

Evaluatie risicoverevening Zorgverzekeringswet

Commissie Evaluatie Risicoverevening Zvw

Juni 2012

Woord vooraf

Met dit rapport geeft de Commissie Evaluatie Risicoverevening Zvw antwoord op de vragen die haar zijn gesteld door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Bij de uitvoering van haar opdracht heeft de commissie gesprekken gevoerd met een groot aantal deskundigen en stakeholders. Zij is deze gesprekspartners erkentelijk voor hun bereidwillige medewerking.

Grote waardering heeft de commissie voor de professionele ondersteuning die zij bij haar werkzaamheden heeft ontvangen van onderzoekster Caren Tempelman en ambtelijk secretaris Peter Kerklaan.

Ten slotte doet het de commissie genoegen dat zij in goede samenwerking binnen de gestelde termijn tot een unaniem gedragen rapport heeft kunnen komen.

Namens de Commissie Evaluatie Risicoverevening Zvw,

Henk Don
(voorzitter)

Den Haag, juni 2012

Managementsamenvatting

In november 2011 heeft de minister van VWS de Commissie Evaluatie Risicoverevening Zvw ingesteld met de opdracht om de kwaliteit van het risicovereveningsysteem, zoals dat functioneert in het kader van de Zorgverzekeringswet, te evalueren. Geformuleerd in zes opdrachtvragen, wil de minister van de commissie concreet weten:

- of de huidige risicoverevening ruimte laat voor voorspelbare winsten en verliezen van groepen verzekerden voor verzekeraars en zo ja, welke dat zijn;
- of verzekeraars deze groepen kunnen identificeren en hoe lonend risicoselectie voor ze is;
- of risicoselectie daadwerkelijk voorkomt;
- welke verbeteringen de commissie op grond van haar antwoorden op de vorige vragen noodzakelijk en mogelijk acht met betrekking tot zowel de inhoud als de procedure van het risicovereveningsysteem.

De risicoverevening is opgezet om zorgverzekeraars te compenseren voor verschillen in het gezondheidsprofiel van hun verzekerdenportefeuilles, omdat de Zorgverzekeringswet hen een acceptatieplicht en een verbod op premiedifferentiatie oplegt. Door verevening hoeft een verzekeraar geen concurrentienadeel te ondervinden van oververtegenwoordiging in zijn bestand van verzekerden met slechte risico's, maar heeft hij ook geen voordeel door oververtegenwoordiging van gunstige risico's. Structurele winsten of verliezen op groepen verzekerden als gevolg van het risicoprofiel van die groepen, zouden in principe dus na verevening niet mogen voorkomen.

De commissie constateert allereerst dat het verfijnde systeem van risicoverevening zoals dat in Nederland functioneert, niet voorkomt dat groepen verzekerden, sommige van aanzienlijke omvang, te vinden zijn waarop verzekeraars voorspelbare winsten maken of verlies lijden. Veel van deze groepen zijn voor verzekeraars identificeerbaar, en het zal daarom in theorie voor hen lonend zijn om op deze groepen (risico)selectie toe te passen. Verzekeraars kunnen dat op twee manieren doen: verzekerden met een gunstig profiel proberen aan te trekken door inhoud en marketing van polissen op die groepen te richten en verzekerden met ongunstig profiel te ontmoedigen om aan te sluiten (selectie op polissenmerken); óf door hun producten exclusief toegankelijk te maken voor groepen met de gewenste kenmerken (selectie op groepskenmerken). In de praktijk zullen de voordelen van selectie op polissenmerken vaak nog beperkt zijn, onder andere omdat ongunstige risico's niet van een doelgroep polis uit te sluiten zijn en al te openlijke vormen van selectie reputatieschade kunnen opleveren. Meer voordeel lijken verzekeringen op te leveren waarvan de toegang is te sturen op groepskenmerken, zodanig dat deze alleen aantrekkelijk zijn voor winstgevende groepen en verliesgevende groepen kunnen worden uitgesloten. Aanpassingen in het vereveningsysteem kunnen de voordelen van beide selectievormen verkleinen of wegnemen.

De commissie heeft onderzocht of verzekeraars van hun kennis van voorspelbare winst- en verliesgevende groepen gebruikmaken door daadwerkelijk aan risicoselectie te doen. Hoewel verzekeraars hun marketing in toenemende mate richten op doelgroepen, vooral door het succesvol in de markt zetten van internetpolissen gericht op de jonge, hoger opgeleide verzekerden – veelal groepen verzekerden waarop winst te maken is –, lijkt achter de meeste

praktijken waarmee verzekeraars deze winstgevende groepen aan zich proberen te binden geen doelbewuste strategie tot risicoselectie schuil te gaan. Polissen staan immers open voor alle verzekerden en mochten de polisvoorwaarden een verzekerde niet aanstaan, dan zijn er – op dit moment – voldoende alternatieven in de vorm van reguliere polissen, inclusief een breed aanbod van collectiviteiten met korting naar keuze. De premies ontlopen elkaar daardoor niet veel. Met een doelgroepenbenadering lijkt het de verzekeraar eerder te gaan om zijn marktaandeel bij jonge en mobiele verzekerden te behouden of te vergroten.

De commissie heeft geen aanwijzingen gevonden dat verzekeraars op grote schaal groepen verzekerden waarop verlies wordt geleden, ontmoedigen zich bij hen te verzekeren.

De commissie heeft twee uitzonderingen aangetroffen op de algemene constatering dat een marketingbeleid met doelgroepenpolissen op zichzelf niet schadelijk hoeft te zijn. De eerste is als aanbieder van een budgetpolis de mogelijkheid van dagelijkse of maandelijkse opzegging introduceert. Deze mogelijkheid lijkt mede bedoeld om de polis extra aantrekkelijk te maken voor verzekerden die op het moment van afsluiten weinig tot geen zorgkosten verwachten te maken, maar wel een beroep willen doen op goede voorzieningen indien die verwachtingen niet uitkomen. Ze kunnen dan snel overstappen naar een polis met een ruimer zorgaanbod. De commissie vindt deze ongeclausuleerde tussentijdse opzegmogelijkheid een verkapte methode om het risico op het ontstaan van hoge zorgkosten op de concurrenten af te kunnen wentelen.

De tweede uitzondering betreft de door sommige verzekeraars via tussenpersonen op de markt gezette labels in de vorm van collectiviteiten, die uitsluitend toegankelijk en – door extra kortingen – aantrekkelijk zijn voor groepen verzekerden waarvan de verzekeraar weet dat ze winstgevend zijn, zoals studenten en hoogopgeleiden. Concurrenten zullen deze marktbenadering, die stoelt op selectie op groepskenmerken, noodgedwongen nadoen, waardoor op termijn tweedeling in de verzekerdenmarkt dreigt: zij die tegen zeer aantrekkelijke premie toegang hebben tot dergelijke labels en zij die niet hebben. Beide marketingpraktijken acht de commissie onwenselijk.

De risicoverevening mag dan *op dit moment* in de praktijk niet tot grote problemen leiden, de commissie meent dat het systeem bij het blijven bestaan van voorspelbaar verlies- en winstgevende groepen kwetsbaar is voor *toekomstige* ontwikkelingen in de zorgverzekeringsmarkt. Allereerst zal toenemende risicodragendheid de verzekeraars dwingen tot scherpere keuzes bij de zorginkoop, zodat zorgaanbieders meer selectief zullen worden gecontracteerd. Zonder verbeteringen in het vereveningsstelsel kan deze trend van (gewenste) selectieve zorginkoop gepaard gaan met ondermijning van de beoogde solidariteit van het verzekeringsstelsel. Er is immers een reële mogelijkheid dat verzekeraars in hun zorginkoop minder moeite zullen gaan doen voor verliesgevende verzekerden, zeker als ze niet helder hoeven te maken op grond van welke criteria ze bij de ene aanbieder wel en bij de andere geen zorg voor bepaalde aandoeningen inkopen.

Ten tweede kan worden verwacht dat het basispakket de komende jaren verder zal worden verkleind, met het oog op de financiële houdbaarheid op langere termijn van het collectieve zorgstelsel. Hierdoor neemt het belang van aanvullende polissen toe, vooral voor verzekerden die veel zorg gebruiken (en die thans veelal voor de verzekeraar een ongunstig risico inhouden). De verzekeraar zal met de dekking en polisvoorwaarden of met medische selectie voor een aanvullende verzekering sterker dan nu kunnen gaan sturen op het aantrekken van de meest

gunstige verzekerden voor zijn basispolis. De praktijk is namelijk dat basis- en aanvullende polis vrijwel altijd bij dezelfde verzekeraar worden afgesloten. De commissie ziet daar in de toekomst geen verandering in komen. De verzekeraars zullen een scheiding tussen de basis- en aanvullende polis naar verwachting niet aanmoedigen, maar juist waarschuwen voor aansluitingsproblemen bij het gescheiden afsluiten van beide polissen.

Verschillen tussen zorguitgaven van verzekeraars worden niet alleen bepaald door het gezondheidsprofiel van hun verzekerden, maar ook door andere factoren die het zorggebruik beïnvloeden, zoals de sociaal-culturele achtergrond van verzekerden en het zorgaanbod in een stad of regio. Het risicovereveningsstelsel compenseert idealiter alleen voor kostenverschillen als gevolg van gezondheid. Andere oorzaken zijn namelijk te beïnvloeden en horen voor risico van de verzekeraar te komen. Als een verzekeraar op groepen verzekerden hogere dan gemiddelde kosten maakt die niet worden gecompenseerd, ontstaat een (gewenste) prikkel tot meer doelmatige zorg voor deze groepen. Een verzekeraar kan echter ook kiezen voor risicoselectie op deze groepen. Daar komt bij dat het risicovereveningsstelsel in de praktijk oorzaken van kostenverschillen niet perfect kan scheiden. Hoe ver de risicoverevening moet gaan in het wegwerken van verlies- en winstgevende groepen en welke doelmatigheidsprikkels moeten overblijven, is objectief-wetenschappelijk niet vast te stellen en daarom feitelijk een normatieve keuze.

Door deze intrinsieke spanning tussen het wegnemen van prikkels voor risicoselectie en het behouden van prikkels voor doelmatigheid, is het onvermijdelijk dat het vereveningsstelsel imperfect is. Vaak zullen de onvolkomenheden ook ruimte laten voor de selectie door verzekeraars van winstgevende groepen verzekerden. Dit gaat gepaard met een vermindering van de beoogde risicosolidariteit en op termijn mogelijk ook met een relatief achterblijven van de kwaliteit van zorg voor groepen die voor de verzekeraar een ongunstig risico vormen.

De commissie concludeert dat zulke ongewenste toekomstige effecten kunnen worden vermeden of beperkt door een combinatie van maatregelen:

- Een voortdurende aanpassing van het vereveningsstelsel kan de ruimte voor winstgevende selectie klein houden en de voorspelbaarheid van verliesgevende groepen verminderen. De aanpassingen zullen geconstateerde imperfecties verder kunnen terugdringen, waarbij in het bijzonder moet worden ingespeeld op daadwerkelijk in de markt waargenomen selectiegedrag;
- Een aanscherping van de voorwaarden waaraan polissen voor de basisverzekering moeten voldoen, kan de mogelijkheden voor selectie via polisvoorwaarden beperken. De commissie pleit ervoor om in elk geval de optie voor vrijwillig tussentijds overstappen onmogelijk te maken;
- Scherp en gericht toezicht op de kwaliteit van de ingekochte zorg kan voorkomen dat bepaalde vormen van zorg verwaarloosd worden doordat zij onvoldoende compensatie vinden in het vereveningsstelsel;
- Transparantie van zorgkwaliteit en van de contractportfolie van iedere verzekeraar maakt inzichtelijk welke zorgkwaliteit daadwerkelijk bij de diverse polissen wordt aangeboden. Dit kan het reputatiemechanisme versterken waardoor verzekeraars ervan worden weerhouden om het zorgaanbod voor bepaalde groepen te verwaarlozen.

In het laatste deel van dit rapport werkt de commissie deze oplossingsrichtingen uit tot een aantal concrete voorstellen. Die hebben zowel betrekking op mogelijke verbeteringen van het risicovereveningsstelsel, aanpassingen in de Zorgverzekeringswet, veranderingen in het proces

van toetsing en totstandkoming van de risicoverevening, als op het toezicht op de zorgverzekeringsmarkt.

De commissie meent dat de inzet van zulke maatregelen noodzakelijk is om een serieuze ondermijning van de beoogde solidariteit in de toekomst te voorkomen. In hoeverre deze maatregelen daartoe ook toereikend zullen zijn, kan zij op dit moment niet vaststellen. Daarom is het van belang dat de feitelijke ontwikkelingen nauwkeurig worden gevolgd, zodat de maatregelen zo nodig kunnen worden aangescherpt en uitgebreid.

Uiteindelijk zal in de afruil tussen doelmatigheid en solidariteit altijd een politieke afweging gemaakt moeten worden. Goed gekozen maatregelen kunnen deze afruil verzachten, maar niet wegnemen.

Inhoudsopgave

Woord vooraf	i
Managementsamenvatting	iii
1 Inleiding	1
1.1 Aanleiding en inhoud van de opdracht.....	1
1.2 Wat is risicoverevening, wie doet het?.....	2
1.3 Overwegingen bij de taakopvatting van de commissie	4
1.4 Werkwijze commissie	5
2 Beschouwingen over de zorgverzekeringsmarkt	7
2.1 Enkele relevante cijfers over de Nederlandse curatieve zorgverzekeringsmarkt.....	7
2.2 Resultaten van de zorgverzekeraars en de invloed van de risicoverevening	12
3 Analyse en oordeel (beantwoording opdrachtvragen 1 t/m 4)	15
3.1 Antwoord op vraag 1	15
3.2 Antwoord op vraag 2.....	17
3.3 Antwoord op vraag 3.....	18
3.4 Antwoord op vraag 4.....	24
3.5 Eindconclusie kwaliteit van de risicoverevening.....	27
4 Aanbevelingen (beantwoording opdrachtvragen 5 en 6)	29
4.1 Aanpassingen risicovereveningsysteem	29
4.2 Aanpassingen Zorgverzekeringswet.....	30
4.3 Procedurele en institutionele verbetermogelijkheden	30
Bijlage A Samenstelling van de commissie evaluatie Risicoverevening Zvw	33
Bijlage B Gesprekspartners rondetafelgesprekken	35

1 Inleiding

1.1 Aanleiding en inhoud van de opdracht

De Tweede Kamer heeft in een motie de minister van VWS opgeroepen een commissie van deskundigen het Nederlandse risicovereveningsysteem te laten evalueren zoals dat functioneert in het kader van de Zorgverzekeringswet (Zvw). De beoogde commissie zou de vraag moeten beantwoorden of in het huidige vereveningsysteem groepen verzekerden kunnen worden geïdentificeerd waarop verzekeraars voorspelbare winsten of verliezen boeken en of verzekeraars van die kennis gebruikmaken om verzekerden te selecteren.

