstateerd zijn die nader onderzoek hiernaar noodzakelijk maken.

Polissen met beperkende voorwaarden

De NZa stelt vast dat het aanbieden van polissen met beperkende voorwaarden een tweeledig gevolg heeft. Aan de ene kant zorgen de beperkende voorwaarden ervoor dat deze polissen minder aantrekkelijk zijn voor verzekerden die verwachten een hoog risico op (hoge) zorgkosten te hebben. Dergelijke verzekerden willen doorgaans zoveel mogelijk keuzevrijheid. Aan de andere kant zijn deze polissen vanwege hun lage premie aantrekkelijk voor prijsgevoelige verzekerden. Deze verzekerden zijn over het algemeen winstgevend.

De NZa concludeert daarom dat een zorgverzekeraar met het aanbieden van polissen met beperkende voorwaarden verlieslatende verzekerden kan weren en winstgevende verzekerden kan aantrekken. De NZa geeft aan dat zij geen indicaties heeft dat bij polissen met beperkende voorwaarden sprake is van ongewenste sturing.

Koppelverkoop van de basis- en aanvullende verzekering

De NZa benoemt de koppelverkoop van de basis- en aanvullende verzekering als een potentieel risico. Vrijwel alle verzekerden sluiten hun basis- en aanvullende verzekering bij dezelfde zorgverzekeraar af. Voor de aanvullende verzekering zijn zorgverzekeraars niet gebonden aan de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie. De aanvullende verzekering kan als sturingsinstrument voor de basisverzekering gebruikt worden. Het is mogelijk dat zorgverzekeraars in de toekomst voorspelbaar

² In 2016 zijn er 9 concerns en 25 risicodragers te onderscheiden op de zorgverzekeringsmarkt.

verliesgevende verzekerden vanuit de basisverzekering weigeren voor de aanvullende verzekering. Vanwege de koppelverkoop van de basis- en aanvullende verzekering zullen deze verzekerden vervolgens ook voor de basisverzekering uitwijken naar een andere zorgverzekeraar.

Verder is het mogelijk dat zorgverzekeraars de dekking van de aanvullende verzekering afstemmen op de voorkeuren van winstgevende groepen verzekerden vanuit de basisverzekering of bij verliesgevende groepen een premie-opslag voor de aanvullende verzekering hanteren. De NZa heeft echter nauwelijks bewijs gevonden voor actieve sturing op risico's voor de basisverzekering met behulp van de aanvullende verzekering.

Collectiviteiten

Uit het kwantitatieve onderzoek kwam, mede door beperkingen in de data, geen indicatie voor risicoselectie op collectiviteiten naar voren. In het kwalitatieve onderzoek geeft de NZa aan dat collectiviteiten wel risicoselectie kunnen faciliteren. Dit kan doordat zorgverzekeraars strategisch kunnen omgaan met de korting, acceptatie- en polisvoorwaarden van collectiviteiten. Een zorgverzekeraar kan de ene collectiviteit betere voorwaarden en korting aanbieden dan een andere collectiviteit. Ook hier is vervolgens sprake van zelfselectie door verzekerden. De NZa geeft aan dat, op één voorbeeld na, alle zorgverzekeraars voor een gesloten collectiviteit een gelijk alternatief bieden in de vorm van een individuele zorgverzekering of via een andere collectiviteit.

Sturing door intermediairs

Wel benoemt de NZa de sturing van collectiviteiten, evenals voor andere intermediairs zoals volmachten en vergelijkingssites, als aandachtspunt. Zonder goede sturing bestaat het risico dat via deze tussenpersonen risicoselectie plaatsvindt. Deze partijen worden in hun communicatie en marketing vaak niet of nauwelijks aangestuurd door de verantwoordelijke zorgverzekeraars. In tegenstelling tot zorgverzekeraars zelf blijken bijvoorbeeld enkele zeer grote collectiviteiten welkomstcadeaus te verstrekken aan nieuwe verzekerden. Dit kan een manier zijn om bepaalde groepen verzekerden aan te trekken. De NZa beveelt zorgverzekeraars daarom aan de gezamenlijke verantwoordelijkheid voor risicosolidariteit tot uiting te laten komen in het scherper sturen op het gedrag van distributiepartners, zoals intermediairs en collectiviteiten.

