

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

1116

Vragen van het lid **Bouwmeester** (PvdA) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *risicoselectie door zorgverzekeraars in de basisverzekering* (ingezonden 30 december 2013).

Antwoord van Minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 5 februari 2014).

Vraag 1

Kent u het artikel van Wynand van de Ven over risicoselectie door zorgverzekeraars in de basisverzekering?¹

Antwoord 1

Ja.

Vraag 2

Deelt u de mening dat een robuust basispakket voor iedereen beschikbaar moet zijn en juist daarom strikt toezicht en handhaving van het verbod op risicoselectie noodzakelijk is?

Antwoord 2

Ja, dat ben ik niet alleen van mening, het is ook wettelijk zo geregeld dat het basispakket voor iedereen beschikbaar is. Met de acceptatieplicht voor verzekeraars en het verbod op premiedifferentiatie wordt bewerkstelligd dat het basispakket voor iedereen toegankelijk is. In de wet is derhalve geen formeel geen «verbod op risicoselectie» opgenomen.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) ziet toe op en handhaaft zonodig de naleving van de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie.

Vraag 3

Klopt het dat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) onderzoek heeft laten doen naar risicoselectie en aldus signalen hierover heeft gekregen van de Erasmus Universiteit Rotterdam?

¹ Trouw, 24 december 2013

Antwoord 3

Dat is juist. Naar aanleiding van het rapport van de commissie evaluatie risicoverevening zorgverzekeringswet, ook wel commissie Don (Tweede Kamer, vergaderjaar 2012, 29 689, nr. 391) genoemd, heb ik de NZa gevraagd om expliciet aandacht te besteden aan de naleving van de acceptatieplicht en toepassingen van risicoselectie. De NZa heeft aan IBMG gevraagd dit nader te onderzoeken.

IBMG heeft afgelopen jaar twee rapporten gepubliceerd:

- Hoe kan de NZa risicoselectie op de zorgverzekeringsmarkt meten
- Overstapgedrag en risicoselectie op de zorgverzekeringsmarkt

Deze rapporten zijn verwerkt in de marktscan 2013, die ik op 29 augustus toegezonden heb aan uw Kamer. In de marktscan merkt de NZa op dat zij geen signalen heeft ontvangen over schending van acceptatieplicht, het verbod op premiedifferentiatie of andere vormen van risicoselectie die in strijd zijn met de wet.

Vraag 4 en 5

Waarom zijn deze signalen – die nu in de krant staan – niet in de jaarlijkse monitor van de NZa verwerkt?

Deelt u de opvatting dat de NZa ook signalen dient te delen van vormen van risicoselectie die niet strijdig zijn met de wet, maar die wel negatieve gevolgen kunnen hebben?

Antwoord 4 en 5

In de marktscan 2013 gaat de NZa uitgebreid in op de resultaten van het onderzoek van IBMG. Zo meldt de NZa in de marktscan onder andere dat «uit onderzoek naar de vergelijking tussen overstappers en niet-overstappers blijkt dat mensen die naar verwachting lage zorgkosten hebben (d.w.z. in het algemeen gezond zijn) vaker overstappen dan mensen met voorspelde hoge zorgkosten. De werkelijke zorgkosten van niet-overstappers zonder compensatie van de risicoverevening zijn aanzienlijk hoger dan de kosten van overstappers. Deze verschillen in zorgkosten worden (bijna) volledig gecompenseerd via de risicoverevening. Er blijven wel verschillen over als we de verschillen tussen overstappers en niet-overstappers per verzekeraar (en niet op macro niveau) analyseren. Een aantal zorgverzekeraars had in 2009 selectieve in- en/of uitstroom van verzekerden. Deze selectieve uitstroom of instroom kan voorkomen door zelfselectie van verzekerden (bijvoorbeeld omdat de verzekeraar een polis aanbood die voor een specifieke groep verzekerden aantrekkelijk was) of door risicoselectie van de verzekeraar.»

De NZa presenteert de bevindingen van de onderzoekers zonder dat zij daaraan de conclusie verbinden dat er sprake is van directe risicoselectie. In de praktijk heeft de NZa geen signalen van directe risicoselectie ontvangen. Overigens hanteren de onderzoekers van IBMG een ruime definitie van risicoselectie, namelijk «acties (anders dan premiedifferentiatie per product) door verzekerden of verzekeraars met als doel of gevolg dat de beoogde risicosolidariteit niet volledig wordt gerealiseerd». Dit betekent dat wanneer een verzekerde overstapt naar een andere verzekeraar vanwege het contractbeleid of dienstverlening, dit mogelijk ook al wordt beschouwd als risicoselectie.

Let wel, in het IBMG rapport wordt gewezen op de risico's en de theoretische mogelijkheden. Ik ben mij ervan bewust dat deze theoretische mogelijkheden er zijn. Vandaar dat ik continu alert ben op signalen van risicoselectie zoals ik ook heb aangegeven in mijn standpunt met betrekking tot de commissie Don. Dat vraag ik ook van de NZa, waarvan ik weet dat zij hier volop aandacht aan schenken en mij zo nodig informeren over zaken die aandacht behoeven.

Vraag 6

Deelt u de zorg van hoogleraar Van de Ven over risicoselectie door zorgverzekeraars in de basisverzekering? Bent u bereid nader onderzoek te laten doen naar deze signalen? Kunt u hierin meenemen op welke manier kan worden voorkomen dat risicoselectie plaatsvindt door selectieve inkoop?

Antwoord 6

Zoals de onderzoekers zelf aangeven is het bijzonder lastig om alle oorzaken en gevolgen van de vermeende risicoselectie te kennen. Een hele reeks van oorzaken worden genoemd zoals, selectieve marketing, koppelverkoop, de aanvullende verzekeringen, collectiviteiten, etc.

Geen van deze vormen van risicoselectie is in strijd met de wet.

Het belangrijkste wat ik kan doen is doorgaan met het door mij ingezette beleid. Dat houdt in dat ik de uitkomsten van risicoverevening blijf volgen en blijf zoeken naar mogelijkheden om de risicoverevening verder te verbeteren. Op deze wijze vergroot ik de risicosolidariteit waar mogelijk en zorg ik ervoor dat de gewenste mobiliteit in de zorgverzekeringsmarkt blijft optreden.