Nederlandse Zorgautoriteit

Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht

Postbus 3017
3502 GA Utrecht

T 030 296 81 11
F 030 296 82 96
E info@nza.nl
I www.nza.nl

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

Behandeld door	Telefoonnummer	E-mailadres	Kenmerk
			155386/230495

Onderwerp
Aanbiedingsbrief Kwantitatief onderzoek naar risicoselectie en risicosolidariteit

Datum
15 januari 2016

Mevrouw de Minister,

Hierbij bieden wij u het rapport 'Kwantitatief Onderzoek naar Risicoselectie en Risicosolidariteit op de Zorgverzekeringsmarkt' aan. Het voorliggende rapport betreft het tweede deel van een groter onderzoek naar risicoselectie. Eind juni 2015 heeft u van ons het eerste rapport van dit onderzoek ontvangen waarin we de resultaten op het niveau van zorgverzekeraars presenteerden. In het voorliggende rapport presenteren we resultaten op polisniveau. Dit is de eerste keer dat er onderzoek op polisniveau is gedaan naar risicoselectie. De rijke dataset die we hebben verzameld maakt verfijnde analyses mogelijk. Het voorliggende rapport geeft daarom een uniek inzicht in de situatie op de zorgverzekeringsmarkt.

De onderzoeksperiode in het voorliggende rapport bevat de jaren 2010 tot en met 2013. We hebben onderzocht of er polissen zijn die vooral winstgevende verzekerden en andere polissen die vooral verliesgevende verzekerden in hun portefeuille hebben in de termen van het risicovereveningsresultaat. Daarnaast bekijken we de resultaten op polisniveau in de context van concerns en volmachten. We kijken ook naar welke factoren mogelijk belangrijk zijn voor de segmentering van verzekerden in winst- en verliesgevende polissen en of er aanwijzingen zijn voor de aantasting van risicosolidariteit.

Uit eerdere onderzoeken van de NZa blijkt dat er geen aanwijzingen zijn dat zorgverzekeraars de acceptatieplicht of het verbod op premiedifferentiatie schenden. In dit rapport onderzoeken we of er aanwijzingen zijn voor risicoselectie in een vorm die toegestaan is door de wet maar wel ongewenst is vanwege mogelijke nadelige gevolgen van de (onbelemmerde) toegang tot de verzekering. Hierbij hanteren we een brede definitie van risicoselectie die geen onderscheid maakt tussen de acties van zorgverzekeraars en de zelfselectie door verzekerden. Doordat we een brede definitie gebruiken kunnen we eventuele ongewenste ontwikkelingen op de markt signaleren ongeacht hoe deze zijn ontstaan.

Dit kwantitatieve onderzoek heeft twee bevindingen opgeleverd. Ten eerste hebben we in een aantal gevallen aanwijzingen dat verzekerden met gunstige en ongunstige gezondheidsrisico's (afgemeten aan de hand van een indicatoren set op basis van het vereveningsresultaat) in aparte polissen terechtkomen.
Hoewel we geen signalen hebben voor een selectieve populatie op concernniveau, vinden we wel aanwijzingen voor een segmentering van verzekerden *binnen* een aantal concerns dat meerdere polissen aanbiedt. Segmentering op basis van gezondheidsrisico's kan een aanwijzing zijn voor risicoselectie (zelfselectie door verzekerden of eventuele selectieactiviteiten van zorgverzekeraars). Dit kan de risicosolidariteit aantasten indien het eventuele hogere vereveningsresultaat van de polis tot lagere premie leidt of het eventuele lagere vereveningsresultaat tot hogere premie leidt. Daarnaast kan een segmentering een signaal zijn dat bepaalde groepen verzekerden mogelijk niet gewenst zijn bij bepaalde zorgverzekeraars.

De tweede bevinding betreft de rol van het vrijwillig eigen risico en de rol van de beperkende voorwaarden van een aantal polissen in de segmentering op de polismarkt. Het vrijwillig eigen risico kan een middel voor risicoselectie zijn en tast mogelijk risicosolidariteit aan omdat het hogere vereveningsresultaat van de verzekerden gepaard gaat met een lager dan gemiddeld betaalde premie. Hetzelfde geldt voor verzekerden die een polis met beperkende voorwaarden kiezen. Gemiddeld gezien ligt hun vereveningsresultaat hoger dan het gemiddelde en betalen ze minder premie dan het gemiddelde.

Bij het interpreteren van de tweede bevinding is het belangrijk om de mate van risicoselectie of risicosolidariteit mee te wegen. Bijvoorbeeld, verzekerden met € 500 vrijwillig eigen risico betalen een op jaarbasis gemiddeld gezien ongeveer 150 euro lagere premie (inclusief eventuele zorgkosten door vrijwillig eigen risico) dan het landelijk gemiddelde, terwijl het gemiddelde vereveningsresultaat van deze verzekerden ongeveer 350 euro boven het landelijk gemiddelde resultaat ligt. Op basis van het gunstige vereveningsresultaat van deze groep zou de premie nog lager kunnen zijn. Verzekerden zonder vrijwillig eigen risico betalen meer premie dan gemiddeld maar de hogere premie compenseert niet volledig voor het lagere vereveningsresultaat. Dit wijst erop dat risicosolidariteit tot een bepaalde mate gerealiseerd is tussen deze groepen.

In het verschil van de betaalde premie per groep spelen mogelijk specifieke kenmerken van de polis en de breedte van het gecontracteerde netwerk van zorgaanbieders een rol. Het premieverschil is daarom mogelijk niet puur het effect van de aantasting van risicosolidariteit. Verder kan het hogere resultaat van de verzekerden niet altijd één op één vertaald worden naar gunstigere risico's omdat het vereveningsresultaat ook beïnvloed wordt door eventuele verschillen tussen de groepen in zorggebruik. Een conclusie of de risicosolidariteit wel of niet aangetast wordt, is daarom niet mogelijk op basis van dit onderzoek.

Op basis van dit kwantitatieve onderzoek kunnen we geen conclusies trekken of er sprake is van risicoselectie en of deze dan door doelbewuste strategieën van de zorgverzekeraars tot stand komt of niet. De gevonden aanwijzingen en geformuleerde hypotheses dienen wel als input voor een kwalitatief vervolgonderzoek, het derde deel van het onderzoek naar risicoselectie. In dit vervolgonderzoek worden de resultaten van het voorliggende kwantitatieve rapport nader geduid en zal worden onderzocht of er inderdaad sprake is van ongewenst sturingsgedrag of niet en zo ja welke strategieën daarbij dan zouden worden gehanteerd. Vervolgens zal worden onderzocht welke maatregelen kunnen worden getroffen om deze eventuele risicoselectie tegen te gaan, of althans te mitigeren. Naar verwachting zal de NZa medio juni 2016 rapporteren over haar bevindingen.

Ik vertrouw erop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Hoogachtend,
De Nederlandse Zorgautoriteit,

dr. M.J. Kaljouw
voorzitter Raad van Bestuur