Reactie en vervolgstappen

In eerdere Kamerbrieven (Kamerstukken 29 689, nummer 683 en 697) heb ik aangegeven doelbewuste risicoselectie door zorgverzekeraars ongewenst te vinden. De NZa heeft niet kunnen vaststellen dat hier sprake van is, maar wijst er wel op dat zorgverzekeraars potentieel een aantal instrumenten hebben die ingezet kunnen worden om op risico's te selecteren. Tegelijkertijd zijn deze instrumenten wel van toegevoegde waarde voor een goede werking van de zorgverzekeringsmarkt.

Segmentatie

De segmentatie op de zorgverzekeringsmarkt vind ik niet ongewenst, omdat het voortkomt uit de wens van concerns om een verzekerdenportefeuille te hebben die een representatieve afspiegeling van de Nederlandse bevolking vormt.

Variatie op de polismarkt zorgt bovendien voor keuzemogelijkheden voor verzekerden en concurrentiedruk tussen zorgverzekeraars. Daarbij komt dat op concernniveau vaak sprake is van herallocatie van middelen. Segmentatie zoals die op dit moment plaats vindt, tast de solidariteit niet aan en vormt dus geen maatschappelijk probleem. Om dit ook in de toekomst te blijven borgen deel ik de opvatting van de NZa dat monitoring van belang blijft.

Premiedifferentiatie op concernniveau

De NZa vindt het ongewenst dat op concernniveau verschillende risicodragers dezelfde basispolis tegen een verschillende premie aanbieden. Hiermee zou het verbod op premiedifferentiatie worden omzeild en dit kan volgens de NZa tot risicoselectie leiden. Daarom stelt de NZa een aanpassing van de Zvw voor, die toezicht op het verbod op premiedifferentiatie op concernniveau mogelijk zou moeten maken. Er is echter pas sprake van een maatschappelijk probleem als zorgverzekeraars doelbewust aan sturing doen. Een mogelijk gevolg zou dan zijn dat specifieke groepen verzekerden zich ten onrechte niet aangesproken zouden voelen tot de goedkopere polis. Hier lijkt geen sprake van te zijn, aangezien zorgverzekeraars zich profileren met uitingen die in principe iedereen aanspreken. Het is opvallend dat de NZa voorbij gaat aan de mogelijkheid dat de geconstateerde premieverschillen ook kunnen voortkomen uit bedrijfseconomische factoren (zoals beheerskosten).

Het is echter mogelijk dat verzekerden niet op de hoogte zijn van premieverschillen tussen (nagenoeg) identieke polissen en hierdoor niet een goedgeïnformeerde keuze maken voor hun zorgverzekering. Om deze reden heeft de NZa de «Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten» (Regeling TH/NR-007) aangescherpt. Indien vanuit een concern door verschillende zorgverzekeraars (nagenoeg) identieke polissen worden aangeboden, zijn de betrokken zorgverzekeraars per 1 november 2016 verplicht op hun website een overzicht te plaatsen waarin onder andere vermeld wordt dat de polissen (nagenoeg) gelijk zijn en welke premie erbij hoort. Door de introductie van de nieuwe transparantie-eisen van de NZa zullen verzekerden gewezen worden op eventuele premieverschillen en een bewuste keuze voor een zorgpolis kunnen maken. Ik juich dit toe, omdat het bijdraagt aan de overzichtelijkheid van het polisaanbod.

Vrijwillig eigen risico

De NZa wijst erop dat bij het vrijwillig eigen risico sprake is van zelfselectie. Zoals eerder aangegeven (Kamerstuk 29 689, nummer 697) hoeft dat niet ongewenst te zijn. Hoger vrijwillig eigen risico maakt zeer bewust van zorgkosten en een terughoudend gebruik van de zorg als dat kan. De verzekeringsplicht dwingt iedereen, ziek en gezond, om bij te dragen aan het zorgstelsel. Het vrijwillig eigen risico biedt verzekerden de mogelijkheid om in ruil voor een premiekorting hun eigen risico vrijwillig te verhogen. Zoals ik u eerder heb laten weten, laat ik het CPB momenteel een uitgebreid onderzoek naar het vrijwillig eigen risico uitvoeren. De resultaten van dit onderzoek verwacht ik eind van dit jaar.