De minister heeft bij Ministerieel Besluit van 21 november 2011 de Commissie Evaluatie Risicoverevening Zvw ingesteld en verzocht haar van advies te dienen over de vraag of het risicovereveningsysteem aan zijn beleidsdoel, te weten het compenseren voor gezondheidsverschillen in verzekerdenpopulaties en daardoor het creëren van een gelijk speelveld voor verzekeraars, beantwoordt. In bijzonder verzoekt zij de commissie antwoord te geven op de volgende vragen:

1. Kunnen als gevolg van het huidige systeem van risicoverevening (2011, 2012) voorspelbare winsten en verliezen van bepaalde groepen verzekerden voor verzekeraars worden onderscheiden?
2. Zo ja, zijn dit voor verzekeraars (gemakkelijk) identificeerbare groepen van klanten?
3. Zo ja, hoe lonend is het voor verzekeraars om met deze kennis gunstige risicoselectie toe te passen (aantrekken van goede risico's dan wel afstoten/niet aantrekken van slechte risico's)?
4. Zijn er aanwijzingen dat risicoselectie daadwerkelijk (niet) plaatsvindt?
5. Gelet op het antwoord op bovenstaande vragen, welke verbeteringen zouden in het vereveningsysteem wenselijk c.q. mogelijk zijn?
6. Welke procedure dient jaarlijks te worden uitgevoerd om de risicoverevening zodanig aan te passen dat potentiële prikkels tot risicoselectie zo veel als mogelijk worden afgevangen?

In dit rapport geeft de Commissie Evaluatie Risicoverevening Zvw (hierna te noemen: commissie) eerst een korte inleiding over het risicovereveningsysteem zoals dat in Nederland functioneert en haar werkwijze bij het vervullen van de opdracht. Vervolgens schetst zij enkele, voor de opdracht relevante aspecten van de zorgverzekeringsmarkt zoals die thans functioneert. Daarna formuleert zij op basis van bestaande kennis, gesprekken met deskundigen en stakeholders, eigen analyses en inzichten, haar antwoorden op de bovenstaande zes vragen van de minister en trekt daaruit conclusies over de kwaliteit van het risicovereveningsysteem. Het rapport wordt afgesloten met concrete voorstellen voor verbeteringen.

In bijlage 1 is de samenstelling van de commissie beschreven.

1.2 Wat is risicoverevening, wie doet het?

Het risicovereveningsysteem zoals dat functioneert in de Zorgverzekeringswet is op andere plaatsen al in detail beschreven.¹ Daarom volstaat hier een korte algemene toelichting.

Risicoverevening beoogt zorgverzekeraars te compenseren voor verschillen in zorguitgaven voor het basispakket die het gevolg zijn van gezondheidsverschillen in hun verzekerdenpopulaties. Omdat de verzekeraars voor het basispakket iedereen moeten accepteren en de premie niet mogen laten variëren al naar gelang de verwachte kosten per verzekerde, verkeren verzekeraars met een gemiddeld ongezonder verzekerdenbestand in het nadeel ten opzichte van concurrenten van wie verzekerden gemiddeld gezonder zijn en minder zorgkosten maken. Zonder correctie dwingt dit een verzekeraar met veel ‘slechte risico’s’ op straffe van faillissement tot veel hogere premies (wat haar op den duur uit de markt prijst) of tot het selecteren op minder dure verzekerden. De risicoverevening corrigeert voor deze gezondheidsverschillen, zodat het voor verzekeraars voor hun resultaat in principe niet uitmaakt wat het gezondheidsprofiel van hun verzekerden is.

1.2.1 Werking van de ex ante risicoverevening

Een verzekeraar ontvangt voorafgaand aan het betreffende kalenderjaar uit het Zorgverzekeringsfonds een voorschot op de vereveningsbijdrage. Deze ex ante bijdrage berust op een schatting van de zorgkosten van de verzekeraar in dat jaar, die op zijn beurt weer is gebaseerd op het risicoprofiel van de verzekerden. Het risicoprofiel bestaat uit een aantal kenmerken van verzekerden zoals leeftijd en geslacht; aard van het inkomen (AVI); sociaaleconomische status (SES); waar de verzekerde woont (ingedeeld in regioclusters, naar de mate van zorgkosten in geaggregeerde postcodegebieden); informatie over ziekte in het voorafgaande jaar aan de hand van medicijngebruik (opgedeeld in zogenaamde farmaceutische kostengroepen, FKG’s) en ziekenhuisopname (opgedeeld in diagnose-kostengroepen, DKG’s) en of de verzekerde behoort tot de groep die meerjarig hoge kosten (MHK) heeft gemaakt, als indicator voor chronisch duur zorggebruik.

Met behulp van een econometrisch model worden aan de hand van zorgkosten in het verleden (jaar $t-3$) de verwachte zorgkosten van groepen met hetzelfde kenmerk berekend. Zo kan aan elk kenmerk een ‘prijskaartje’ worden gehangen dat het normbedrag wordt genoemd. De vereveningsbijdrage die een verzekeraar voor elke verzekerde ontvangt, is het normbedrag voor leeftijd en geslacht van de verzekerde, waarop toe- en afslagen worden toegepast met de normbedragen voor de overige vereveningscriteria waaraan de verzekerde voldoet. Het macrobedrag dat de verzekeraars aldus als voorschot voor uitgaven in het kalenderjaar ontvangen bestaat uit de optelsom van alle vereveningsbijdragen voor hun verzekerden, minus de inkomsten uit de rekenpremie (het door de overheid geraamde gemiddelde nominale premiebedrag per verzekerde) en de financieringsverschuiving als gevolg van het verplicht eigen risico. Het ex ante macrobedrag wordt feitelijk in de vorm van aparte deelmacrobedragen verstrekt, namelijk voor vier van de vijf bekostigingsonderdelen van de curatieve zorg, te weten DBC-zorgproducten vrije segment, variabele ziekenhuiskosten, overige prestaties en GGZ. De vaste ziekenhuiskosten, het

¹ O.a.: Ministerie van VWS (2007), Beschrijving van het risicovereveningsysteem van de Zorgverzekeringswet, Den Haag: Ministerie van VWS; Vektis (2011), Zorgthermometer Vooruitblik 2012, Zeist: Vektis.

vijfde onderdeel van de curatieve zorgbekostiging, worden achteraf volledig vergoed en lopen daarom niet mee in de ex ante risicoverevening.

Elk jaar wordt het ex ante model aangepast aan de beleidsaanpassingen voor het komende jaar en herijkt op basis van de nieuwste zorgkostengegevens.

1.2.2 Ex post compensaties

De ex ante vereveningsbijdrage per verzekeraar wordt in de loop van het kalenderjaar herberekend op basis van actuele verzekerdengegevens. Na afloop van het jaar wordt het definitieve vereveningsbedrag vastgesteld door toepassing van de ex post compensaties die voor elk van de vijf macrodeelbedragen apart worden vastgesteld. In 2012 geldt volledige vergoeding voor de vaste ziekenhuiskosten en jeugd-GGZ, compensatie bij overschrijding door een verzekeraar van een normbedrag voor gemiddelde winst of verlies per verzekerde ('bandbreedteregeling') voor de DBC-zorgproducten in het vrije segment, variabele ziekenhuiskosten en de GGZ-zorg, en een ex post hoge-kostenverevening voor de GGZ-zorg.

1.2.3 Wie voert uit?

In de wetgeving is vastgelegd hoe de vereveningsbedragen worden vastgesteld en wanneer en op welke wijze deze worden uitgekeerd aan de zorgverzekeraars. De verzekeraars dienen jaarlijks de zorgkosten- en andere gegevens van hun verzekerden aan het CVZ, de beheerder van het Zorgverzekeringsfonds, aan te leveren. De minister van VWS stelt in het najaar de ex ante normbedragen en de ex post compensaties vast voor het komende kalenderjaar. Het CVZ voert de voorlopige en definitieve uitbetalingen aan de verzekeraars uit.

1.2.4 Besluitvormingsprocedure

In een recent document² is in detail beschreven hoe de jaarlijkse besluitvormingsprocedure verloopt voor het vaststellen van de normbedragen in het ex ante vereveningsstelsel en van de ex post compensaties, zoals wie voor welke stappen verantwoordelijk is en welke partijen op welk moment worden betrokken. De commissie acht het niet nodig deze procedurebeschrijving hier te herhalen en verwijst daarom kortheidshalve naar deze publicatie.

1.2.5 Spanning tussen perfecte verevening en doelmatigheid

De doelstelling van het risicovereveningsstelsel bestaat erin om te vermijden dat verzekeraars voorspelbare winsten en verliezen maken op groepen verzekerden met een verschillende gezondheidstoestand. Hierbij moet ervoor gewaakt worden dat de doelmatigheid van het zorgverzekeringsstelsel niet in het gedrang komt. Op het eerste gezicht zijn deze principes ondubbelzinnig, maar toch kunnen over de concrete invulling meningsverschillen bestaan. Soms hangen verschillen in gezondheidstoestand samen met factoren die door de verzekerden zelf kunnen worden gecontroleerd (bv. levensstijl). Het niet opnemen van deze factoren in het vereveningsmodel kan in principe tot voorspelbare winsten en verliezen leiden. Binnen de samenleving leven echter verschillende opvattingen over de vraag of dit een prikkel is voor ongewenste risicoselectie, dan wel een wenselijke prikkel voor doelmatigheid. Bovendien worden niet alle variaties in zorggebruik tussen verschillende verzekerden groepen veroorzaakt door gezondheidsverschillen. Sociaal-culturele factoren kunnen tot verschillen in zorggebruik leiden,

² PwC (2012), Beschrijving besluitvormingsproces risicoverevening Zorgverzekeringswet, bijgewerkte beschrijving besluitvormingsproces risicoverevening, Amsterdam: PricewaterhouseCoopers Accountants.

zelfs bij gelijke gezondheidstoestand. Ook in dit geval bestaat geen maatschappelijke consensus over de vraag of het risicovereveningsysteem hiervoor moet compenseren.

Dit alles heeft onmiddellijke gevolgen voor de beoordeling van welke kenmerken in de risicoverevening moeten meegenomen worden. Persoonlijke kenmerken die direct gerelateerd zijn aan de gezondheid en die niet door de verzekeraar, noch door de verzekerde zelf kunnen worden beïnvloed, kunnen zonder probleem in het risicovereveningsmodel worden opgenomen. Hierdoor kan immers ondubbelzinnig ongewenste risicoselectie vermeden worden. Maar wanneer de informatie over deze kenmerken niet voldoende verfijnd is om alle (ongewenste) voorspelbare winsten en verliezen te compenseren, moet een aantal ingewikkelde afwegingen gemaakt worden. Hieronder zijn de twee belangrijkste beschreven.

- a. Het is bekend dat sociaaleconomische kenmerken vaak een goede voorspeller zijn van gezondheidsverschillen. Tegelijkertijd weerspiegelen ze ook verschillen in levensstijl en sociaal-culturele verschillen in zorggebruik, die niet door verschillen in gezondheidstoestand verklaard worden. In de praktijk kunnen deze verschillende deeleffecten niet van elkaar gescheiden worden en wordt steeds hun gezamenlijk effect geobserveerd. Het kenmerk “zelfstandige” (een van de AVI-groepen) vormt wellicht het meest frappante voorbeeld van dit dilemma. Het lagere zorggebruik bij zelfstandigen wordt gedeeltelijk verklaard door verschillen in gezondheidstoestand, en gedeeltelijk door een lager zorggebruik bij gelijkblijvende gezondheidstoestand. Het niet opnemen van die sociaaleconomische kenmerken in het vereveningsmodel heeft tot gevolg dat voorspelbare winsten en verliezen ontstaan, die gedeeltelijk samenhangen met de gezondheidstoestand. Door opname van die kenmerken wordt dit probleem aangepakt, maar neemt men meteen ook de prikkel weg om in te grijpen op socioculturele verschillen in zorggebruik en in levensstijl.
- b. Indien onvoldoende rechtstreekse morbiditeitsinformatie aanwezig is, kan het vereveningsmodel verrijkt worden door de opname van informatie over zorggebruik in het verleden. Voorbeelden hiervan zijn het MHK-criterium (wel opgenomen) en een Meerjarig Lage Kosten criterium (niet opgenomen). Deze kenmerken zijn krachtige voorspellers van toekomstig zorggebruik en sluiten dicht aan bij de informatie waarover de verzekeraars beschikken. In die zin zijn het sterke kandidaten voor opname in het risicovereveningsmodel. Tegelijkertijd echter verminderen ze ook de prikkels tot doelmatigheid, omdat de verzekeraars tot op zekere hoogte in de toekomst gecompenseerd zullen worden voor hoge kosten die nu gemaakt worden, of “bestraft” zullen worden voor lage kosten die thans worden gerealiseerd. Ook in dit geval moeten dus afwegingen worden gemaakt.

In de vormgeving van de risicoverevening bestaat dus een intrinsieke spanning tussen enerzijds de doelstelling van het vermijden van alle risicoselectie en anderzijds het bevorderen van doelmatigheid.

1.3 Overwegingen bij de taakopvatting van de commissie

De commissie heeft de haar gegeven opdracht uitgevoerd vanuit de volgende overwegingen.

1. De opdracht aan de commissie is gebaseerd op vermoedens dat ondanks de periodieke verbeteringen van het ex ante risicovereveningsysteem in de Zorgverzekeringswet

verzekeraars op bepaalde groepen verzekerden voorspelbare verliezen of winsten maken en op de wens om te weten of verzekeraars met die kennis aan risicoselectie doen.

Zoals in paragraaf 1.2.5 is aangegeven, realiseert de commissie zich dat voorspelbare winsten en verliezen na verevening twee soorten oorzaken kunnen hebben, namelijk (niet te beïnvloeden) verschillen in gezondheid van verzekerden tegenover overige, door verzekeraars en/of verzekerden wel te beïnvloeden, factoren. De commissie zal in haar antwoorden op de opdrachtvragen over waargenomen winsten en verliezen geen onderscheid maken tussen beide soorten oorzaken, omdat de scheidslijn in de praktijk vaak niet of niet scherp te trekken is. Het antwoord op de vraag hoe het risicovereveningsysteem het beste kan worden ingericht is niet alleen louter objectief, wetenschappelijk vast te stellen, maar vergt ook een maatschappelijke keuze tussen waar voorspelbare verliezen en winsten moeten worden vermeden en waar ze moeten worden gezien als doelmatigheidsprykkels.

2. De commissie heeft geoordeeld dat het niet wenselijk is de risicoverevening voor het macrodeelbedrag voor de GGZ in haar rapportage te betrekken. Het ex antesysteem voor de GGZ is pas jong en naar de mening van velen nog niet toereikend om betrouwbaar te kunnen compenseren voor gezondheidsverschillen. De commissie acht het daarom weinig zinvol de verevening van GGZ-risico's op dit moment aan een evaluatie te onderwerpen.

1.4 Werkwijze commissie

De commissie heeft zich inzicht verschaft in de werking van de risicoverevening en de aard en omvang van mogelijke voorspelbare winsten en verliezen voor verzekeraars door de beschikbare literatuur te bestuderen, ter zake deskundigen te raadplegen en eigen analyses te laten uitvoeren. Deze analyses zijn uitgevoerd door SEO Economisch Onderzoek uit Amsterdam. De resultaten, waarnaar in het antwoord op de opdrachtvragen zal worden verwezen, zijn gepubliceerd in een aparte rapportage die tegelijk met het onderhavige rapport openbaar wordt gemaakt en op de website van SEO te vinden is.³

Om een beeld te krijgen hoe de zorgverzekeringsmarkt omgaat met deze voorspelbare winsten en verliezen en wat de effecten daarvan zijn voor de positie van verzekeraars en verzekerden, heeft de commissie vijf rondetafelgesprekken georganiseerd, te weten met experts, overheidsvertegenwoordigers, een vertegenwoordiging van de zorgverzekeraars, managers van het Achmea-concern en met vertegenwoordigers van patiënten- en zorgconsumentenorganisaties. In bijlage 2 treft u de samenstelling van de delegaties aan.

Tot slot heeft de commissie zich door de onderzoekers van Boer&Croon laten voorlichten over de uitkomsten van hun analyse van de effecten van de risicoverevening op de resultaten van de zorgverzekeraars (zie par. 2.2).

³ Tempelman, C. (2012), Winst- en verliesgevende verzekerden, Amsterdam: SEO Economisch Onderzoek. Te downloaden op: www.seo.nl.

2 Beschouwingen over de zorgverzekeringsmarkt

2.1 Enkele relevante cijfers over de Nederlandse curatieve zorgverzekeringsmarkt

2.1.1 Marktomzet

In principe is iedereen die in Nederland woont of loonbelasting betaalt, verplicht verzekerd op grond van de Zorgverzekeringswet. Dit betekent dat ruim 16 miljoen verzekerden zich bij een van de zorgverzekeraars moeten aansluiten voor een basispolis. Verzekerden van 18 jaar en ouder betalen daarvoor een nominale premie en inkomensafhankelijke premie. Voor kinderen en jongeren onder de 18 krijgen de zorgverzekeraars een vergoeding van het rijk. Daarnaast betalen verzekerden ook zelf voor basiszorg in de vorm van een eigen risico en – voor sommige behandelingen – eigen bijdragen. Verzekeraars vergoeden ook zorg die niet in het basispakket zit, maar verzekerd is in aanvullende polissen. Verzekeraars schatten de omzet in verzekerde zorg op de curatieve zorgverzekeringsmarkt in 2012 op bijna € 36 miljard.⁴

2.1.2 Zorgverzekeraars

De zorgverzekeraars zijn private ondernemingen die met elkaar concurreren om de gunst van de verzekerden. Zij mogen winst maken. Een deel van de verzekeraars heeft geen winstoogmerk maar kent een coöperatieve verenigingsstructuur. Hun eventuele positieve resultaat komt ten goede aan de leden (meestal de verzekerden zelf) of wordt gebruikt ter versterking van het eigen vermogen.

Er zijn vier grote concerns en vijf kleine, de laatste in feite zelfstandige verzekeraars. De vier grote concerns hebben 90 procent van de zorgverzekeringsmarkt in handen. Ze bestaan elk uit verschillende zorgverzekeraars die onder een eigen naam financieel zelfstandig opereren ('risicodragers'). Zo vallen onder het Achmea-concern, het grootste met een marktaandeel van bijna 30 procent, de verzekeraars Avéro Achmea, De Friesland, FBTO, Interpolis, OZF Achmea en Zilveren Kruis. Menzis, het kleinste van de vier grote concerns met een marktaandeel van 13 procent, bestaat uit de zorgverzekeraars Anderzorg, Azivo en Menzis. De zorgverzekeraars DSW, Zorg en Zekerheid, Eno, ONVZ en ASR bedienen de resterende 10 procent van de markt. Deze vijf hebben hun inkoopactiviteiten gebundeld in een gezamenlijke inkooporganisatie, Multizorg VRZ. In tabel 1 is een lijst met de 26 zorgverzekeraars/risicodragers opgenomen zoals het Zorgverzekeringsfonds die voor de risicoverevening onderscheidt.

⁴ Vektis (november 2011), Zorgthermometer Vooruitblik 2012, Zeist: Vektis.

Tabel 1. De concerns en zorgverzekeraars

Concern	Zorgverzekeraar (risicodragers)
Achmea	Agis Zorgverzekeringen NV Avéro Achmea Zorgverzekeringen NV De Friesland Zorgverzekeringen NV FBTO Zorgverzekeringen NV Interpolis Zorgverzekeringen NV OZF Achmea Zorgverzekeringen NV Zilveren Kruis Achmea Zorgverzekeringen NV
UVIT	IZA Zorgverzekeraar NV IZZ Zorgverzekeraar NV NV Univé Zorg NV Zorgverzekeraar UMC Cooperatie VGZ UA Zorgverzekeraar Cares Gouda NV
CZ	Delta Lloyd Zorgverzekeringen NV OHRA Ziektekostenverzekeringen NV OHRA Zorgverzekeringen NV OMW CZ Groep Zorgverzekeraar UA
Menzis	Anderzorg NV AZIVO Zorgverzekeraar NV Menzis Zorgverzekeraar NV
ASR	ASR Basis Ziektekostenverzekeringen NV
Eno	Eno Zorgverzekeraar NV
DSW-SH	OWM DSW Zorgverzekeraar UA OWM Stad Holland Zorgverzekeraar UA
ONVZ	ONVZ Ziektekostenverzekeraar NV
Zorg en Zekerheid	OWM Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid UA

Door hun verleden als ziekenfonds zijn veel zorgverzekeraars sterk in bepaalde regio's. Zo heeft Zorg en Zekerheid vooral verzekerden in de regio Leiden-Haarlem, Eno (voorheen Salland) in Overijssel, is De Friesland sterk in de noordelijke provincies en CZ in Zuid-Nederland. In de meeste provincies heeft een beperkt aantal verzekeraars dominante marktposities. In Friesland en Zeeland wordt de markt gedomineerd door een enkele verzekeraar.

Het aantal zelfstandige zorgverzekeraars daalt gestaag, omdat ze worden overgenomen of fuseren. Zo is in 2010 Azivo overgenomen door Menzis en in 2011 AZVZ door Zorg en Zekerheid. In 2011 fuseerde De Friesland, de grootste zelfstandige verzekeraar, met Achmea.

2.1.3 Polissen

Elke zorgverzekeraar brengt een of meerdere polissen uit, die vaak bestaan uit een natura- en restitutieversie van de 'reguliere' basispolis of een combinatie daarvan, en een goedkopere 'internetpolis', de laatste vaak gericht op specifieke doelgroepen. Ook tussenpersonen kunnen de polissen van de zorgverzekeraars verkopen, soms doen ze dat onder een andere merknaam (eigen label), bijvoorbeeld in de vorm van een collectieve verzekering. Tussenpersonen die namens de verzekeraar polissen mogen verkopen, de premie vaststellen en de administratie doen worden gevolmachtigden genoemd. Alle merken bieden naast de wettelijk vastgestelde basispolis

aanvullende zorgverzekeringen aan, onder andere voor vergoeding van mondzorg, fysiotherapie en hulpmiddelen die niet in het basispakket zitten. Deze aanvullende polissen vallen niet onder de Zvw en dus niet onder de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie.

Internetpolissen zijn zorgverzekeringen die verzekeraars via internet verkopen en waarbij ze (meestal) exclusief via internet met de verzekerden communiceren. Het aandeel van de internetpolissen in het totaal aantal verkochte verzekeringen blijft groeien. In 2012 is dit segment met 60 procent gegroeid, net als in 2011. De internetpolissen vormen daarmee de belangrijkste groeiemarkt voor verzekeraars. Verwacht wordt dat het aandeel van de internetpolissen de komende jaren aanzienlijk verder zal groeien ten koste van de reguliere polissen.⁵ Bestaande internetverzekeringen zoals Anderzorg van Menzis, Zekur van Univé, CZ Direct, FBTO van Achmea en nieuwe polissen zoals Blue van VGZ, Ditzo van ASR en Youcare van Achmea nemen in 2012 bijna 5 procent van de markt voor hun rekening.

De gemeenschappelijke noemer van deze internetlabels is dat ze zich vooral richten op jonge en/of hoogopgeleide verzekerden die genoeg nemen met een beperkter zorgkeuze en/of beperkte aanvullende verzekeringen, gewend zijn alles via internet te regelen en voor wie een aantrekkelijk premiebedrag een sterke prikkel vormt om van verzekeraar te veranderen. Sommige tussenpersonen brengen samen met verzekeraars internetlabels uit, zoals Promovendum en Besured van National Academic en Avéro Achmea. Dat sommige internetlabels bepaalde doelgroepen op het oog hebben blijkt uit de wervingsteksten die op hun websites te vinden zijn, zoals: “U betaalt niet voor de zorg die u toch niet gaat gebruiken” (Blue); “*Studenten en young professionals declareren minder ziektekosten en hebben daarom recht op lagere premie*” (Besured); “*Uit verzekeringscijfers blijkt dat mensen met middelbare- of hogere opleiding, óf mensen die in een organisatie werkzaam zijn op middelbaar of hoger niveau, minder vaak een schade indienen bij hun verzekeraar dan mensen die niet in deze groep vallen. Daarom ontvangt deze groep gegarandeerd een lagere premie.*” (Promovendum). Daarnaast zetten verzekeraars ook andere doelgroepenpolissen in de markt, bijvoorbeeld voor verzekerden met een bepaalde religieuze overtuiging (Pro Life polis van Agis), voor gezinnen (Kiemerpolis van De Friesland), voor vrouwen (het label Energiek van Eno) en voor seizoenarbeiders, *expats* en buitenlandse studenten (het label Hollandzorg van Eno).

2.1.4 Collectiviteiten

Veel werkgevers sluiten een overeenkomst af met een verzekeraar voor een aantrekkelijk pakket aan zorgverzekeringen voor hun werknemers. Ook veel andere organisaties doen dat voor hun leden of klanten. Het deel van de zorgverzekeringen dat onder een collectief contract valt groeit nog steeds. Bij de introductie van de Zorgverzekeringswet in 2006 was dit 51 procent, in 2011 65 procent en in 2012 is het aandeel gegroeid tot 68 procent. Verzekeraars mogen in collectieve contracten op de basispolis een korting bieden van maximaal 10 procent. Om te voorkomen dat ze de korting laten variëren al naargelang de samenstelling van de collectiviteit en daarmee dus op risico kunnen selecteren, mag de korting per polis alleen verschillen aan de hand van aantallen verzekerden die onder het collectieve contract vallen (art. 18, 3^e lid Zorgverzekeringswet). De wetgever ziet in collectieve contracten de volgende voordelen: “Het voordeel van een collectief contract is dat door een zekere "massa" aan verzekerden een aantal additionele voordelen, zoals een betere service voor de verzekerden in het collectief, kan worden uitonderhandeld met

⁵ BS Health Consultancy (maart 2012), Reguliere polis verliest terrein, onderzoek naar de dynamiek in de zorgverzekeringsmarkt 2012, Vinkeveen: BS Health Consultancy; BS Health Consultancy (maart 2011), Mobiliteit prijs en internet gestuurd, onderzoek naar de dynamiek in de zorgverzekeringsmarkt 2011, Vinkeveen: BS Health Consultancy.

verzekeraars. Daarmee kan een collectief makkelijker dan een individuele burger een vuist maken tegenover de zorgverzekeraar. Collectieve contracten bieden verzekeringnemers dus "countervailing power" tegenover de verzekeraars." ⁶ Het gaat er dus om dat collectiviteiten een zekere inkoopmacht kunnen vormen.

De wet is tamelijk ruim in de omschrijving van voor welke collectiviteiten de korting is bedoeld. Volgens artikel 18 van de Zorgverzekeringswet mag een collectief contract alleen worden gesloten tussen een zorgverzekeraar en een werkgever of "een rechtspersoon die de belangen van te verzekeren personen behartigt". In de collectieve contracten is bijna altijd de mogelijkheid voor aanvullende polissen opgenomen waarop ook korting wordt verleend, soms aangevuld met extra's als vergoeding van lidmaatschappen en andere verzekeringspakketten zoals rond bedrijfsgezondheid. De korting op de aanvullende pakketten is niet aan een wettelijke limiet gebonden.

In de collectiviteitenmarkt lijkt het begrip 'belangenbehartiging' breed geïnterpreteerd te worden, het aanbod is uiterst divers. Er zijn ruim 56.000 collectiviteiten, waarvan ongeveer 60 procent met werkgevers(organisaties) uit het MKB, het grootbedrijf en de publieke sector. De resterende 40 procent omvat twee andersoortige groepen collectiviteiten, waarvan de eerste bestaat uit verenigingen en hun koepels, zoals vakbonden, ZZP-verbanden, ouderenbonden, studentenkoepels, sportverenigingen, patiëntenorganisaties, ANWB, etc.⁸ Een bijzondere vorm zijn de collectieve contracten die vrijwel alle gemeenten in Nederland sluiten voor hun inwoners met een bijstandsuitkering of minimuminkomen. Collectieve contracten met werkgevers, ledenorganisaties en gemeenten zijn zogenaamde gesloten collectiviteiten, omdat een bepaalde voorwaarde zoals een arbeidsrelatie of lidmaatschap vereist is voor toegang. Beëindiging daarvan betekent dat de verzekerde en zijn gezinsleden het collectief moet verlaten. De tweede soort wordt gevormd door zogenaamde open of gelegenheidscollectiviteiten: collectieve contracten waarop in principe iedereen zich kan inschrijven en waarvoor bijvoorbeeld winkelbedrijven, internetondernemingen, loterijen en banken als contractpartij fungeren. Verzekerden kunnen ook korting krijgen als ze via vergelijkingsites een verzekering afsluiten, door de collectieve contracten die deze sites met bepaalde verzekeraars hebben. Ten slotte bieden verzekeraars samen met tussenpersonen zelf collectiviteiten aan, bijvoorbeeld in de vorm van goedkope labels. Voorbeelden zijn Promovendum en Besured.

De korting op de basispolis bij de collectiviteiten varieert van 3 tot 10 procent. De gemiddeld hoogste kortingen worden gegeven bij de werkgeverscollectiviteiten, de laagste bij die met patiëntenverenigingen.⁷

Een collectief contract is voor een verzekeraar een aantrekkelijk middel om grote groepen nieuwe verzekerden binnen te halen dan wel verzekerden te behouden. Als de groep verzekerden onder het contract enigszins homogeen is of gemeenschappelijke kenmerken heeft, kan gericht zorg worden ingekocht. Een collectief contract kan ook een kanaal zijn waarlangs andere verzekeringsproducten worden verkocht. Tot slot kan een collectief contract dienen om een door de verzekeraar zelf af te bakenen groep, die om wat voor reden dan ook voor hem aantrekkelijk is, met kortingen en extra's voor de doelgroep binnen te halen en te behouden.

⁶ Memorie van Toelichting, Zorgverzekeringswet, Kamerstukken II 2003-2004, 29 763, nr.3.

⁷ NZa (2011), Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2007-2011, Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

2.1.5 Premies

Een opvallende ontwikkeling in 2012 is dat verschillen in premies voor reguliere polissen tussen de vier grote concerns nog nooit zo klein zijn geweest sinds de invoering van de Zvw. Op jaarbasis bedraagt het verschil tussen de hoogste en laagste premie voor een naturapolis van hun grootste labels € 21, op een gemiddeld jaarpremie van rond de € 1.300.⁸ De onderkant van de premie markt biedt een variëteit van internetpolissen met lagere premies. De premies van deze budgetopties belopen € 1.110 tot € 1.196 per jaar. Studentenlabels zoals Besured en Promovendum voor studenten zijn hierbij buiten beschouwing gebleven omdat dit geen zelfstandige polissen zijn, maar collectiviteiten op basis van een reguliere zorgpolis, die met een zeer lage premie kunnen worden aangeboden omdat de verzekeraar voor deze polissen het verhoogd eigen risico voor eigen rekening neemt. De gemiddeld gewogen premie van de budgetpolissen is in 2012 € 125 goedkoper dan de gemiddeld gewogen jaarpremie van de reguliere polissen. Dit verschil is in werkelijkheid kleiner dan het lijkt. Immers op de reguliere polissen kunnen collectieve contracten worden afgesloten, waarvan de korting tot 10 procent kan oplopen. Ruim tweederde van de Nederlanders is aangesloten bij een dergelijk contract en de gemiddelde korting voor de premiebetalenden bedraagt 7,5 procent. Daarmee besparen ze gemiddeld € 91 op de jaarpremie van een reguliere polis. Op de budgetlabels is – op een enkele uitzondering na – geen korting mogelijk of is deze al in de premie verwerkt. Een aanzienlijk deel van de Nederlanders betaalt dus min of meer hetzelfde voor hun basisverzekering.⁹

2.1.6 Overstapgedrag

In 2012 is een miljoen verzekerden van zorgverzekeraar veranderd, 6 procent van alle verzekerden.¹⁰ Het aantal overstappers neemt sinds 2009 ieder jaar toe. De meeste overstappers nemen een internetpolis. De gemiddelde overstapper is relatief jong, hoger geschoold en gezond, en is gewend zaken via internet te regelen. Ouderen (65+), laag opgeleiden en mensen met slechte gezondheid stappen weinig over.¹¹ Uit informatie van patiëntenorganisaties blijkt dat chronisch zieken vaak niet durven over te stappen, omdat ze vrezen slechter af te zijn met de basispolis (hun nieuwe zorgverzekeraar zou hun vertrouwde zorgverlener wel eens niet kunnen contracteren) en vooral omdat ze bang zijn voor de aanvullende verzekeringen van de nieuwe verzekeraar niet geaccepteerd te worden. Bij aanvullende zorgverzekeringen wordt inderdaad vaker medische selectie toegepast, hoewel deze zich nog steeds beperkt tot de meest uitgebreide polissen. Sommige patiëntenorganisaties raden hun leden zelfs af om over te stappen.

Internetpolissen zijn in het algemeen toegesneden op groepen verzekerden die meer geneigd zijn tot overstappen dan de gemiddelde verzekerde. Zo zijn er veel gericht op jongeren en hoogopgeleiden. De aantrekkingskracht van deze labels zit in de eenvoudige afsluitmogelijkheden door middel van internet, de relatief lage premie, een op de doelgroep toegesneden aanvullende polis en/of de extra hoge kortingen bij verhoogd vrijwillig eigen risico. Het beperkte zorgaanbod in sommige internetpolissen is voor de doelgroep geen bezwaar. Opvallend is overigens dat de

⁸ Volgens Zorgkiezer.nl i.s.m. Het Financieele Dagblad (24 november 2011), Verschil premies grootste zorgverzekeraars steeds kleiner. <http://blog.zorgkiezer.nl/page/4>.

⁹ Bron voor genoemde cijfers in tweede deel van deze paragraaf: BS Health Consultancy (maart 2012), Reguliere polis verliest terrein, onderzoek naar de dynamiek in de zorgverzekeringsmarkt 2012, Vinkeveen: BS Health Consultancy.

¹⁰ Vektis (april 2012), Zorgthermometer, Verzekerden in beweging 2012, Zeist: Vektis.

¹¹ Hendriks, M., J.D. de Jong, A. van den Brink-Muinen, en P.P. Groenewegen, (2010), The intention to switch health insurer and actual switching behaviour: are there differences between groups of people? *Health Expectations*, 13(2), 195-207. Zie ook noot 10.

snelste groeier in dit segment in 2012 niet de goedkoopste internetpolis is, maar een (binnen deze groep) relatief dure verzekering met onbeperkte keuze van zorgverlener (de restitutiepolis van Ditzo).

2.2 Resultaten van de zorgverzekeraars en de invloed van de risicoverevening

De resultaten van zorgverzekeraars fluctueren van jaar tot jaar. Winst of verlies wordt niet alleen bepaald door jaarlijkse inkomsten (premies voor basis- en aanvullende verzekeringen, bijdragen uit het Zorgverzekeringsfonds) versus schades (declaraties) op het gebied van zorg, maar ook door beleggingsresultaten en kosten van bedrijfsvoering. De bijdragen uit het Zorgverzekeringsfonds worden volgens het risicovereveningsmodel over de verzekeraars verdeeld, zodanig dat de verzekeraars zo goed mogelijk worden gecompenseerd voor gezondheidsverschillen in hun verzekerdenpopulaties. In het kader van dit onderhavige rapport is het van belang om te weten of de risicoverevening voldoende in staat is de winsten of verliezen die verzekeraars in een bepaald jaar maken, omdat hun verzekerden in gezondheid afwijken van de gemiddelde populatie, te compenseren.

Boer&Croon heeft recent een analyse uitgevoerd van de effecten van de risicoverevening op de spreiding van resultaten van verzekeraars voor de somatische zorg in de jaren 2006-2008 (resultaat gedefinieerd als het verschil tussen schadelast en normatieve bijdrage per verzekerde).¹² Uit hun onderzoek blijkt dat de risicoverevening in de onderzochte jaren de spreiding tussen de resultaten met zo'n 90 procent doet verminderen, terwijl onderlinge verschillen tussen individuele verzekeraars na risicoverevening nog steeds behoorlijk groot kunnen zijn. Het resultaatverschil tussen de verzekeraar met het hoogste en die met het laagste resultaat bedroeg bijvoorbeeld in 2008 € 225 per verzekerde na ex ante verevening en € 148 na de toenmalige ex post compensaties. In 2007 was deze bandbreedte respectievelijk € 174 en € 116 en in 2006 respectievelijk € 234 en € 89. Ook uit de andere spreidingsmaten die het rapport hanteert, blijkt dat de resultaten van de verzekeraars na risicoverevening nog behoorlijk uiteenlopen. Dat kan een gevolg zijn van een onvoldoende werkend risicovereveningssysteem, maar ook van doelmatigheidsverschillen (waar de risicoverevening in principe geen rekening mee houdt). Dat de spreiding na risicoverevening veel kleiner is vergeleken met wat de resultaten geweest zouden zijn zonder risicoverevening, blijkt uit de bandbreedte van de verzekeraarsresultaten vóór verevening. Die bedroeg in de periode 2006 – 2008 van € 893 tot € 956 per verzekerde. De resultaten vóór verevening van de 25 procent 'slechtst presterende' verzekeraars in 2008 lagen tussen de € 82 en € 446 *verlies* per verzekerde, en die van de 25 procent 'beste' tussen de € 319 en € 447 *winst* per verzekerde. Deze forse resultaatverschillen vóór verevening kunnen nauwelijks door doelmatigheidsverschillen verklaard worden, maar zullen in de onderzochte jaren hun oorsprong vooral gevonden hebben in de diversiteit van gezondheid van de betreffende verzekerdenpopulaties. Opvallend is dat deze 'preverevening' resultaten volgens hetzelfde rapport zeer stabiel zijn: van jaar op jaar zijn het dezelfde verzekeraars die veel meer of juist veel minder zorgdeclaraties binnenkrijgen dan het totaal aan bijdragen, en zijn het eveneens dezelfde voor wie de risicoverevening minder of zelfs weinig uitmaakt (samenhang in schadelast per verzekeraar van jaar op jaar: 96 procent). Na risicoverevening blijkt de samenhang in het resultaat van jaar op jaar

¹² Boer&Croon (2012), Meerjarige kwantitatieve analyse risicovereveningssysteem somatische zorg op verzekeraarsniveau, Amsterdam: Boer&Croon.

gedaald tot ruim 70 procent, wat nog steeds duidt op een tamelijk voorspelbaar resultaat per verzekeraar.

Het onderzoek kan de vraag niet beantwoorden of dit tamelijk consequente patroon van verschillen in postvereveningresultaten het gevolg is van verschillen tussen verzekeraars in het gezondheidsprofiel van hun verzekerdenpopulaties of in doelmatigheid.

3 Analyse en oordeel (beantwoording opdrachtvragen 1 t/m 4)

3.1 Antwoord op vraag 1

“Kunnen als gevolg van het huidige systeem van risicoverevening (2011, 2012) voorspelbare winsten en verliezen van bepaalde groepen verzekerden voor verzekeraars worden onderscheiden?”

De afgelopen jaren is veel onderzoek gedaan naar voorspelbaar verliesgevendende verzekerden ondanks het ex ante vereveningsstelsel. Stam en Van de Ven¹³ koppelden resultaten uit een gezondheidsenquête aan schadegegevens van een zorgverzekeraar en vonden substantiële voorspelbare verliezen voor subgroepen van deze verzekerden, onder andere bij mensen met een slechte gezondheid, mensen met beperkingen en bij mensen die een hoog zorggebruik kenden. Zij keken hierbij naar het risicovereveningsmodel zoals dat in 2006 gold. Dit model bevatte toen nog niet de vereveningskenmerken SES en MHK die in het huidige model worden meegenomen.

Van Kleef et al.¹⁴ onderzochten voorspelbare verliezen op basis van nationale gegevens (in plaats van één specifieke verzekeraar). Zij keken hierbij – onder meer – naar het vereveningsmodel 2011. Dit model bevatte het vereveningskenmerk SES, maar nog niet het kenmerk MHK, dat pas in 2012 is geïntroduceerd. Van Kleef et al. vonden grote voorspelbare verliezen bij het model van 2011 voor een aantal subgroepen. Zo vonden zij dat verzekeraars op mensen die beperkt waren in hun beweeglijkheid meer dan € 1.200 verlies per verzekerde lijden (zonder toepassing van ex post mechanismen). Het gaat hier om ongeveer 7 procent van de Nederlandse bevolking. Ook bij mensen met minimaal drie zelfgerapporteerde aandoeningen, zo'n 12 procent van de bevolking, zijn de verliezen fors, gemiddeld bijna € 800 per verzekerde. Daarnaast bleek dat verzekeraars soms ook op verzekerden met aandoeningen die in het risicovereveningsmodel worden meegenomen, zoals reuma, verlies lijden. Dit komt waarschijnlijk doordat niet iedere verzekerde met een bepaalde aandoening in de desbetreffende Farmaciekostengroep (FKG) terecht komt. De grens om in een FKG te komen ligt op 180 dagdoseringen van een medicijn dat voor die aandoening kenmerkend is. Patiënten met de betreffende aandoening die in een voorafgaand jaar minder dagdoseringen gebruikten, komen niet in een FKG. Tot slot vinden de auteurs dat het zorggebruik in het voorafgaande jaar ook een voorspelling kan zijn voor verliesgevendheid. Verzekerden die in het voorafgaande jaar een specialist of fysiotherapeut hadden bezocht of medicijnen op recept hadden gebruikt, bleken verliesgevend. Het gaat hier respectievelijk om naar schatting 42, 19 en 39 procent van de Nederlandse bevolking.

De commissie heeft onderzoeksbureau SEO gevraagd de analyse van Van Kleef et al. te herhalen voor het risicovereveningsmodel van 2012, dus inclusief het MHK-criterium.¹⁵ De SEO-analyse

¹³ Stam, P.J.A. en W.P.M.M. Van de Ven (2008), Evaluatie risicoverevening tussen zorgverzekeraars. Prikkels tot risicoselectie?, *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 86 (2), 92-100.

¹⁴ Van Kleef, R.C., C.J.A. Van Vliet en W.P.M.M. Van de Ven (2011), Risicoverevening tussen zorgverzekeraars: kwantificering modelverbeteringen 1993-2011, *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 90 (5), 314-328.

¹⁵ Tempelman, C. (2012), Winst- en verliesgevendende verzekerden, Amsterdam: SEO Economisch Onderzoek.

laat soortgelijke resultaten zien als Van Kleef et al. Ook met toepassing van het MHK-criterium blijven verzekerden met beperkingen en minimaal drie zelfgerapporteerde aandoeningen voor een verzekeraar voorspelbaar verliesgevend. Eveneens blijft voor het zorggebruik gelden dat verzekerden die in het voorafgaande jaar een specialist of fysiotherapeut hebben bezocht of medicijnen op recept hebben gebruikt, voorspelbaar verliesgevend zijn. Hierbij geldt de kanttekening dat een klein aantal verzekerden met zeer hoge kosten de schattingen sterk beïnvloedt.

Thiel et al.¹⁶ hebben onderzoek gedaan naar de verliesgevendheid van verzekerden met een AWBZ-indicatie op basis van het risicovereveningsmodel van 2012. Zij vinden dat verzekeraars gemiddeld bijna € 540 per verzekerde voorspelbaar verlies lijden als deze verzekerde zowel in het schadejaar als het voorafgaande jaar een AWBZ-indicatie had. Het gaat hier om bijna een half miljoen Zvw-verzekerden.

De tegenhangers van deze verliesgevende groepen zijn de voorspelbaar winstgevende verzekerden. Dat zijn de verzekerden zonder AWBZ-indicatie, mensen zonder beperkingen, mensen zonder bepaalde chronische ziekten en mensen met een laag zorggebruik.

Omdat analyses van specifieke winstgevende groepen als gevolg van de risicoverevening haar niet bekend zijn, heeft de commissie SEO ook gevraagd nader in te zoomen op groepen van mogelijk winstgevende verzekerden. SEO vindt dat voor de ruim 500.000 studenten in Nederland voor wie kostengegevens beschikbaar zijn, verzekeraars op basis van het model voor 2012 gemiddeld € 170 winst per verzekerde maken. De grootste winst wordt behaald bij vrouwelijke studenten (€ 273), bij de mannelijke studenten is de gemiddelde winst € 56. SEO heeft ook gekeken naar het opleidingsniveau van verzekerden. Naar schatting 22 procent van de Nederlanders van 18 jaar of ouder heeft een hoog opleidingsniveau behaald (zoals HBO- of WO-onderwijs). Verzekeraars maken op deze ca 2,6 miljoen hoogopgeleiden een gemiddelde winst van € 49 per verzekerde. Ongeveer 36 procent van de Nederlandse volwassenen heeft alleen een laag opleidingsniveau behaald. Dit zijn mensen die alleen primair of de eerste fase van secundair onderwijs hebben voltooid. Op deze 3,3 miljoen verzekerden lijdt een verzekeraar gemiddeld € 60 verlies. SEO vindt geen bewijs voor de winstgevendheid van groepen ouderen die regelmatig sporten, fietsen of wandelen.

Het is duidelijk dat in het systeem van risicoverevening voorspelbare winsten en verliezen kunnen worden onderscheiden, ook op basis van het risicovereveningsmodel van 2012. Deels zeer omvangrijke verliesgevende groepen zijn bijvoorbeeld bepaalde chronisch zieken en mensen met beperkingen, maar ook laag opgeleiden. Grote winstgevende groepen zijn, onder andere, studenten en hoger opgeleiden.

Antwoord commissie op vraag 1

Ja, als gevolg van het huidige systeem van risicoverevening zijn diverse, soms zeer aanzienlijke groepen verzekerden te onderscheiden die voor verzekeraars voorspelbaar winst of verlies opleveren. Verliesgevende groepen zijn bijvoorbeeld bepaalde chronisch zieken en mensen met beperkingen, maar ook laag opgeleiden. Winstgevende groepen zijn, onder andere, studenten en hoger opgeleiden.

¹⁶ Thiel, J.H., M. M. van Asselt en R. Goudriaan (2012), Een analyse van de vereveningsresultaten van geïndiceerde AWBZ-cliënten in de Zorgverzekeringswet, Den Haag: APE.

3.2 Antwoord op vraag 2

“Zo ja, zijn dit voor verzekeraars (gemakkelijk) identificeerbare groepen van klanten?”

Verzekeraars beschikken over de historische zorgkosten en de meeste kenmerken van hun verzekerden. Ze kunnen van zelf samen te stellen groepen verzekerden met bepaalde kenmerken de bijdragen uit het vereveningsfonds berekenen en aldus bepalen of het verliesgevende dan wel winstmakende groepen zijn. Verzekeraars beschikken niet over zaken als inkomensgegevens, SES en het opleidingsniveau van hun verzekerden, maar kunnen die tot op zekere hoogte schatten, bijvoorbeeld aan de hand van postcodes. Daarnaast heeft men met relatief homogene collectiviteiten inzicht in winsten en verliezen die zijn gerelateerd aan specifieke verzekerdenkenmerken van die collectieven (voorbeelden: collectieve contracten met gemeenten, werkgevers met een niet-doorsnee werknemerspopulatie, met patiëntenorganisaties, studenten, hoger opgeleiden etc.).

Verzekeraars voeren dit soort analyses daadwerkelijk uit (de een intensiever dan de ander) vooral met het oog op, naar men zelf zegt, reële mogelijkheden voor doelmatigheidswinst. Immers een negatief resultaat kan ook het gevolg van zijn van gebrek aan doelmatigheid in zorginkoop, bijvoorbeeld als bepaalde groepen verzekerden veel beroep blijken te doen op vermijdbare dure zorg. Een verzekeraar kan dan voor zo'n groep op maat gemaakte zorgprogramma's inrichten, gericht op preventie of substitutie naar de eerstelijns, die ertoe kunnen leiden dat het negatieve resultaat teniet wordt gedaan of wordt omgezet in een positief resultaat.

De informatie die men verzamelt heeft echter een beperkte voorspellende waarde:

- De kennis over winst- en verliesgevende is gestoeld op (geschatte) schadelastgegevens van eigen verzekerden uit het verleden (minimaal jaar t-2); systeemveranderingen aan de kostenkant sindsdien en in de toekomstige tijd (bijvoorbeeld de overgang van DBC's naar DOT, invoering prestatiebekostiging in de ziekenhuisfinanciering) maken onzeker of de in t-2 geschatte verliezen en winsten nog geldig zijn of dat in de toekomst blijven;
- De risicoverevening wordt jaarlijks aangepast aan de hand van waargenomen 'gaten' in het systeem; dit maakt het voor een verzekeraar moeilijker voorspelbaar of een thans winst- of verliesgevende groep dat in een volgend jaar ook nog is. Naarmate strategieën die verzekeraars hanteren gericht op bepaalde winst- of verliesgevende groepen meer opvallen of meer effect hebben, zullen ze – in het algemeen – eerder in het risicovereveningsysteem worden aangepakt;
- Winsten en verliezen op bepaalde groepen verzekerden in verhouding tot de gemiddelde resultaten van alle verzekeraars kunnen ook het gevolg zijn van verschillen in doelmatigheid in zorginkoop tussen verzekeraars voor die groepen;
- Verzekeraars richten zich elk jaar op het binnenhalen van nieuwe verzekerden, de zgn. overstappers. Van deze nieuwe verzekerden kent men de schadelast noch de kenmerken. Stel dat men extra inspanningen levert (bijvoorbeeld door een nieuw label in de markt te zetten) om winstgevende groepen binnen te halen, dan zal pas later blijken of men (alleen) de beoogde doelgroepen heeft binnengehaald en welk resultaat op deze groepen is geboekt. Overigens lijkt dit effect bescheiden, het aantal verzekerden dat jaarlijks van zorgverzekeraar overstapt is klein vergeleken met het aantal verzekerden dat de verzekeraar trouw blijft.

Deze onzekerheden maken het voor verzekeraars lastiger te voorspellen welke groepen verlies- dan wel winstgevend op langere termijn blijven, maar niet onmogelijk. Vooral de groepen die zich niet of niet goed met de huidige verdeelcriteria van de risicoverevening laten vangen, zijn goed te onderscheiden.

Antwoord commissie op vraag 2

Het identificeren van de winst- en verliesgevende groepen in hun verzekerdenbestand is voor verzekeraars zeker goed te doen. Resultaatanalyses op de schadelast van groepen verzekerden onderscheiden naar kenmerken zijn praktisch uitvoerbaar; daarmee kan men vrij eenvoudig over de gewenste informatie beschikken. Deze informatie biedt verzekeraars inzicht in welke groepen op een gegeven moment verlies- of winstgevend zijn.

Voor de korte termijn is de voorspellende waarde van dergelijke analyses sterk; door aanpassingen van het risicovereveningssysteem en systeemveranderingen in bijvoorbeeld bekostiging, is het op langere termijn schatten van winsten en verliezen op groepen verzekerden echter in het algemeen beperkt.

De commissie is er niettemin van overtuigd dat bepaalde verlies- en winstgevende groepen ook op langere termijn goed in te schatten blijven, zolang de risicoverevening een aantal belangrijke voorspellers voor zorggebruik van bepaalde groepen niet of onvoldoende meeneemt.

3.3 Antwoord op vraag 3

“Zo ja, hoe lonend is het voor verzekeraars om met deze kennis gunstige risicoselectie toe te passen (aanrekken van goede risico's dan wel afstoten/niet aantrekken van slechte risico's)?”

Naarmate het risicodragen door verzekeraars wordt vergroot (doordat de ex post compensatie wordt afgeschaft en prestatiebekostiging wordt ingevoerd met een groeiend aandeel vrije prijzen), is het voor een verzekeraar aantrekkelijker om een verzekerdenpopulatie te hebben die na ex ante verevening gemiddeld winstgevend is en worden verliesgevende groepen onaantrekkelijker. Immers de winst mag men zelf behouden, en als verlies wordt geleden op verzekerden is dat geheel voor eigen rekening.

Het is een andere vraag of het voor een verzekeraar *loont* om een dergelijke winstgevende of minder verliesgevende populatie op te bouwen of behouden door middel van *bewuste selectie*. Dat vereist dat:

- a. Verzekeraars selectie bewust als verdienmodel willen hanteren (want ze kunnen andere strategieën vruchtbaarder vinden of selectie niet in hun filosofie vinden passen);
- b. Men genoeg robuuste kennis in huis heeft om van groepen, ondanks onzekerheden als gevolg van wijzigingen in het systeem van bekostiging en mogelijk toekomstige wijzigingen in de risicoverevening, de structurele verlies- en winstgevendheid met voldoende zekerheid te kunnen schatten.

- c. Men effectieve manieren vindt om structureel winstgevende groepen selectief aan zich te binden (positieve selectie), dan wel de verliesgevende groepen te ontmoedigen aan te sluiten of aan te moedigen hun verzekering op te zeggen (negatieve selectie);
- d. De meerwinst c.q. de vermindering van het verlies die men verwacht opweegt tegen investeringen die deze werkwijzen vergen;
- e. Men het risico op reputatieschade klein acht of voor lief neemt.

Stel dat premissen a en b geldig zijn (b is op grond van het antwoord op onderzoeksvraag 2 op zijn minst gedeeltelijk waar), dan resteert de vraag of er effectieve en lonende manieren zijn om selectie daadwerkelijk toe te passen.

De commissie maakt in onderstaande analyse van het antwoord op deze vraag onderscheid tussen enerzijds de mogelijkheden die verzekeraars hebben om met de inhoud van een polis op groepen verzekerden te sturen (selectie op polissenmerken) en anderzijds het selecteren door middel van kenmerken van specifieke groepen (selectie op groepskenmerken).

3.3.1 Positieve selectie op polissenmerken

Op het eerste gezicht lijkt positieve selectie op polisvoorwaarden het gemakkelijkst. Men kan voorspelbaar winstgevende groepen aantrekken en vasthouden met op deze doelgroepen gerichte specifieke polissen of labels, bijvoorbeeld door middel van gerichte marketing, serviceniveau, selectief zorgaanbod of gericht pakket van aanvullende verzekeringen in combinatie met een aantrekkelijke basispremie. Dankzij de combinatie van lage service en/of beperkte zorgcontractering en winstgevendheid van de groep kan een lage premie toch een (ruime) marge geven. Daarnaast kunnen met aantrekkelijke kortingen bij vrijwillig verhoogd eigen risico bepaalde doelgroepen worden binnengehaald. Positieve selectie is bovendien aantrekkelijk omdat de kans op reputatieschade klein is.

De omvang van de winstgevende groepen kan groot zijn (zie cijfers in antwoord vraag 1), zodat het in principe lonend is deze groepen verzekerden binnen te halen en te behouden. Er is echter een aantal effecten die de potentiële opbrengsten van deze positieve selectie (sterk) kunnen dempen.

1. Als belangrijkste nadeel geldt dat vanwege de acceptatieplicht andere (wellicht verliesgevende) groepen die deze polissen vanwege hun lage premie ook aantrekkelijk vinden, niet kunnen worden uitgesloten. Hoe steviger een doelgroepelabel met aantrekkelijke premie in de markt wordt gezet, hoe lager de kans dat de winstgevende beoogde doelgroep ook de enige klant wordt;
2. Bezwaar 1 is te tackelen door de zorg zeer selectief in te kopen, aanvullende polissen selectief in te richten op specifieke doelgroepen en/of de marketing te richten op de groepen die een verhoogd eigen risico in ruil voor hoge kortingen aantrekkelijk vinden, zodat een verzekeraar een winstgevende groep van weinigzorggebruikers meer selectief kan binnenhalen. Nadeel van de laatste optie is overigens dat de winst op die groep kan verdampen of zelfs omslaan in verlies naarmate de korting hoger is.¹⁷ Bij al deze oplossingen voor bezwaar 1 is de kans op 'kannibalisme' reëel: eigen verzekerden met een

¹⁷ Zie berekening in brief van de minister van VWS aan de Tweede Kamer d.d.1 oktober 2009, inzake bevindingen NZa monitor Zekur polis. Kamerstukken II 2009-2010, 29 689, nr. 275.

reguliere polis, die weinig zorgkosten maken, zullen misschien ook kiezen voor deze goedkopere polis, zodat de verzekeraar voor hen minder premie ontvangt zonder dat daar voordeel tegenover staat. Het risico in de eigen vingers te snijden wordt groter naarmate het verschil tussen premies van doelgroepopolissen en reguliere polissen groter wordt;

3. Winstgevende groepen bestaan uit verzekerden die over het algemeen meer mobiel zijn; ze zullen gemakkelijk van de ene naar de andere verzekeraar overstappen als hen dat voordeel oplevert.

3.3.2 Positieve selectie op groepskenmerken

Bezwaar 1 is effectiever dan met de oplossingen onder punt 2 van de vorige paragraaf te omzeilen door te werken met gesloten collectiviteiten, dus door rechtstreeks te selecteren op kenmerken van een groep in plaats van de indirecte route door middel van polisvoorwaarden. De strategie is dan collectiviteiten die bestaan uit tamelijk homogene, liefst grote groepen ‘aantrekkelijke’ verzekerden meerjarig te binden. Zo kan een verzekeraar zich richten op collectieve contracten met organisaties waarvan de verzekeraar weet dat de leden in ieder geval op korte termijn winstgevend zijn, zoals werkgevers met jonge of hoogopgeleide werknemers en studentenorganisaties en ze voor deze doelgroepen aantrekkelijk maken door middel van hoge kortingen en/of extra’s in de sfeer van aanvullende verzekeringen of voorzieningen. Een andere mogelijkheid is via tussenpersonen een collectief zelf in het leven te roepen en aantrekkelijk te maken voor de bedoelde groep met gerichte marketing en lage premies (bv. collectiviteiten met een leeftijdsgrens, exclusief voor hoogopgeleiden of voor studenten). In het laatste geval kan de verzekeraar nog sterker sturen op selectie.

Ook voor deze aanpak gelden de nadelen zoals genoemd in de punten 2 en 3 van de vorige paragraaf (te hoge kortingen doen de marge teniet; ‘kannibalisme’; stevige concurrentie om groepen die van zichzelf al mobiel zijn). Werkgeverscollectiviteiten, waarvan een verzekeraar zal inschatten dat die bestaat uit overwegend voorspelbaar winstgevende verzekerden (denk aan collectiviteiten met universiteiten, banken, ICT-bedrijven; uitzendbureaus voor buitenlandse seizoenarbeiders¹⁸) lijken deze nadelen overigens minder te hebben, omdat ze over het algemeen stabiel zijn en de concurrentie minder hevig is.

Zeker als het om grote, tamelijk homogene collectiviteiten gaat, lijkt de beschreven methode de commissie een vorm van positieve selectie die voor de verzekeraars aantrekkelijk is.

3.3.3 Negatieve selectie op polissenmerken

Negatieve selectie op polissenmerken kan plaatsvinden door potentieel verliesgevende groepen aan te moedigen de verzekering op te zeggen of te ontmoedigen zich bij de polis aan te sluiten. Voorbeelden van manieren om dat te doen zijn:

- Polisvoorwaarden van aanvullende verzekeringen onaantrekkelijk maken voor verliesgevende groepen of toegang weigeren door middel van medische selectie. Een basisverzekering met

¹⁸ De commissie heeft begrepen dat deze buitenlandse verzekerden over het algemeen weinig zorg gebruiken in vergelijking met Nederlandse verzekerden met vergelijkbare vereveningskenmerken. Op deze groepen is dus na verevening winst te behalen.

aanvullende polis die zich exclusief richt op de behoeften van jongeren is voor ouderen of groepen chronisch zieken niet interessant;

- zorgaanbod voor verliesgevende groepen minder aantrekkelijk maken door niet-contracteren van optimale zorg;
- het zorgaanbod voor verliesgevende groepen die veel zorg gebruiken minder aantrekkelijk maken door slechts een beperkt aantal zorgaanbieders te contracteren;
- de inschrijving zo inrichten dat het moeite kost om een gezinspolis af te sluiten;
- beperkt zorgaanbod in combinatie met korte opzegtermijn (zo kun je bijvoorbeeld vrouwen die zwanger willen worden en verzekeren die veel zorg moeten gaan gebruiken weren of uit jouw verzekering krijgen voor ze kosten gaan maken);
- beperkte/slechte service door verzekeraar, zodat een verzekerde die veel zorg nodig heeft en daardoor regelmatig contact met zijn verzekeraar belangrijk vindt of nodig heeft, overstapt;
- ontmoedigingsbeleid door callcenter medewerkers bij contacten met potentiële overstappers;
- provisiebeleid voor tussenpersonen (waaronder ook vergelijkingsites) zodanig inrichten dat het minder aantrekkelijk wordt om verliesgevende verzekerden binnen te halen.

In de praktijk acht de commissie deze vormen van negatieve selectie niet allemaal even lonend, omdat veel van de methodes, zeker omdat ze op grote schaal moeten worden ingezet om effectief te zijn, snel in het oog zullen springen, met reputatieschade tot gevolg. Minder zorg of zorg van suboptimale kwaliteit inkopen voor verliesgevende groepen lijkt in eerste instantie een geschikte selectiewijze omdat ze minder zichtbaar is. De commissie verwacht dat als gevolg van groei van selectieve zorginkoop de roep om transparantie van selectiecriteria zal toenemen, waardoor ook door toepassing van deze methode reputatieschade kan ontstaan.

Bovendien blijken verliesgevende groepen (i.c. verzekerden die veel zorg gebruiken) over het algemeen weinig geneigd tot overstappen. Ze zijn weinig mobiel en het is dus maar de vraag of ze reageren op vertrekprikkelers van hun verzekeraar. Om dezelfde reden zullen verzekeraars waarschijnlijk weinig last hebben van verliesgevende groepen die willen overstappen naar hun polis. Ontmoedigingsstrategieën lijken daardoor minder noodzakelijk.

3.3.4 Negatieve selectie op groepskenmerken

Directe negatieve selectie op groepskenmerken lijkt de commissie een minstens even effectieve methode als positieve selectie op deze kenmerken (namelijk gesloten collectiviteiten inrichten en behouden, zo veel mogelijk gevuld met voorspelbaar winstgevende groepen). Ze is er trouwens vaak het gevolg van. Immers bij het inrichten van gesloten collectiviteiten die aantrekkelijk zijn voor winstgevende groepen kunnen door het hanteren van bepaalde toelatingscriteria tegelijkertijd verliesgevende groepen worden uitgesloten. Een verzekeraar heeft nog andere mogelijkheden voor negatieve selectie op groepskenmerken, namelijk de polissen van bestaande collectiviteiten die haar verlies opleveren te beëindigen of uit te kleden, zodat groepen voorspelbaar verliesgevende groepen verzekerden de verzekering verlaten. Het niet continueren van collectiviteiten of aanmerkelijk verminderen van hun voorwaarden en/of korting zal over het algemeen minder gauw worden opgemerkt. Overigens moet voor lagere korting op het basispakket op grond van artikel 18 van de Zvw waarschijnlijk de modelovereenkomst van de polis worden aangepast.

3.3.5 Samenvattend oordeel commissie

In onderstaande tabel is het oordeel van de commissie over hoe lonend mogelijke selectiemethoden in elk van de vier beschreven hoofdcategorieën voor een verzekeraar kunnen zijn samengevat.

Tabel 2. De vier categorieën van selectiemethoden

	Op polissenmerken	Op groepskenmerken
Positieve selectie	A. Potentieel matig lonend	B. Potentieel lonend
Negatieve selectie	C. Potentieel weinig lonend	D. Potentieel lonend

De commissie heeft bij al deze strategieën overwogen of deze voor de grote concerns, die bestaan uit meerdere verzekeraars, meer lonend zouden kunnen zijn dan voor de veel kleinere zelfstandige zorgverzekeraars. Voor elke verzekeraar staat elk van de beschreven selectiemogelijkheden in theorie in gelijke mate open. Uiteraard kunnen concerns voordeel hebben door hun grotere omvang, zoals schaalvoordeel bij marketing, uitvoering en zorginkoop. Dit is een legitiem marktvoordeel.

Toch acht de commissie de grote concerns licht in het voordeel omdat ze gemakkelijker labels kunnen opzetten en vermarkten die de randen van de wettelijke mogelijkheden voor risicoselectie opzoeken, maar niet direct op hen terug zijn te voeren, waardoor het risico op reputatieschade beperkt blijft. Een tweede, niet-marktgerelateerd financieel voordeel dat grote concerns thans hebben, is dat ze risicodragers kunnen creëren waarin hun verlieslijdende merken worden samengebracht, waardoor die onder ex post bandbreedteregeling extra worden gecompenseerd ten koste van verzekeraars die dit niet doen of niet kunnen.

De hierboven beschreven selectiestrategieën op basis van voorspelbare winst- en verliesgevendheid van groepen verzekerden liggen dus in principe binnen het bereik van elke zorgverzekeraar.

Daarnaast ziet de commissie risico's op collectief niveau. Als verzekeraars zich gedwongen zien elkaars selectiestrategieën na te volgen, ontstaat een bedreiging voor de solidariteit van het zorgstelsel. Als daar de tendens naar meer selectieve zorginkoop en de mogelijkheid van verdere beperking van het basispakket bij wordt opgeteld, ziet ze op de langere termijn een reëel risico ontstaan op minder goede en betaalbare zorg voor grote groepen verzekerden die in de risicoverevening voorspelbaar verliesgevend blijken. Dit risico kan alleen kan worden gemitigeerd door het zo veel mogelijk wegnemen van de identificeerbare, grote winst- en verliesgevende groepen verzekerden, dus door (verdere) verbetering van het risicovereveningsmodel en – daar waar dit kan – door de meest expliciete vormen van risicoselectie aan banden te leggen.

3.3.6 Mobiliteit van verzekerden

Een apart punt van selectie, dat zich niet richt op voorspelbare verliezen of winsten op groepen verzekerden, betreft het onderscheid naar overstapgeneigdheid van verzekerden. De in het algemeen geringere mobiliteit van groepen die veel zorg gebruiken (en vaker verliesgevend zijn) kan voor verzekeraars een extra reden zijn om deze groepen in hun zorginkoop minder prioriteit

te geven. Daardoor zal op den duur de zorg voor deze groepen verslechteren. Nu selectieve zorginkoop volop op de agenda staat en in de toekomst naar verwachting sterk zal groeien, vormt ook dit risico op langere termijn een potentiële bedreiging voor de solidariteit van het zorgstelsel.

Daar staat als verzachtende omstandigheid tegenover dat, naast het eerder genoemde risico op reputatieschade, preventieve activiteiten bij deze groepen meer lonend zijn dan bij mobiele verzekerden juist omdat ze de verzekeraar trouw blijven, en dat er meer doelmatigheidswinst valt te halen. Een dilemma is overigens dat extra aandacht voor deze groepen verliesgevende verzekerden een aanzuigende werking kan hebben.

Antwoord commissie op vraag 3

Nu de zorgverzekeraars steeds meer risico zelf dragen, kan de commissie zich groeistrategieën van zorgverzekeraars voorstellen gericht op overstappers, waarbij gunstige risicoselectie potentieel lonend is.

Dat kan allereerst in de vorm van het creëren van nieuwe polissen en labels waarvan de polisvoorwaarden, verkoopkanalen en serviceniveau beogen te sturen in het aantrekken van voorspelbaar winstgevende groepen en het afhouden van verliesgevende groepen die bij een andere verzekeraar een polis hebben. Het nadeel (uit het oogpunt van selectie) is dat minder winstgevende of verliesgevende groepen niet van dergelijke nieuwe polissen kunnen worden uitgesloten. Daarnaast is het potentieel aantal verzekerden dat bereid is van verzekeraar te veranderen, relatief klein. De commissie acht voor een individuele verzekeraar deze sturing op selectie door middel van polisvoorwaarden daarom potentieel matig lonend.

Een meer lonende selectiestrategie acht de commissie het selecteren op de kenmerken van winst- en verliesgevende groepen zelf, namelijk door het sluiten van en vooral het zelf creëren van (grote) gesloten collectieven waarin door de toelatingscriteria winstgevende populaties als vanzelf steeds de overhand hebben. Andere verzekeraars zullen door de concurrentie gedwongen worden het voorbeeld te volgen.

Al deze selectiestrategieën liggen in principe binnen het bereik van elke zorgverzekeraar. De commissie ziet risico's op collectief niveau. Als verzekeraars zich gedwongen zien elkaars selectiestrategieën na te volgen, ontstaat een bedreiging voor de solidariteit van het zorgstelsel. Als de commissie daar de tendens naar meer selectieve zorginkoop en de mogelijkheid van verdere beperking van het basispakket aan toevoegt, ziet ze op de langere termijn een reëel risico ontstaan op minder goede en betaalbare zorg voor grote groepen verzekerden die in de risicoverevening voorspelbaar verliesgevend blijken. Dit risico kan alleen kan worden gemitigeerd door het zo veel mogelijk wegnemen van de identificeerbare, grote winst- en verliesgevende groepen verzekerden, dus door (verdere) verbetering van het risicovereveningsmodel en door, voor zover mogelijk, meer expliciete vormen van risicoselectie aan banden te leggen.

3.4 Antwoord op vraag 4

“Zijn er aanwijzingen dat risicoselectie daadwerkelijk (niet) plaatsvindt?”

3.4.1 Doelgroepenmarketing

In Deel 2 van dit rapport (Zorgverzekeringsmarkt) is de gestage opmars van zogenaamde internetlabels beschreven. Dit zijn polissen die thans vrijwel alle zorgverzekeraars via internet verkopen en waarbij verzekerden (meestal) exclusief via internet met de verzekeraar communiceren. De gemeenschappelijke noemer van deze internetlabels is dat ze zich vooral richten op jonge en/of hoogopgeleide verzekerden die genoeg nemen met een beperkter zorgkeuze en/of beperkte aanvullende verzekeringen, gewend zijn alles via internet te regelen en voor wie een aantrekkelijk premiebedrag een sterke prikkel vormt om van verzekeraar te veranderen. Sommige verzekeraars adverteren met polissen die dagelijks of maandelijks opgezegd kunnen worden. De doelgroepen van deze internetpolissen blijken, zoals uit het antwoord op opdrachtvraag 2 volgt, vaak winstgevend te zijn. In beperkte mate richten verzekeraars zich met polissen en labels op andere specifieke doelgroepen zoals verzekerden met een bepaalde religieuze overtuiging, gezinnen, buitenlandse seizoenarbeiders, *expats* en buitenlandse studenten.

De meeste verzekeraars lijken vooral door het in de markt zetten van internetzorgverzekeringen de door de commissie onder het antwoord op onderzoeksvraag 3 beschreven groeistrategie te volgen, namelijk door selectief te marketen op mobiele doelgroepen, die ook nog eens potentieel winstgevend zijn. Dat doen ze vooral door middel van het zodanig inrichten van hun polissen, dat de kenmerken vooral die specifieke doelgroepen aanspreken (de ‘selectie op polissenkenmerken’ uit het antwoord op vraag 3).

Wat betreft mogelijke ‘selectie op groepskenmerken’ heeft de commissie een beperkt beeld kunnen krijgen in hoeverre verzekeraars met collectieve contracten proberen groepen verzekerden aan zich te binden die tegelijkertijd winstgevend zijn. De commissie heeft hierover enkele observaties gedaan. Zo hebben tussenpersonen samen met verzekeraars zelf collectieven ingericht gebaseerd op een reguliere polis, die alleen toegankelijk zijn voor een jonge doelgroep, studenten of verzekerden met een hogere opleiding, dan wel onaantrekkelijk worden gemaakt voor andere doelgroepen door deze geen extra korting te bieden die de doelgroepen wel krijgen. Van voordelige werkgeverscollectiviteiten is het voorbeeld van specialisatie op collectieve contracten met uitzendorganisaties voor seizoenarbeiders het meest sprekend. De commissie heeft begrepen dat deze buitenlandse verzekerden over het algemeen weinig zorg gebruiken in vergelijking met Nederlandse verzekerden met vergelijkbare vereveningskenmerken. Op deze groepen is dus na verevening winst te behalen.

De commissie vindt een zekere doelgroepenbenadering op de zorgverzekeringsmarkt voor de hand liggen, die niet noodzakelijkerwijs hoeft voort te komen uit de zucht naar winstgevendheid van deze groepen. Immers het ouder worden van het eigen verzekerdenbestand maakt groei of op zijn minst behoud van marktaandeel in nieuwe (liefst jongere) verzekerden noodzakelijk. Vooral de groep van jongeren die ertoe kunnen worden overgehaald uit de gezinspolissen van andere verzekeraars over te stappen waarin zij tot hun 18^e gratis meeverzekerd waren, vormt begrijpelijkerwijs een zeer aantrekkelijke doelgroep voor verzekeraars. Dat verzekeraars

concurreren om de groep van verzekerden die het meest mobiel zijn, is naar het oordeel van de commissie legitiem en hoeft geen vorm van doelbewuste risicoselectie in te houden. Dat verzekeraars daarnaast ook andere doelgroepen bedienen die een zekere niche of een mogelijke groeiemarkt vertegenwoordigen is ook geen reden om doelbewust risicoselectiebeleid te veronderstellen.

3.4.2 Selectie op polissenmerken

De trend van (positieve) selectie op polissenmerken die de commissie vooral waarneemt in de sterke groei van internetpolissen, acht ze minder ernstig zolang een verzekerde genoeg keuze heeft uit (evenzeer) betaalbare basispolissen, zoals thans het geval is. Voorwaarde vindt de commissie wel dat verzekerden niet door het jaar heen zouden moeten kunnen switchen van verzekeraar, bijvoorbeeld als het beperkte zorgaanbod van een goedkope polis hen bij plotselinge ziekte niet bevalt. Maandelijks of dagelijks kunnen opzeggen van een goedkope polis lijkt mede bedoeld te zijn als mogelijkheid om voorziene kosten door een plotseling dure verzekerde op andere verzekeraars af te wentelen.

De commissie heeft geen aanwijzingen gevonden dat verzekeraars op grote schaal groepen verzekerden waarop verlies wordt geleden, van polissen uitsluiten of ontmoedigen zich aan te sluiten. Wel werden haar incidentele praktijken van ontmoediging gemeld, zoals het niet via internet kunnen afsluiten van een gezinspolis.

3.4.3 Aanvullende verzekeringen

De commissie heeft wel enige zorgen over de aanvullende polissen als mogelijkheid tot selectie. Sommige internetlabels hebben aanvullende polissen die zich exclusief richten op de jonge, gezonde doelgroep. Dat maakt dergelijke aanvullende verzekeringen voor grote groepen onaantrekkelijk. Als, zoals in de verwachting ligt, in de toekomst het basispakket minder zorg zou gaan vergoeden, worden aanvullende verzekeringen voor bepaalde verzekerden (vooral chronisch zieken) belangrijker en zullen zij in de praktijk sterker meebepalen welke basispolis men kiest. Het is van belang dat ook voor deze verzekerden voldoende keus in zorgverzekeringen blijft bestaan en overstappen niet minder aantrekkelijk is dan voor een gezonde verzekerde. De commissie heeft van de betreffende belangenorganisaties begrepen dat chronisch zieken vaak huiverig zijn om over te stappen vanwege mogelijke medische selectie van de aanvullende verzekeringen bij de nieuwe verzekeraar. Die laatste wordt weliswaar door 30 procent van de verzekeraars gehanteerd, maar alleen voor bepaalde mondzorgpakketten en de meest uitgebreide aanvullende polissen.¹⁹ Er is dus thans nog volop vrije keuze.

De commissie acht niet uitgesloten dat bij een toenemend beroep op de aanvullende verzekeringen door in het bijzonder groepen verzekerden die veel zorg gebruiken, de verzekeraars premies en polisvoorwaarden meer zullen gaan differentiëren naar groepen zorggebruikers en dat medische selectie vaker gaat worden toegepast. Als duidelijke verliezen op de basispolis voor bepaalde groepen verzekerden die veel zorg gebruiken in de risicovereeniging blijven bestaan, kan de aanvullende verzekering op die manier een vaker gebruikt instrument worden om deze groepen te weren.

¹⁹ Verzekeringssite.nl (2011), Meer verzekeraars hanteren medische selectie, <http://www.verzekeringssite.nl/actueel/nieuws/ID/1430/Meer-zorgverzekeraars-hanteren-medische-selectie>.

De optie om de aanvullende polis bij een andere verzekeraar af te sluiten dan waar men een basispolis heeft, is in de praktijk geen reële oplossing gebleken voor dit probleem. Verzekerden maken thans nagenoeg geen gebruik van deze mogelijkheid. Het ligt niet voor de hand dat dit in de toekomst wel meer zal gebeuren. De verzekeraars zullen een scheiding tussen de basis- en aanvullende polis naar verwachting niet aanmoedigen, maar juist waarschuwen voor aansluitingsproblemen bij het gescheiden afsluiten van beide polissen.

3.4.4 Selectie op groepskenmerken

De waargenomen (positieve en negatieve) selectie op groepskenmerken, zoals bijvoorbeeld tot uiting komt in exclusieve labels voor studenten, hoogopgeleiden en *young professionals*, acht de commissie wel een vorm van doelbewuste risicoselectie. Dergelijke labels worden door de verzekeraars via een tussenpersoon als een eigen gesloten collectiviteit opgezet met het doel de toegang tot de polis nauwkeurig te kunnen reguleren. Op een aantal van dergelijke basispolissen wordt naast de wettelijk toegestane maximale collectiviteitkorting van 10 procent een extra korting geboden, bijvoorbeeld door de verzekerde het premievoordeel van een verhoogd eigen risico te geven en dit verhoogd eigen risico voor rekening van de verzekeraar te laten komen. Verzekeraars kunnen langs deze weg elke gewenste groep binnenhalen met uitsluiting van andere groepen, waardoor de geboden kortingen hoger kunnen zijn dan in een open polis, terwijl de verzekeraars tegelijkertijd een marge kunnen behouden. In haar oordeel dat dit een onwenselijke ontwikkeling is, weegt de commissie mee dat collectieve verzekeringen nooit het doel hebben gehad door een verzekeraar als verkoopkanaal te worden gehanteerd, laat staan de toegang tot een verzekering te beperken tot die groep die een verzekeraar voor zichzelf het meest gunstig acht.

Wat het aangaan van (gesloten) collectiviteiten met belangenorganisaties of werkgevers betreft, heeft de commissie geen aanwijzingen dat verzekeraars op grote schaal gebruikmaken van selectiestrategieën zoals in het antwoord op vraag 3 beschreven. Wel heeft de commissie uit haar gesprekken begrepen dat verzekeraars voorzichtiger worden bij het aangaan van collectiviteiten. Van contracten waarop men verlies verwacht worden soms de voorwaarden versoerd (zoals minder korting), of ze worden minder snel afgesloten of niet gecontinueerd. Voorbeelden zijn te vinden onder collectieve contracten met patiëntenorganisaties en (in een enkel geval) met gemeenten voor hun minima.

3.4.5 Ondernijning solidariteit op langere termijn

De commissie ziet in de bovenbeschreven doelgroepenbenaderingen, en in het bijzonder die van zelf vormgegeven gesloten collectiviteiten, op langere termijn een zeker risico voor behoud van solidariteit in de zorgverzekeringsmarkt ontstaan. Op creatieve manieren worden extra kortingen gegeven en dit zal er mogelijk toe leiden dat verzekeraars voor sommige groepen verzekerden in hun zorginkoop minder moeite doen dan voor anderen. De commissie heeft overigens geen aanwijzingen dat deze verminderde aandacht voor zorginkoop voor bepaalde groepen thans al gebeurt of binnenkort dreigt te gebeuren.

Imperfecties in de risicoverevening maken het de zorgverzekeraars aantrekkelijk bovengenoemde selectiestrategieën na te jagen. Met verdere verbeteringen in de risicoverevening zoals in het antwoord op onderzoeksvraag 5 nog te verwoorden, zullen deze prikkels aanzienlijk kunnen

verminderen. Het zal de verzekeraars stimuleren om hun resultaat vooral door meer doelmatigheid in de organisatie en zorginkoop te verbeteren.

Antwoord commissie op vraag 4

De meest gehanteerde groeistrategie van verzekeraars richt zich door middel van het in de markt zetten van (open) doelgroepolissen op het binnenhalen van vooral jonge en/of gezonde groepen verzekerden. Op een enkele uitzondering na (zoals het dagelijks kunnen opzeggen van de polis) heeft de commissie geen aanwijzingen dat hier sprake is van doelbewuste risicoselectie.

Daar staat tegenover dat in deze strategie de andere kant van het verzekerderspectrum, de groepen verzekerden die veel zorg gebruiken zoals bepaalde chronisch zieken, minder aandacht van verzekeraars krijgen, waarschijnlijk omdat ze in de risicoverevening financieel minder aantrekkelijk of zelfs verliesgevend zijn. Juist op deze groepen is de meeste doelmatigheid te winnen, wat ook door verzekeraars wordt erkend en in toenemende, zij het bescheiden, mate in praktijk wordt gebracht. Een dilemma voor de verzekeraar die echt werk wil maken van doelmatige inkoop voor groepen verliesgevende verzekerden, is de aanzuigende werking die deze inspanningen mogelijk hebben op deze groepen.

Op langere termijn kan voor deze groepen bovendien toenemende selectie door middel van aanvullende verzekeringen ontstaan, zeker als daarop in de toekomst door te verwachten verdere beperkingen van het basispakket juist door hen meer een beroep op moet worden gedaan.

De commissie vindt dat wel degelijk sprake is van bewuste risicoselectie bij het aanbieden van polissen op basis van door de verzekeraar via een tussenpersoon samengestelde collectieven, die het de verzekeraar mogelijk maken nauwkeurig te bepalen wie tot de polis toegang heeft en wie niet en daarmee omvangrijke marges te behalen. Deze vorm van risicoselectie kan leiden tot een tweedeling van verzekerden op de zorgverzekeringsmarkt: zij die wel en die niet toegang hebben tot polissen met lucratieve kortingen, vooral als die kennelijk met creatieve constructies kunnen worden opgehoogd tot een niveau boven het door de wet toegestane maximum van 10 procent voor collectiviteiten.

Het aanpakken van imperfecties in het risicovereveningsysteem en de onzekerheid als gevolg van voortdurende aanpassingen zal overigens zorgverzekeraars ontmoedigen strategieën ter verjonging of uitbreiding van haar verzekerdenbestand vooral uit het oogpunt van winstgevendheid in te zetten.

3.5 Eindconclusie kwaliteit van de risicoverevening

De commissie constateert dat het systeem van de risicoverevening in de Zorgverzekeringswet weliswaar thans redelijk functioneert, maar ook enkele kwetsbare plekken kent, die de beoogde solidariteit op termijn kunnen ondermijnen. Op dit moment leidt dit nog niet tot grote

problemen, maar dit kan veranderen nu de individuele verzekeraars een groter deel van het financiële risico gaan lopen. De versterking van de prikkels voor doelmatigheid stelt hogere eisen aan het vereveningsstelsel dat risicoselectie moet voorkomen.

Mede als gevolg van de intrinsieke spanning die in het stelsel bestaat tussen volledige verevening en behoud van doelmatigheidsprikkels, is het onvermijdelijk dat het vereveningsstelsel imperfect is. Vaak zullen de onvolkomenheden ook ruimte laten voor de selectie door verzekeraars van winstgevendere groepen verzekerden. Dit gaat gepaard met een vermindering van de beoogde risicosolidariteit en op termijn mogelijk ook met een relatief achterblijven van de kwaliteit van zorg voor groepen die voor de verzekeraar een ongunstig risico vormen.

De commissie meent dat zulke ongewenste effecten kunnen worden vermeden of beperkt door een combinatie van oplossingsrichtingen:

- Een voortdurende aanpassing van het vereveningsstelsel kan de ruimte voor winstgevende selectie klein houden. De aanpassingen zullen geconstateerde imperfecties verder kunnen terugdringen, waarbij in het bijzonder moet worden ingespeeld op daadwerkelijk in de markt waargenomen selectiegedrag;
- Een aanscherping van de voorwaarden waaraan polissen voor de basisverzekering moeten voldoen, kan de mogelijkheden voor selectie via polisvoorwaarden beperken. De commissie pleit ervoor om in elk geval de optie voor tussentijds overstappen te verbieden;
- Scherp en gericht toezicht op de kwaliteit van de ingekochte zorg kan voorkomen dat bepaalde vormen van zorg verwaarloosd worden doordat zij onvoldoende compensatie vinden in het vereveningsstelsel;
- Transparantie van zorgkwaliteit en van de contractportefolio van iedere verzekeraar maakt inzichtelijk welke zorgkwaliteit daadwerkelijk bij de diverse polissen wordt aangeboden. Dit kan het reputatiemechanisme versterken waardoor verzekeraars ervan worden weerhouden om het zorgaanbod voor bepaalde groepen te verwaarlozen.

De commissie meent dat de inzet van zulke maatregelen noodzakelijk is om een serieuze ondermijning van de beoogde solidariteit in de toekomst te voorkomen. In hoeverre deze maatregelen daartoe ook toereikend zullen zijn, kan zij op dit moment niet vaststellen. Daarom is het van belang dat de feitelijke ontwikkelingen nauwkeurig worden gevolgd, zodat de maatregelen zo nodig kunnen worden aangescherpt en uitgebreid.

Uiteindelijk zal in de afruil tussen doelmatigheid en solidariteit altijd een politieke afweging gemaakt moeten worden. Goed gekozen maatregelen kunnen deze afruil verzachten, maar niet wegnemen.

4 Aanbevelingen (beantwoording opdrachtvragen 5 en 6)

“Gelet op het antwoord op bovenstaande vragen, welke verbeteringen zouden in het vereveningsstelsel wenselijk c.q. mogelijk zijn?”

“Welke procedure dient jaarlijks te worden uitgevoerd om de risicoverevening zodanig aan te passen dat potentiële prikkels tot risicoselectie zo veel als mogelijk worden afgevangen?”

4.1 Aanpassingen risicovereveningsstelsel

De commissie ziet voor de door haar geconstateerde manco's in het risicovereveningsstelsel en mogelijke bedreigingen die deze op langere termijn voor het zorgverzekeringsstelsel vormen, zoals ze die heeft gesignaleerd in de voorafgaande paragrafen, concrete mogelijkheden voor verbeteringen van het stelsel. Ze doet onderstaand enkele voorstellen en suggesties voor verbeteringen. Enkele van de hieronder aangegeven verbeteringen worden door het ministerie van VWS al overwogen.

1. Beter compenseren voor voorspelbare verliezen op groepen chronisch zieken, hulpmiddelengebruikers en AWBZ-geïndiceerden door:
 - a. Introductie van hulpmiddelenkostengroepen in het vereveningsstelsel;
 - b. Introductie van een criterium voor gebruik van AWBZ-zorg in het voorafgaande jaar;
 - c. Nader te onderzoeken of aanpassing van FKG- en DKG-criteria nodig en mogelijk is, zodanig dat ‘medicijngebruik’ en ‘bezoek aan specialist of fysiotherapeut’ in het voorafgaande jaar (zie par. 3.1) geen voorspelbaar verlies oplevert;
2. Beter compenseren voor voorspelbare winsten van studenten en hoogopgeleiden door:
 - d. Het criterium ‘student zijn’ toe te voegen en daarbij onderscheid te maken in geslacht;
 - e. Een werkbaar criterium te vinden om de factor ‘opleiding’ in het systeem mee te wegen;
 - f. De wenselijkheid van een ‘meerjarig lage kosten’ criterium te onderzoeken;
3. De commissie geeft ter overweging mee om als alternatief voor (niet altijd accurate of bevredigende) oplossingen om voorspelbare winsten en verliezen in het ex ante vereveningsstelsel te verwerken, bepaalde vaste ex post correcties toe te passen, zoals thans bijvoorbeeld de herberekening op basis van actuele verzekerdenaantallen. De commissie zou zich kunnen voorstellen dat verzekeraars voor de kosten van hun zwangere en geboortegevende verzekerden ex post met een vast bedrag worden gecompenseerd, in plaats van de huidige ex ante verevening door middel van een verhoogd normbedrag voor iedere vrouwelijke verzekerde in de vruchtbare leeftijd (met als gevolg voorspelbare winsten op vrouwelijke studenten en hoogopgeleiden). Ook zouden verzekeraars voor verzekerden met extreem hoge kosten, bijvoorbeeld boven de € 50.000, ex post kunnen worden gecompenseerd. Dergelijke ex post correcties hoeven naar de mening van de commissie bij goede vormgeving geen ernstige negatieve prikkels op de doelmatigheid te bevatten.

4.2 Aanpassingen Zorgverzekeringswet

De commissie heeft niet de illusie dat met bovenstaande en eventueel andere verbeteringen van het ex ante risicovereveningsstelsel geen enkele voorspelbaar verlies- of winstgevend groep verzekerden te identificeren zou zijn. Temeer niet omdat een deel van de overblijvende verliezen en winsten niet zal stelen op gezondheidsverschillen, maar op andere factoren zoals in paragraaf 1.2.5 beschreven, en daarom niet in de risicoverevening thuishoort.

Om risicoselectie op overblijvende winst- en verliesgevende groepen tegen te gaan of in ieder geval te ontmoedigen en de prikkel op doelmatigheid te vergroten beveelt de commissie de volgende aanpassingen in de Zorgverzekeringswet aan.

1. In de Zorgverzekeringswet zou (meer expliciet) kunnen worden opgenomen dat de verzekerde tussentijds (= anders dan met ingang van 1 januari van elk jaar) alleen kan overstappen om redenen zoals in artikel 6 en 7 van die wet omschreven;
2. De commissie vindt het onwenselijk dat een verzekeraar via een tussenpersoon zelf collectiviteiten kan vormen en aan de doelgroep extra korting geeft, omdat dit de mogelijkheid geeft actief te selecteren op groepskenmerken. Ze realiseert zich dat dit moeilijk valt te verbieden, anders dan via de route van meer vergaande beperkingen op mogelijkheden van collectiviteiten. Indien deze route niet wordt gekozen, dan geven de waargenomen selectiestrategieën in ieder geval informatie die gebruikt kan worden om het vereveningsstelsel zo aan te passen dat de prikkels tot ongewenste selectie worden weggenomen of sterk verkleind.

4.3 Procedurele en institutionele verbetermogelijkheden

4.3.1 Het risicovereveningsstelsel

1. Het verdient overweging om in de procedure van vaststelling van het ex ante vereveningsmodel het “objectieve” aspect (wat zijn de beste voorspellers van het zorggebruik) en het “normatieve” aspect (de keuze van verdelingskenmerken in het vereveningsmodel) duidelijker van elkaar te onderscheiden. Dit heeft ook gevolgen voor de methode die gebruikt wordt om het model te schatten. Op dit ogenblik worden bij de schatting enkel kenmerken opgenomen die later ook in het vereveningsmodel worden meegenomen. Dit betekent dat variabelen die in principe een significante bijdrage zouden kunnen leveren tot de voorspelling bewust weggelaten worden om redenen die niets met hun verklarende kracht te maken hebben. Het weggelaten van deze variabelen kan echter tot gevolg hebben dat de effecten van de wél opgenomen variabelen op een vertekende wijze worden geschat. Een alternatieve benadering zou erin bestaan om in een eerste fase een zo volledig en sterk mogelijk verklarend model te schatten, en in een tweede fase te beslissen over welke variabelen in het vereveningsmodel moeten worden opgenomen. Kenmerken die wél een bijdrage leveren tot de verklaring, maar waarvoor men in de risicoverevening niet wil compenseren, kunnen in deze tweede fase voor elke verzekerde op hun gemiddelde waarde worden gezet. Deze methode levert meer correcte schattingen op. Meer

fundamenteel neemt ze ook alle mogelijke verwarring weg die er zou kunnen bestaan over het relatieve belang van statistisch-wetenschappelijke argumenten enerzijds en van maatschappelijke keuzes anderzijds. Deze methode wordt thans al in België toegepast, waarbij de factor “medisch aanbod” wél wordt opgenomen in de schatting, maar wordt geneutraliseerd in het vereveningsmodel;

2. In de besluitvormingscyclus over vormgeving van de risicoverevening voor het komende jaar, zoals beschreven in het eerder aangehaalde PwC-document (noot 2), dient een helder (en volgtijdelijk) onderscheid gemaakt te worden tussen technische advisering en raadpleging van belanghebbenden. De technische advisering kan door de WOR (Werkgroep Onderzoek Risicoverevening) plaatsvinden, waarin naast de overheid alleen vereveningsexperts op persoonlijke titel plaatsnemen. Raadpleging van belanghebbenden vindt plaats in het Bestuurlijk Overleg (BO) en haar voorportalen. De WOR levert aan het BO een advies aan waarin zowel de objectieve (“Wat zijn de beste voorspellers?”) als de normatieve aspecten (“Wat wil men verevenen en wat niet?”) van de voorgestelde risicoverevening voor het komende jaar worden meegenomen;
3. Het heeft de commissie verwonderd dat patiëntenorganisaties niet betrokken zijn bij het verbeterproces en de besluitvorming rond de risicoverevening, hoewel zij daar als zorgconsumenten zeker belang bij hebben; bovendien kan de jaarlijkse schouw op mogelijke verbeteringen in de risicoverevening (zie volgende verbeterpunt) baat hebben bij signalen die zij van hun achterban ontvangen over gedrag van verzekeraars tegenover patiëntengroepen. De commissie vindt dat zij als een van de *stakeholders* deel zouden moeten nemen aan het bestuurlijk overleg dat de minister jaarlijks voert over de besluitvorming van de risicoverevening en de voorbereidende overleggen;
4. In het jaarlijkse onderzoeksprogramma ter herijking en mogelijke aanpassing van het ex ante risicovereveningsysteem zou meer gestructureerd aandacht kunnen worden besteed aan signalen over mogelijke voorspelbare verliezen en winsten voor verzekeraars. Dit kan bijvoorbeeld door de uitvoering van een jaarlijkse analyse op winsten en verliezen van groepen verzekerden aan de hand van waargenomen selectiegedrag in de markt, zoals welke de commissie in opdracht heeft gegeven;
5. De commissie vraagt zich af in hoeverre de kwaliteit van het ex ante risicovereveningsysteem voor het volgende kalenderjaar meer inzichtelijk te maken is voor niet in de statistiek ingewijde betrokkenen. De R^2 per verzekeraar of verzekerde heeft weinig betekenis als het gaat om afwijkende resultaten voor groepen verzekerden binnen de totale verzekerdenpopulatie van een verzekeraar. Men zou bijvoorbeeld bij de presentatie van het ex ante risicovereveningsmodel van het volgende jaar aandacht kunnen besteden aan de omvang van overblijvende voorspelbare verliezen en winsten op nader te bepalen indicatorgroepen.

4.3.2 Toezicht en transparantie in de markt

1. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) voert jaarlijks een monitor uit van de zorgverzekeringsmarkt, waarin ze onder andere aandacht besteed aan polisaanbod, dynamiek van collectiviteiten en bejegening van verzekerden. De NZa zou uit patronen van (restrictief) doelgroepenbeleid door zorgverzekeraars die uit de monitor naar voren komen, aanwijzingen kunnen halen dat bepaalde groepen verzekerden voorspelbaar winst- of verliesgevend zijn. Deze signalen kunnen vervolgens in het verbeterprogramma van het risicovereveningsmodel worden meegenomen;

2. De NZa zou haar toezicht op de zorgcontractering nadrukkelijker kunnen richten op voldoende transparantie en de zorgplicht bij selectieve zorginkoop door zorgverzekeraars. Dit om te voorkomen dat vormen van zorg verwaarloosd worden als gevolg van onvoldoende compensatie in risicoverevening. Indien de toezichthouder zulke vormen van zorg op het spoor komt, kunnen deze signalen vervolgens in het verbeterprogramma van het risicovereveningsmodel worden meegenomen;
3. De verzekeraars zouden in hun contractportfolio inzichtelijk moeten maken welke zorgkwaliteit daadwerkelijk bij de diverse polissen wordt geleverd. Dat zal het reputatiemechanisme versterken waardoor verzekeraars ervan weerhouden worden om het zorgaanbod voor bepaalde groepen te verwaarlozen.

Bijlage A

Samenstelling van de Commissie Evaluatie Risicoverevening

Voorzitter en lid: Henk Don, lid van de Raad van Bestuur van de Nederlandse Mededingingsautoriteit.

Leden:

- Joop Hendriks, voorzitter van de Raad van Bestuur Stichting Bronovo-Nebo;
- Erik Schokkaert, hoogleraar economie aan de Katholieke Universiteit van Leuven;
- Jules Theeuwes, wetenschappelijk directeur SEO Economisch Onderzoek;
- Jan Boone, hoogleraar economie aan de Universiteit van Tilburg.

Ambtelijk secretaris: Peter Kerklaan.

Inhoudelijke ondersteuning: Caren Tempelman, SEO Economisch Onderzoek.

Bijlage B

Gesprekspartners rondetafelgesprekken

Gesprek met deskundigen (25 januari 2012)

Wynand van de Ven (iBMG Erasmus Universiteit)

Piet Stam (SiRM)

René Goudriaan (APE)

Rudy Douven (CPB)

Gesprek met overheidsvertegenwoordigers (25 januari 2012)

Lydia de Heij (CVZ)

Wim de Haart (Ministerie van VWS)

Wim Komrij (Nederlandse Zorgautoriteit)

Gesprek met vertegenwoordigers van zorgverzekeraars (9 februari 2012)

Kees Hamster (VGZ)

Wim Niesing (Achmea Zorg)

Ton van Houten (Zorg en Zekerheid en VRZ)

Frank Schalkwijk (CZ)

Pieter Hasekamp (Zorgverzekeraars Nederland)

Jean-Paul van Haarlem (ONVZ en VRZ)

*Johan Halverhout (Menzis) was verhinderd en is op een later tijdstip telefonisch geïnterviewd.

Gesprek met managers van het Achmea-concern (9 februari 2012)

Olivier Gerrits (Achmea Zorg)

Barry Egberts (Agis)

Wim Niesing (Achmea Zorg)

Gesprek met vertegenwoordigers van (koepels van) patiëntenorganisaties (9 februari 2012)

Marijke Hempenius (CG-Raad)

Winnie Toersen (NPCF)

Xana van Jaarsveld (Astmafonds)

Petra Kortenhoeven (Reumapatiëntenbond)

Presentatie Boer&Croon

Op 20 januari 2012 hebben Jeroen van Roon, Niels Penninx en Emile Smeenk van Boer&Croon een presentatie gegeven en met de commissie van gedachten gewisseld over hun kwantitatieve analyse van de effecten van de risicoverevening op de verzekeraarsresultaten.