Net als de NZa ben ik van mening dat de herverzekering van het vrijwillig eigen risico ongewenst is. Daarom heb ik de zorgverzekeraars hier individueel op aangesproken en hen, zoals ook aangegeven in mijn brief van 17 juni jl. (Kamerstuk 29 689, nummer 725), met klem verzocht vanaf het polisjaar 2017 de mogelijkheid tot herverzekering van het vrijwillig eigen risico voor seizoenarbeiders niet meer aan te bieden. Ik heb er alle vertrouwen in dat zij gehoor geven aan dit verzoek.

Polissen met beperkende voorwaarden

Polissen met beperkende voorwaarden kunnen een belangrijke functie in het stelsel vervullen, omdat zorgverzekeraars via doelmatige/selectieve inkoop een goedkopere polis kunnen aanbieden. Daardoor worden zorgaanbieders gestimuleerd tot doelmatigheid en is er voor verzekerden meer te kiezen.

De NZa heeft niet geconstateerd dat bij de polissen met beperkende voorwaarden sprake is van ongewenste sturing door zorgverzekeraars. Daarnaast blijkt dat zorgverzekeraars de winsten op de polissen met beperkende voorwaarden inzetten om andere polissen te kunnen blijven aanbieden. Zo is het premieverschil tussen polissen met beperkende voorwaarden en de overige polissen sinds 2013 gelijk gebleven. Ik zie dan ook geen aanleiding om maatregelen te nemen gericht op polissen met beperkende voorwaarden.

Koppelverkoop van de basis- en aanvullende verzekering

Ik ben me bewust dat zorgverzekeraars de aanvullende verzekering als sturingsinstrument voor de basisverzekering kunnen gebruiken. Vanwege Europese regelgeving zijn zorgverzekeraars vrij om premiedifferentiatie en medische selectie toe te passen voor de aanvullende verzekering. Hier kan ik niet op ingrijpen. Wel wil ik nogmaals benadrukken dat in de huidige praktijk medische selectie voor de aanvullende verzekering vrijwel niet voorkomt. Uit een recente monitor blijkt dat in 2016 bij slechts 2 procent van de aanvullende verzekeringen sprake was van een vorm van risicoselectie (Kamerstuk 29 698, nummer 689). Dit is in lijn met de afspraak van zorgverzekeraars (in Kern-Gezond) om te streven naar een ruim aanbod van aanvullende verzekeringen met een brede dekking zonder toelatingseisen.

Collectiviteiten

In het rapport geeft de NZa aan dat collectiviteiten een mogelijk instrument zijn voor risicoselectie. Mede omdat collectiviteiten de transparantie van de markt beïnvloeden is hier nader onderzoek naar gedaan. Ik heb u in juni jl. reeds een Fact-finding onderzoek naar collectiviteiten toegestuurd (Kamerstuk 29 689, nummer 729). Verder heeft ook de NZa recentelijk de rol van collectiviteiten onderzocht. Voor mijn inhoudelijke reactie verwijs ik u naar mijn brief hierover.

Sturing door intermediairs

In het actieplan Kern-gezond van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) spreken zorgverzekeraars af duidelijke polissen aan te bieden en terughoudend te zijn in commerciële uitingen. Zorgverzekeraars hebben zich in het overstapeseizoen 2015–2016 aan deze afspraken gehouden. Zo hebben zij niet langer geadverteerd met vanaf-prijzen en waren zij terughoudend met het verstrekken van cadeaus. Dit vind ik positief (Kamerstuk 29 698, nummer 689). Er valt echter nog wel winst te behalen bij de overige aanbieders van zorgverzekeringen (zoals intermediairs en collectiviteiten). Ik spreek daarom alle partijen aan op hun verantwoordelijkheid om transparant te zijn en vraag van hen zich aan te sluiten bij de afspraken van verzekeraars om onder andere geen welkomstcadeaus te verstrekken. Voor de consument moet in elk geval duidelijk zijn welke van de – huidige – 61 basispolissen³ ze aanbieden. Ik zal de NZa vragen deze transparantie

³ Staat van de volksgezondheid en zorg 2016: <https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/modelovereenkomsten-op-polismarkt-zorgverzekering>

volgend jaar op te nemen in hun «»Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten»».

De rol van risicoverevening

De NZa wijst er terecht op dat een goed vereveningsmodel de prikkels tot risicoselectie reduceert. Zij geeft hierbij aan dat het vereveningsmodel structureel onderhouden moet worden om zoveel mogelijk te voorkomen dat sprake is van voorspelbare winstgevende en verliesgevende verzekeren. Het vereveningsmodel is de laatste jaren sterk verbeterd en behoort tot één van de meest geavanceerde ter wereld. Deze verbeteringen zijn vooral gericht op het verder verbeteren van de compensatie voor chronisch zieken.

In 2017 bedraagt de verwachte herverdeling binnen de risicoverevening van gezonde naar ongezonde verzekerden bijna 15 miljard euro. Dit komt neer op 38% van de totale geraamde uitgaven. In 2012 was dit nog 12 miljard en 33% (Kamerstuk 29 689, nummer 725). Hierdoor worden chronisch zieken aantrekkelijker voor zorgverzekeraars, hetgeen de prikkels vergroot om goede zorginhoudelijke afspraken te maken voor deze groep verzekerden.

Omdat de verevening een verdelingsinstrument is, gaat hogere compensatie van chronisch zieken gepaard met lagere compensatie van gezonde verzekerden, waardoor de compensatie van beide groepen naar verwachting beter aansluit bij de werkelijke kosten. Hiermee worden dus automatisch eventuele prikkels voor selectie van gezonde verzekerden verminderd. Verdere verbetering van de compensatie van chronisch zieken (en daarmee dus ook van gezonde verzekerden) vormt één van de speerpunten voor het (meerjarige) onderzoeksprogramma voor de risicoverevening.

Verder wil ik benadrukken dat de risicoverevening niet het enige en ook niet altijd het beste instrument is om risico's op risicoselectie te verminderen. Tijdens het symposium over de risicoverevening eerder dit jaar is aangegeven dat er technische grenzen aan het model zijn en dat bij elke uitbreiding van het model moet worden afgewogen in hoeverre de verbetering ten koste gaat van de doelmatigheid en de uitvoerbaarheid (Kamerstuk 29 689 nummer 725). Concreet stelt de NZa in dit rapport voor om een vereveningskenmerk op te nemen voor een maximaal vrijwillig eigen risico, zodat overcompensatie en prikkels tot selectie voor de verzekerden die hiervoor kiezen verdwijnen. In een eerdere brief heb ik al aangegeven dat ik hiervan geen voorstander ben (Kamerstuk 29 689 nummer 661). De risicoverevening beoogt alleen te compenseren voor objectieve maten van gezondheid. Het afsluiten van maximaal vrijwillig eigen risico is geen objectieve maat aangezien het componenten bevat van consumptiegeneigdheid. Zoals ik hierboven al aangaf gaat de hogere compensatie van chronisch zieken gepaard met een lagere compensatie van gezonde verzekerden, hetgeen ook een effect heeft op verzekerden met een vrijwillig eigen risico.

Er worden de komende jaren weer verschillende onderzoeken uitgevoerd om de risicoverevening verder te verbeteren, onder andere een meer fundamenteel onderzoek naar mogelijkheden om gezonde verzekerden nog adequater te compenseren. Ik informeer uw Kamer over het onderzoeksprogramma in de brief definitieve besluitvorming risicoverevening 2017.

Ik wil tot slot expliciete aandacht vragen voor het doelmatigheidsaspect. Er moeten in het systeem ook prikkels blijven om het beter te doen dan je concurrenten, bijvoorbeeld door het realiseren van betere zorginkoop en lagere beheerskosten (denk aan het toepassen van moderne communicatiemiddelen). Als we een systeem ontwerpen dat niet meer aanzet tot deze

verbeteringen, zal een belangrijk efficiëntie-aspect van concurrentie verloren gaan.

Ik hoop u hiermee voldoende geïnformeerd te hebben over de bevindingen van de NZa en mijn aangaande acties. Tot slot wil ik graag opmerken dat de mogelijkheid van risicoselectie op de zorgverzekeringsmarkt onverminderd een belangrijk thema blijft. Het is daarom goed dat de NZa dit onderwerp mee blijft nemen in haar toezicht. In haar monitoring naar risicoselectie zal de NZa – in lijn met de moties van het lid Dijkstra (Kamerstuk 29 689, nummers 747 en 756) – ook waar mogelijk aandacht besteden aan de gevolgen van Solvency II en de volledige risicodragendheid voor zorgverzekeraars ten aanzien van de GGZ. De NZa beziet in de eerste helft van 2017 hoe dit het beste vorm kan krijgen.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers