Rapport

Risicoselectie en risicosolidariteit zorgverzekeringsmarkt

Kwalitatief onderzoek 2016

September 2016

Inhoud

Vooraf **5**

Managementsamenvatting **7**

1. Inleiding **15**
1.1 Risicosolidariteit als vertrekpunt 15
1.2 Kwantitatief onderzoek 16
1.3 Kwalitatief onderzoek 17
1.3.1 Doelstelling 17
1.3.2 Aanpak 17
1.4 Leeswijzer 19

2. Observaties kwalitatief onderzoek **21**
2.1 Segmentatie van het polisaanbod 21
2.1.1 Positionering en marketing zorgverzekeringen 22
2.1.2 Meerdere labels binnen één concern 22
2.1.3 Kruissubsidiëring binnen concerns 23
2.1.4 Gebruik van distributiepartners 23
2.2 Governance en aansturing 23
2.3 Premiestelling 24
2.3.1 Premiestelling producten distributiepartners en collectiviteiten 26
2.4 Aanvullende verzekeringen 26
2.5 Bewustzijn risicoselectie 29

3. Duiding en bevindingen kwantitatief onderzoek **31**
3.1 Inleiding 31
3.2 Bevindingen kwantitatief onderzoek 31
3.3 Conclusies 35

4. Verkenning van mogelijkheden voor risicoselectie in de toekomst **37**
4.1 Inleiding 37
4.2 Risicovereveningssysteem 37
4.3 Prudente concerns 39
4.4 Risico's voor de toekomst 39
4.5 Samenspel van (f)actoren 40
4.6 Eenzijdige risicoselectie 41
4.6.1 Beëindigen verlieslatende polissen 41
4.6.2 Acceptatievoorwaarden aanvullende verzekering 42
4.7 Meerzijdige risicoselectie 43
4.7.1 Koppelverkoop basisverzekering – aanvullende verzekering 43
4.7.2 Polissen met beperkende voorwaarden (budgetpolissen) 44
4.7.3 Overstappolissen 45
4.7.4 Cadeaus 45
4.7.5 Vrijwillig eigen risico 46
4.7.6 Collectiviteiten 47
4.8 Premiedifferentiatie 49
4.9 Conclusie 51

5. Conclusies en aanbevelingen **53**
5.1 Algemene conclusie 53
5.2 Aanbevelingen aan zorgverzekeraars 55
5.3 Aanbevelingen aan de Minister van VWS 55
5.3.1 Optimaliseren risicoverevening 56
5.3.2 Aanpassen verbod op premiedifferentiatie 57
5.3.3 Overwegingen voor de toekomst 57
5.4 Acties NZa 59

Vooraf

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) geeft in haar toezicht op de zorgverzekeraars prioriteit aan het onderzoeken en monitoren van de risicosolidariteit en eventuele risicoselectie. De NZa doet dit omdat de risicosolidariteit het fundament onder het zorgstelsel is. Dit fundament is in de wet vastgelegd middels de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie.

Dit rapport is een onderdeel van een groter onderzoek dat het monitoren van risicoselectie en risicosolidariteit mogelijk maakt. In dit rapport presenteren we de kwalitatieve duiding van de uitkomsten van kwantitatieve analyses waarover de NZa in juli 2015 en januari 2016 heeft gerapporteerd. Doel hiervan is om vast stellen of er sprake is van eventueel sturingsgedrag van verzekeraars en verzekerden. Het totaalbeeld over risicoselectie en risicosolidariteit dat het kwantitatieve en kwalitatieve rapport samen geeft, kan toezichtacties en andere maatregelen ondersteunen.

We danken alle zorgverzekeraars en andere partijen voor hun medewerking en inbreng bij de totstandkoming van dit onderzoeksrapport.

De Nederlandse Zorgautoriteit,

dr. M.J. Kaljouw
Voorzitter Raad van Bestuur

Managementsamenvatting

Risicosolidariteit als vertrekpunt

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) ziet toe op de kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorg. De burger staat daarbij centraal. Maar wie is 'de burger' eigenlijk? De burger is een gezonde advocate van 24 die vrijwel nooit gezondheidsklachten heeft en vooral op zoek is naar een zo laag mogelijke zorgverzekeringspremie. Maar de burger is ook een 63-jarige werkloze man die al jaren kampt met een kwakkelende gezondheid en die hoopt te worden toegelaten tot een zorgverzekeringspolis met een ruime dekking.

De burger heeft vele gezichten, en daarmee uiteenlopende wensen en voorkeuren. Maar los van alle individuele belangen (micro), is er ook nog een breder maatschappelijk belang (macro). Daarbij gaat het om de vraag wat voor het geheel aan burgers de optimale uitkomst is. Alle burgers dragen bij om er als gehele samenleving beter van te worden. Risicosolidariteit is een belangrijk voorbeeld van een maatschappelijk burgerbelang.

Daarom is risicosolidariteit één van de pijlers van ons Nederlandse zorgverzekeringsstelsel. Risicosolidariteit houdt in dat iedere Nederlander – jong en oud, arm en rijk, gezond en ziek – toegang moet hebben tot goede en betaalbare zorg. Dit is essentieel voor het maatschappelijk draagvlak. Zo essentieel dat risicosolidariteit ook betekent dat verzekerden die geen of weinig zorg gebruiken via onder meer de verzekeringsplicht moeten meebetalen aan de zorg die chronisch zieken krijgen. Hogere inkomens betalen middels inkomensafhankelijke bijdragen mee voor de lagere inkomens. Het betekent bijvoorbeeld ook dat zorgverzekeraars geen enkele Nederlander – hoe arm, oud of ziek dan ook – mogen weigeren voor de basisverzekering (acceptatieplicht) en dat het hen niet is toegestaan om verschillende premies te hanteren voor identieke polissen (verbod op premiedifferentiatie). En het betekent eveneens dat er grenzen zijn gesteld aan de kortingen die mogen worden verstrekt. Dit alles kan ten koste gaan van het belang van een individuele burger (die bijvoorbeeld meer korting en daarmee een lagere premie wenst), maar het komt het maatschappelijk belang van risicosolidariteit ten goede. Laatstgenoemd belang staat in dit onderzoek centraal.

Risicoselectie

Risicoselectie doet afbreuk aan de risicosolidariteit. In dit onderzoek verstaan we onder risicoselectie:

"acties door verzekerden en/of verzekeraars met als doel of gevolg dat de beoogde risicosolidariteit niet volledig wordt gerealiseerd.[1]*"*

Het betreft een brede definitie. Het gaat om selectie-acties van zorgverzekeraars, maar ook om zelfselecterend gedrag van burgers. Bewust én onbewust. Onwettig én wettig. Maatschappelijk en politiek

[1] Van de Ven, Van Kleef, Van Vliet (2015), 'Hoe kan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) risicoselectie op de zorgverzekeringsmarkt aantonen en meten?' *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, jaargang 93/ 2015 nummer 4.

ongewenst én gewenst.[2] Het gaat dus om risicoselectie in de meest brede zin van het woord.

Kwalitatief onderzoek

De NZa heeft in 2015 en 2016 onderzoek gedaan naar risicosolidariteit en risicoselectie in het Nederlandse zorgverzekeringsstelsel. Inzicht in de aard, omvang en oorzaken van risicoselectie kan helpen om eventuele nadelige gevolgen weg te nemen en de risico's daarop te verminderen.

Het onderzoek naar risicosolidariteit en risicoselectie bestaat uit twee delen: een kwantitatief en een kwalitatief deel. Het voorliggende rapport bespreekt de resultaten van het kwalitatieve onderzoek. Het is een vervolg op de bevindingen uit de kwantitatieve studie[3] die op 29 januari 2016 is gepubliceerd.

Het gaat in dit kwalitatieve onderzoek uitdrukkelijk om algemene constateringen en aanbevelingen. Bevindingen met betrekking tot specifieke zorgverzekeraars zijn individueel aan hen teruggekoppeld. De overtreding door een verzekeraar van het verbod op premiedifferentiatie wordt in een apart traject aangepakt.

Aanpak

Het eerdere kwantitatieve onderzoek had betrekking op de jaren 2010-2013. In dit kwalitatieve onderzoek gaat het om het heden en het recente verleden: hoe is het momenteel gesteld met de risicosolidariteit en welke selecterende acties zien we? Beide onderzoeken sluiten dus niet volledig naadloos op elkaar aan. Voor het kwantitatieve onderzoek is echter gebruikgemaakt van de meest recente definitieve vereveningsresultaten voor de jaren 2010-2013. En wat betreft het kwalitatieve onderzoek is het lastig om na te gaan of een signaal uit 2010 daadwerkelijk risicoselectie betrof of slechts 'vals alarm'. Met dit voorbehoud gebruiken we de uitkomsten van de kwalitatieve analyse om de uitkomsten van de signalen zo goed als mogelijk te duiden. Daarnaast gebruiken we het kwalitatieve onderzoek om de risicosolidariteit voor de toekomst te vergroten door ongewenste risicoselectie en de kwalijke gevolgen daarvan zoveel mogelijk te beperken. Daar is de burger immers het meest bij gebaat.

Het kwalitatieve onderzoek startte met een uitgebreide bureaustudie. Daarbij maakten we gebruik van openbare bronnen (on- en offline) en eerder gepubliceerde relevante rapporten. Daarnaast vroegen we alle zorgverzekeraars middels een informatieverzoek om informatie en onderliggende documenten met betrekking tot onder andere productontwikkelingsprocessen, distributie- en marketingbeleid en de grootste collectiviteiten. De gegevens die dit opleverde zijn per verzekeraar en per polis in kaart gebracht.

De bureaustudie gebruikten we vervolgens voor het afnemen van diepte-interviews. Met consumenten- en patiëntenorganisaties, en met alle zorgverzekeraars. In deze interviews konden de respondenten

[2] Risicoselectie is *één van de* pijlers van ons stelsel. Oftewel: het huidige verzekeringsstelsel kent ook andere pijlers. Marktwerking is bijvoorbeeld een andere. Ook concurrentie tussen zorgverzekeraars draagt bij aan de werking van ons stelsel. Deze belangen lopen vaak parallel, maar soms bijten ze elkaar. De markwerking wordt ingeperkt omdat we belang hechten aan risicosolidariteit en volledige risicosolidariteit zou de marktwerking te veel in de weg zitten.
[3] NZa, "Rapport Kwantitatief onderzoek naar risicoselectie en risicosolidariteit op de zorgverzekeringsmarkt", 29 januari 2016.

reflecteren en hun visie geven op de bevindingen uit onze kwantitatieve analyses en onze waarnemingen uit de bureaustudie. Tezamen leveren de bureaustudie en de interviews een veelzijdig, genuanceerd en solide beeld op van risicosolidariteit en risicoselectie in het Nederlandse zorgstelsel.

De huidige praktijk

Maar wat zijn nu onze bevindingen? In hoeverre moeten we ons zorgen maken om de risicosolidariteit in het Nederlandse zorgstelsel? Hebben alle Nederlanders toegang tot goede en betaalbare zorg? Komt risicoselectie voor, en zo ja, in welke vorm?

Een solidaire markt op concernniveau
Onze belangrijkste conclusie is dat verzekerden en verzekeringsconcerns er momenteel in slagen om gezamenlijk een solidaire zorgverzekeringsmarkt te realiseren. Vanwege hun inzet gericht op stabiliteit streven veel zorgverzekeraars – met name de grote – op concernniveau naar een verzekerdenbestand dat een afspiegeling vormt van de Nederlandse samenleving (het zgn. "fair share"). Hiertoe doen zij aan kruissubsidiëring: zij gebruiken de positieve resultaten op de ene polis om ook verlieslatende polissen te kunnen aanbieden. De winst op een budgetpolis die vooral jonge, gezonde overstappers aantrekt, wordt bijvoorbeeld gebruikt om ook een restitutiepolis aan te kunnen bieden die door relatief veel chronisch zieken wordt afgesloten.

We hebben selectie door de zorgverzekeraars op enkele gevallen na niet aangetroffen. In de enkele gevallen waarin we wel ongewenste sturing hebben waargenomen, betrof dit handelingen van intermediairs of grote collectiviteiten. De betrokken zorgverzekeraars zijn hier individueel op aangesproken.
We hebben risicoselectie gedefinieerd als acties door verzekerden en/of verzekeraars met als doel of gevolg dat de beoogde risicosolidariteit niet volledig wordt gerealiseerd. Waar zorgverzekeraars op concernniveau streven naar een zogeheten "fair share", kan er op het niveau van individuele risicodragers en individuele polissen wel degelijk sprake zijn van sturing.

Als de risicosolidariteit wordt aangetast, gaat het doorgaans niet uitsluitend om selectie-acties van zorgverzekeraars alleen (eenzijdige risicoselectie). Een voorbeeld van eenzijdige risicoselectie is het beëindigen van een verliesgevende polis. Het gaat bij de aantasting van de risicosolidariteit meestal om een combinatie van selectie-acties van de zorgverzekeraar en zelfselectie door verzekerden (meerzijdige risicoselectie). Denk hierbij aan het aanbieden van een hoge korting bij het maximaal vrijwillig eigen risico. Verzekerden blijken bij het overstappen over het algemeen goed in staat om hun eigen risico's in te schatten. Zwart-wit gezegd: gezonde verzekerden kiezen andere polissen dan ongezonde verzekerden. Zorgverzekeraars spelen hierop in met specifieke polissen ('producten') voor specifieke doelgroepen zoals goedkope polissen met beperkende voorwaarden en een hoog eigen risico. In eerdere jaren werden ook afhankelijk van de doelgroep bepaalde combinaties van aanvullende en basisverzekeringen aangeboden. Dit samenspel van (f)actoren resulteert in een solidaire markt die overigens wel gesegmenteerd is[4]. Oftewel: risicosolidariteit op concernniveau maar met risicoselectie op polisniveau.

[4] Als het gaat om doelgroepspecifieke communicatie vanuit de zorgverzekeraars valt overigens op dat dit vanaf 2015 veel minder voorkomt. Zorgverzekeraars richten zich in hun reclame-uitingen minder dan in het verleden op specifieke doelgroepen (bijvoorbeeld studenten en hoger opgeleiden). De doelgroepen die nog wel specifiek worden aangesproken zijn vooral de 'overstappers' en in mindere mate collectiviteiten

Premiedifferentiatie
Eén van de factoren die bijdraagt aan deze gesegmenteerde markt, is premiedifferentiatie. Op de Nederlandse zorgverzekeringsmarkt zijn vijfentwintig zorgverzekeraars actief. Deze verzekeraars zijn onderdeel van negen verschillende concerns. Op concernniveau is sprake van premiedifferentiatie; (nagenoeg) identieke polissen worden vaak tegen verschillende premies aangeboden. Op het eerste gezicht lijkt dit in strijd met het verbod op premiedifferentiatie. Bij nader inzien is dit echter niet het geval. Het huidige verbod op premiedifferentiatie ziet namelijk op het aanbieden van identieke polissen tegen verschillende premies door één en dezelfde *zorgverzekeraar* (risicodrager). Wanneer twee zorgverzekeraars binnen één en hetzelfde concern andere prijzen hanteren voor dezelfde polis (met weliswaar een andere naam), dan handelen zij formeel niet in strijd met het verbod op premiedifferentiatie.

Naar onze mening schiet het verbod op premiedifferentiatie in zijn huidige vorm tekort door dit verkoopbeleid formeel toe te staan. Premiedifferentiatie kan immers tot risicoselectie leiden. Bovendien zorgt het bestaan van identieke of vrijwel identieke polissen onder verschillende namen met verschillende premies voor extra ondoorzichtigheid van de markt. Veel burgers hebben moeite om hun weg te vinden 'in het oerwoud van polissen'.

Op grond van onze analyse vragen wij ons af of de huidige wettelijke invulling van het verbod op premiedifferentiatie nog wel aansluit bij de belangen van de burger (per polis een gelijke premie ongeacht de gezondheidstoestand) en die voldoende beschermt. Ons onderzoek laat zien dat zorgverzekeraars veel strategische keuzes niet op het niveau van de individuele zorgverzekeraar maken, maar op concernniveau. Wij zijn van mening dat als verzekeraars op concernniveau worden aangestuurd, het verbod op premiedifferentiatie ook op dit niveau van toepassing zou moeten zijn. Ook als binnen een concern verschillende prijzen worden gehanteerd voor (nagenoeg) identieke polissen, zou hier op grond van het verbod op premiedifferentiatie tegen moeten kunnen worden opgetreden. In de aanbevelingen hebben wij enkele (voorstellen voor) maatregelen opgenomen om hier tegen op te kunnen treden.

Governance
Verder constateerden we dat ongewenste vormen van risicoselectie vooral voorkomen bij bepaalde tussenpersonen (intermediairs) en sommige grote collectiviteiten. Zorgverzekeraars geven deze partijen vaak veel vrijheid bij het aanbieden van zorgverzekeringen. Niet alle zorgverzekeraars zijn voldoende 'in control' als het gaat om het gedrag van de intermediairs en collectiviteiten met wie ze samenwerken. Deze zorgverzekeraars blijken in sommige gevallen niet genoeg sturing te geven. Met het oog op het voorkomen van risicoselectie en het realiseren van risicosolidariteit vinden wij dit zorgelijk.

De toekomst

Tot zo ver de huidige praktijk. Hoe kijken we naar de toekomst? We hebben voor de toekomst een aantal risico's geïdentificeerd die volgens ons aandacht behoeven. De vraag is hoe we kunnen borgen dat die risico's in de toekomst niet tot problemen voor de risicosolidariteit gaan leiden.

---

voor minima en restitutiepolissen voor verzekerden die al hun gezondheidsrisico's willen hebben afgedekt en bij iedere zorgaanbieder terecht willen kunnen.

Toenemende druk
Zorgverzekeraars worden in toenemende mate geconfronteerd met financiële risico's. Zo worden de resterende compensaties die zij momenteel nog achteraf krijgen voor verzekerden die gebruikmaken van geestelijke gezondheidszorg en verpleging en verzorging verder afgebouwd. Dit vergroot de behoefte aan een perfect vereveningssysteem dat verzekeraars op voorhand (vrijwel) volledig compenseert voor voorspelbare verliezen die worden geleden op specifieke groepen verzekerden. Een perfect systeem is echter onhaalbaar. Hierdoor zullen de gevolgen van afwijkende vereveningsresultaten (verlies of winst vanwege onder- of overcompensatie) naar verwachting groter worden. Dit leidt tot grotere prikkels om te sturen op vereveningsresultaten. Met andere woorden: de druk om te selecteren op winstgevende verzekerden neemt toe.

Theoretische risico's en mogelijkheden
Let wel, vooralsnog gaat het hier uitdrukkelijk om grotendeels theoretische risico's. De huidige praktijk geeft, zoals gezegd, weinig blijk van aantasting van de risicosolidariteit. Wel vinden wij de toenemende druk op zorgverzekeraars om te selecteren op winstgevende verzekerden reëel genoeg om bepaalde mogelijkheden voor risicoselectie expliciet te benoemen. Als risicoselectie voor de zorgverzekeraars 'noodzakelijker' wordt, hoe kunnen zij dit dan succesvol toepassen? De belangrijkste mogelijkheden die wij hiervoor zien, zijn het vrijwillig eigen risico, polissen met beperkende voorwaarden, de huidige vormgeving van het verbod op premiedifferentiatie, en 'koppelverkoop' van de basis- en aanvullende verzekering. Optimalisering van het risicovereveningssysteem is de meest effectieve manier om deze prikkels weg te nemen. Het risicovereveningsysteem zal nooit perfect zijn. Er zullen altijd verzekerden zijn die voorspelbaar winst- of verliesgevend zijn.

Aanbevelingen

Om ervoor te zorgen dat iedereen in Nederland toegang houdt tot goede en betaalbare zorg vinden wij dat voornoemde risico's en mogelijkheden moeten worden geadresseerd. Daarbij is een rol weggelegd voor de zorgverzekeraars, de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en de NZa.

Zorgverzekeraars
De zorgverzekeraars erkennen unaniem het belang van risicosolidariteit. Dat deden zij in de interviews, maar bijvoorbeeld ook in het actieplan *Kern-gezond*[5] *van ZN*. In *Kern-gezond* zeggen ZN-leden toe duidelijke polissen aan te bieden, overstapdrempels weg te nemen, terughoudend te zijn qua commercie, en transparant te zijn over hun bedrijfsvoering. Stuk voor stuk belangrijke toezeggingen. Op basis van onze bevindingen doen wij een appèl op zorgverzekeraars om hier nog twee verbeterpunten aan toe te voegen:

1. het nog beter borgen van risicosolidariteit door een expliciete risicosolidariteitstoets in te bouwen in het productontwikkelingsproces; en
2. de gezamenlijke verantwoordelijkheid voor risicosolidariteit tot uiting te laten komen in het scherper sturen op het gedrag van distributiepartners, zoals intermediairs en collectiviteiten.

Minister van VWS

[5] *Kern-gezond* betreft een initiatief van Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Op DSW-Stad Holland na zijn alle zorgverzekeraars hierbij aangesloten.

Risicosolidariteit is één van de belangrijkste uitgangspunten van ons verzekeringsstelsel. Maar er zijn er meer. De wetgever heeft bijvoorbeeld ook belang gehecht aan marktprikkels, keuzemogelijkheden en eigen verantwoordelijkheid. Soms bijten deze belangen elkaar en moeten ze tegen elkaar worden afgewogen. Dit is geen eenvoudige opgave. In deze studie staat het belang van risicosolidariteit centraal.

Naar aanleiding het onderzoek hebben wij de volgende aanbevelingen voor de Minister van VWS:

1. het vereveningssysteem verder te verbeteren en daarmee de prikkels voor risicoselectie zo veel mogelijk weg te nemen. Deze oproep wordt door alle zorgverzekeraars ondersteund. Denk hierbij aan het verfijnen van het systeem door het invoeren van een vereveningskenmerk voor verzekerden met een maximaal vrijwillig eigen risico;
2. het verbod op premiedifferentiatie aan te passen aan de huidige praktijk door handhaving van het verbod op premiedifferentiatie op concernniveau mogelijk te maken. We zien nu dat binnen een concern door verschillende risicodragers een (vrijwel) identieke polis tegen een verschillende premie wordt aangeboden. Materieel is dit vergelijkbaar met de situatie dat een individuele zorgverzekeraar polissen die op het punt van de verzekerde prestaties of de keuzemogelijkheden tussen aanbieders van zorg of van overige diensten niet van elkaar afwijken, tegen verschillende premies aanbiedt. Dat is verboden.

Naar de toekomst toe hebben wij enkele risico's en prikkels geïdentificeerd. Waar er op dit moment nog geen sprake is van ongewenste risicoselectie door zorgverzekeraars, kan dat in de toekomst anders worden. Bezien vanuit dit perspectief geven wij de minister in overweging om, wanneer de omstandigheden daar om vragen, het vrijwillig eigen risico en de polissen met beperkende voorwaarden als bestaande mogelijkheden voor risicoselectie te herbezien. We hebben vastgesteld dat zowel het vrijwillig eigen risico als de polissen met beperkende voorwaarden de risicosolidariteit aantasten. Hierbij moet wel worden meegewogen dat afschaffing van het vrijwillig eigen risico en deze polissen ook andere gevolgen heeft voor het stelsel. Zo wordt de keuzevrijheid van verzekerden beperkt waardoor het draagvlak voor de risicosolidariteit kan afnemen. Ook worden de mogelijkheden voor zorgverzekeraars om selectief in te kopen beperkt. Er kunnen ook nadelige gevolgen voor de betaalbaarheid zijn doordat er een remeffect op zorgconsumptie door het vrijwillig eigen risico wegvalt. Ten slotte zal ook de mogelijkheid voor zorgverzekeraars om zich in de markt te profileren afnemen.

NZa
De acties voor de NZa zijn vooral gelegen op het terrein van premiedifferentiatie. Om premiedifferentiatie op concernniveau tegen te gaan, treffen wij een drietal maatregelen:

1. we hebben de transparantie-eisen aangescherpt door de betrokken zorgverzekeraars met ingang van 1 november 2016 te verplichten om op hun website informatie te geven over de identieke of nagenoeg identieke polissen die worden aangeboden binnen het concern waartoe zij behoren;
2. in 2017 onderzoeken we de mogelijkheden om het verbod op premiedifferentiatie nader te duiden door aan te geven wanneer nog sprake is van dezelfde polis in de zin van dit verbod; en tot slot

3. blijven we de ontwikkelingen rondom risicoselectie en risicosolidariteit de komende jaren nauwlettend volgen. Daarbij nemen wij in het bijzonder de gesignaleerde prikkels en mogelijkheden voor risicoselectie mee.

Risicosolidariteit is het fundament onder ons zorgverzekeringsstelsel en essentieel voor het draagvlak van burgers om hier aan bij te dragen. Iedere Nederlander – jong en oud, arm en rijk, ziek en gezond – moet meebetalen aan en toegang hebben tot goede en betaalbare zorg. Dat vinden we allemaal. Het voorkomen van risicoselectie is niet alleen een wettelijke, maar bovenal een morele plicht. Ook als ze niet wettelijk verboden zijn, moeten ongewenste gedragingen worden tegengegaan. Daarvoor zijn we gezamenlijk verantwoordelijk. Het is zaak dat we, ieder vanuit zijn of haar eigen verantwoordelijkheid, blijven werken aan ons gedeelde belang: een solidair stelsel zonder ongewenste risicoselectie.

1. Inleiding

1.1 Risicosolidariteit als vertrekpunt

Risicosolidariteit is één van de pijlers van het Nederlandse zorgverzekeringsstelsel. Risicosolidariteit houdt in dat mensen met een kleine kans op ziekte dezelfde premie betalen voor een zorgverzekering als mensen met een hoge kans op ziekte. En dat alle mensen voor de basisverzekering geaccepteerd worden door een zorgverzekeraar, ongeacht hun (medische) achtergrond.
De inkomensafhankelijke bijdragen (Zorgtoeslag en het inkomensafhankelijke premiedeel dat via de werkgever wordt geïnd) zorgen er voor dat de premie voor een ieder betaalbaar is.
Risicosolidariteit komt in de Zorgverzekeringswet op meerdere wijzen tot uitdrukking. Voor de burger in onder andere de verzekeringsplicht. Voor de zorgverzekeraars in het verbod op premiedifferentiatie en de acceptatieplicht. Deze wettelijke maatregelen moeten ervoor zorgen dat iedere Nederlander – jong en oud, arm en rijk, gezond en ziek – toegang heeft tot goede en betaalbare zorg.

Om risicosolidariteit te faciliteren, heeft de wetgever het risicovereveningssysteem ingesteld. Dit systeem compenseert zorgverzekeraars voor verschillen in de samenstelling van hun verzekerdenpopulatie. Hierdoor krijgen zorgverzekeraars voor verzekerden met voorspelbaar hoge zorgkosten meer compensatie uit het risicovereveningsfonds, dan voor verzekerden met voorspelbaar lage zorgkosten. Bovendien hebben zorgverzekeraars een zorgplicht. Deze verplicht hen voor al hun verzekerden met een zorgverzekering met gecontracteerde zorg voldoende, goede, tijdige en bereikbare zorg te realiseren voor de basisverzekering.

Risicoselectie kan afbreuk doen aan de risicosolidariteit en daarmee aan één van de belangrijkste pijlers van ons huidige zorgverzekeringsstelsel. In dit onderzoek verstaan we onder risicoselectie:

"acties door verzekerden en/of verzekeraars met als doel of gevolg dat de beoogde risicosolidariteit niet volledig wordt gerealiseerd.[6]*"*

Volgens deze definitie betreft risicoselectie zowel doelbewuste selectie-acties van zorgverzekeraars, als bijvoorbeeld zelfselectie door verzekerden. Zelfselectie houdt in dat verzekerden zelf selecterend gedrag vertonen op basis van hun eigen behoeften. Ook acties van zorgverzekeraars en verzekerden die een ander doel hebben dan risicoselectie, maar waardoor de risicosolidariteit wel wordt aangetast, scharen wij onder risicoselectie.

Risicoselectie is onwenselijk wanneer dit de risicosolidariteit en daarmee de toegankelijkheid van de zorgverzekering aantast. Het kan zelfs leiden tot verschraling van zorg voor voorspelbaar verliesgevende verzekerden. Daarom heeft de NZa in 2015 en 2016 onderzoek gedaan naar risicosolidariteit en risicoselectie in het Nederlandse zorgstelsel. Inzichten in de aard, omvang en oorzaken van risicoselectie kunnen helpen om de risico's op nadelige gevolgen te voorkomen of verminderen. Het onderzoek naar risicoselectie bestaat uit twee delen: een kwantitatief

[6] Van de Ven, Van Kleef, Van Vliet (2015), 'Hoe kan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) risicoselectie op de zorgverzekeringsmarkt aantonen en meten?' *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, jaargang 93/ 2015 nummer 4.

onderzoek en een kwalitatief onderzoek. Het voorliggende rapport bevat de resultaten van het kwalitatief onderzoek. Daarmee is het een vervolg op de bevindingen uit het kwantitatief onderzoek.

1.2 Kwantitatief onderzoek

Het kwantitatief onderzoek is in twee fasen uitgevoerd. De resultaten van de eerste onderzoeksfase zijn in juni 2015 gepubliceerd in het 'Tussenrapport Kwantitatief onderzoek naar risicoselectie'.[7] De resultaten van de tweede fase zijn in januari 2016 gepubliceerd in het rapport 'Kwantitatief onderzoek naar risicoselectie en risicosolidariteit op de zorgverzekeringsmarkt'.[8]

Fase 1
De eerste fase van het onderzoek was gericht op mogelijke signalen van risicoselectie op verzekeraarsniveau (risicodragers). Daarvoor zijn gegevens over de vereveningsresultaten van zorgverzekeraars op risicodragerniveau gebruikt over de periode 2008 tot en met 2012. De resultaten van dit eerste kwantitatieve onderzoek boden de volgende aanknopingspunten voor verder onderzoek:

1. bij de verschillen tussen subgroepen van verzekerden viel op dat 'jongeren' in 2009 en 2010 een licht negatief vereveningsresultaat hadden, terwijl (met name ongezonde) ouderen positieve vereveningsresultaten boekten; en
2. de verschillen tussen de vereveningsresultaten van de afzonderlijke risicodragers bleken op een enkele uitzondering na beperkt. Het hoge aggregatieniveau van de analyses leek de resultaten van de verschillende polissen uit te middelen.

Fase 2
In de tweede, verdiepende, fase zijn de vereveningsresultaten[9] op polisniveau onderzocht. Daarvoor is gebruikgemaakt van vereveningsgegevens uit de periode 2010 tot en met 2013. Aan de hand van deze gegevens zijn drie typen analyses uitgevoerd:

1. een analyse naar de vraag in hoeverre de markt gesegmenteerd is;
2. een analyse van de relatie tussen vereveningsresultaten en poliskenmerken; en
3. een analyse van de relatie tussen de hoogte van de betaalde premie en het vereveningsresultaat van verschillende groepen verzekerden.

De belangrijkste bevindingen uit deze analyses zijn:

- Bij 7 van de in totaal 74 polissen zijn sterke aanwijzingen voor risicoselectie aangetroffen. Het gaat dan om aanwijzingen voor een selectieve populatie (een populatie die gemiddeld gezien gunstige of juist minder gunstige gezondheidsrisico's heeft dan het landelijk gemiddelde) én voor een selectieve in- én uitstroom van verzekerden. Bij 20 polissen bestaan beperkte aanwijzingen voor selectie. Hierbij lijkt niet de populatie maar wel de in- of uitstroom van verzekerden selectief te zijn.
- Er is een verband tussen de keuze voor het vrijwillig eigen risico en het vereveningsresultaat van de betreffende polis: hoe hoger

[7] https://www.nza.nl/1048076/1048181/Rapport_kwantitatief_onderzoek_naar_risicoselectie.pdf
[8] https://www.nza.nl/1048076/1048181/Rapport_Kwantitatief_onderzoek_naar_risicoselectie_en_risicosolidariteit_op_de_zorgverzekeringsmarkt.pdf
[9] Zie voor een definitie van het gehanteerde begrip vereveningsresultaat bijlage drie bij het kwantitatief onderzoek.

het vrijwillig eigen risico, hoe hoger het vereveningsresultaat van de polis.
- Groepen verzekerden met een hoog vrijwillig eigen risico en groepen verzekerden met een polis met beperkende voorwaarden hebben een hoger dan gemiddeld vereveningsresultaat[10]. Tegelijkertijd betalen zij een lager dan gemiddelde premie. De hypothese die hieruit volgt is dat het vrijwillig eigen risico en de beperkende voorwaarden bij een aantal polissen de afwijkende vereveningsresultaten deels zouden kunnen verklaren.

Deze aanwijzingen en aandachtspunten zijn meegenomen in het voorliggende kwalitatief onderzoek (zie paragraaf 1.3).

1.3 Kwalitatief onderzoek

1.3.1 Doelstelling

Dit kwalitatieve onderzoek vormt een vervolg op de bevindingen uit het kwantitatief onderzoek. In het kwantitatieve onderzoek is een aantal aanwijzingen voor mogelijke risicoselectie geconstateerd. Uitsluitsel hierover kon destijds echter nog niet gegeven worden. Is er inderdaad sprake van ongewenst sturingsgedrag en zo ja, welke strategieën worden daarbij dan gehanteerd?

Het onderzoeksdoel is ditmaal dus inzicht verkrijgen in de aard en oorzaken van de signalen voor risicoselectie uit het kwantitatieve onderzoek. Het op de uitkomsten van dit onderzoek gebaseerde toezichtdoel is om de risicosolidariteit te vergroten door ongewenste risicoselectie en de kwalijke gevolgen daarvan zoveel mogelijk te beperken.

1.3.2 Aanpak

De bevindingen uit het verdiepende kwantitatieve onderzoek zijn als uitgangspunt genomen. Daarin is voor de jaren 2010 tot en met 2013 onderzocht of er op verzekeraars- en polisniveau afwijkingen bestaan in vereveningsresultaten. Het vereveningsresultaat betekent in grote lijnen het verschil tussen de werkelijke zorgkosten en door de risicoverevening van tevoren berekende zorgkosten.
De mogelijke effecten van risicoselectie zijn het makkelijkst te herkennen bij de in- en uitstroom van verzekerden. In iedere markt richt concurrentie zich nu eenmaal op de consument die bereid is voor een andere aanbieder te kiezen. Dat leidt ertoe dat in dit onderzoek de meest mobiele groepen veel aandacht hebben gekregen en dat zijn voornamelijk de jonge, gezonde verzekerden. Daarbij komt dat het vereveningsstelsel zo werkt, dat pas in de jaren na de zorgconsumptie de effecten daarvan voor verzekeraars zichtbaar worden. In hun productenstrategie voor enig jaar beschikken zorgverzekeraars nog niet over de afrekening van het direct daaraan vooraf gaande jaar, zodat zij hierbij ook gebruik maken van de inschattingen van de verevening die vooraf (ex ante) worden gemaakt.
Omwille van de beheersbaarheid van dit onderzoek is hierin niet de zorginkoop door verzekeraars betrokken. Hiermee zou echter ook geconcurreerd kunnen worden, door bijvoorbeeld bepaalde selecties hierin in te zetten in de marketing voor bepaalde doelgroepen.

[10] Dit wil zeggen dat voor deze verzekerden een relatief bovengemiddeld gunstig resultaat wordt behaald op de ex ante bijdrage uit het vereveningsfonds.

Het kwalitatieve onderzoek is vervolgens uitgevoerd aan de hand van een bureaustudie, een gesprek met consumenten- en patiëntenorganisaties, een informatieverzoek onder alle zorgverzekeraars en interviews met de zorgverzekeraars. Het kwalitatieve onderzoek heeft grotendeels betrekking op het huidige gedrag van zorgverzekeraars. Waar nodig is ook naar de gedragingen uit eerdere jaren gekeken. Dit geldt in ieder geval voor de polissen met signalen voor risicoselectie. We hebben voor deze aanpak gekozen omdat we hebben willen toetsen in hoeverre zorgverzekeraars op dit moment risicoselectie toepassen. Daarvoor hebben we de signalen voor risicoselectie uit het kwantitatieve onderzoek over de jaren 2010-2013 als input gebruikt. Op het moment van de totstandkoming van dit rapport is er geen definitieve vereveningsinformatie over recentere jaren beschikbaar.

Bureaustudie en informatieverzoek
We zijn gestart met een uitgebreide bureaustudie. Deze studie heeft met name betrekking op het huidige gedrag van zorgverzekeraars. Daarbij zijn de websites van zorgverzekeraars geanalyseerd op 'sturend' gedrag en is gekeken naar de productstrategieën (labels). Met een informatieverzoek zijn gegevens en onderliggende documentatie opgevraagd over onder meer productontwikkelingsprocessen, distributie- en marketingbeleid en de grootste collectiviteiten. Daarnaast is gekeken naar sturende uitingen in de media en direct marketing, waaronder vergelijkingssites. Verder is een analyse uitgevoerd op bij de NZa binnengekomen signalen en klachten, en op de Uitvoeringsverslagen. Voor dit bureauonderzoek is een informatieverzoek onder alle zorgverzekeraars uitgezet. Alle zorgverzekeraars hebben hier constructief aan meegewerkt.
Daarnaast is gebruikgemaakt van andere relevante rapportages zoals de marktscans en het eerder door de NZa uitgevoerde onderzoek naar de naleving van de acceptatieplicht door zorgverzekeraars en volmachten. Vervolgens is per polis alle relevante informatie geïnventariseerd en in kaart gebracht.

Interviews
Mede op basis van de uitvoerige bureaustudie zijn interviews gehouden met alle zorgverzekeraars. In deze interviews konden de zorgverzekeraars reflecteren en hun visie geven op de bevindingen uit onze kwantitatieve analyses en onze waarnemingen uit de bureaustudie. Onderwerpen die in de interviews zijn besproken zijn, naast de onderwerpen waarover de informatie is opgevraagd onder andere: individuele bevindingen uit het kwantitatieve onderzoek, waarnemingen uit het bureau-onderzoek, productstrategie en de omgang met aanvullende verzekeringen. Verder zijn de interviews ingezet om verzekeraars hun visie te laten geven op risicoselectie: kan risicoselectie winstgevend zijn, komt het voor en hoe hiermee om te gaan? Het uitgebreide bureauonderzoek maakte het vervolgens mogelijk de antwoorden uit de interviews te toetsen aan de interne documenten en de observaties uit de praktijk.

Beperkingen

Het is inherent aan een onderzoek van deze complexiteit dat er een aantal beperkingen aan zit. Zo is het niet mogelijk om het kwalitatieve onderzoek te verbinden met kwantitatieve data uit hetzelfde jaar. Daarnaast is het lastig om te stellen of een actie doelbewust is of niet. Door data uit verschillende bronnen, kwantitatieve data, interne documenten en interviews, te combineren hebben wij getracht een zo accuraat mogelijk beeld van de werkelijkheid te schetsen.

Bevindingen
Dit rapport geeft onze bevindingen weer. In de eerste plaats schetsen we een algemeen beeld. Daarnaast is uit het onderzoek een aantal specifieke aandachtspunten naar voren gekomen. Ook deze worden nader onderzocht. In een enkel geval bleek er sprake van een overtreding van de Zvw. In die gevallen is de betreffende zorgverzekeraar daar individueel en in een apart traject op aangesproken.

1.4 Leeswijzer

Hoofdstuk twee geeft de observaties uit het kwalitatieve onderzoek weer. Op basis van deze observaties gaat hoofdstuk drie in op de duiding van de bevindingen uit het kwantitatieve onderzoek. Hier onderzoeken we of de polissen met signalen voor risicoselectie ook aan risicoselectie kunnen worden gekoppeld of dat er alternatieve verklaringen zijn. Hoofdstuk vier gaat in op de algemene bevindingen over risicoselectie in de praktijk. In dit hoofdstuk zijn de huidige ontwikkelingen rond risicoselectie en risicosolidariteit op de gehele zorgverzekeringsmarkt in kaart gebracht. Hierbij wordt ook een doorkijk gegeven van de risico's voor de (nabije) toekomst. Het rapport sluit af met de conclusies en aanbevelingen in hoofdstuk vijf.

2. Observaties kwalitatief onderzoek

In het onderzoek is een aantal mogelijkheden onderzocht die zorgverzekeraars hebben om op risico's te selecteren. Daarbij gaat het om:

- segmentatie van het polisaanbod;
- governance;
- premiestelling;
- aanbod aanvullende verzekeringen.

De bevindingen die op deze punten uit de interviews en de bureauanalyse naar voren komen worden in de onderstaande paragrafen toegelicht. Daarnaast zijn de zorgverzekeraars in de interviews gevraagd naar hun perceptie en bewustzijn met betrekking tot risicoselectie (paragraaf 2.6)

2.1 Segmentatie van het polisaanbod

Uit de interviews en informatieverzoeken blijkt dat het polisaanbod van zorgverzekeraars sterk gesegmenteerd is. Met name het onderscheid tussen de polissen die gericht zijn op overstappers en andere polissen komt duidelijk naar voren. Alle grotere concerns streven in meer of mindere mate naar een verzekerdenpopulatie die een representatieve afspiegeling van de gehele Nederlandse bevolking vormt. Een dergelijke populatie wordt aangeduid als "fair share". Om dit te realiseren bieden zorgverzekeraars verschillende polissen aan, gericht op specifieke doelgroepen in de segmenten waar de verzekeraars ondervertegenwoordigd zijn of dreigen te raken. Hierbij gaat het met name om polissen gericht op verzekerden die bereid zijn om over te stappen. Om deze aan te trekken worden polissen en communicatie specifiek op hen gericht.

Over het geheel genomen zien we dus een onderscheid tussen producten die aantrekkelijk zijn voor deze overstappers en de overige producten. Kenmerken van de polissen gericht op overstappers zijn:

- een relatief lage premiegrondslag, vaak verkocht zonder mogelijkheid tot collectiviteitskorting;
- verkocht via internet;
- relatief beperkte aanvullende verzekeringen;
- verhoudingsgewijs vaak beperkende voorwaarden.

De meeste overstappers zijn relatief jong en gezond. Deze jonge, gezonde verzekerden blijken niet alleen veranderingsbereid te zijn, maar ook winstgevend voor zorgverzekeringsconcerns. Door hun zeer lage zorgkosten hebben zij een relatief goed vereveningsresultaat. Vanwege de focus van zorgverzekeraars op deze groep wordt segmentatie van het verschil tussen de twee groepen polissen versterkt.

Aan de focus op deze groep liggen drie (mogelijke) redenen ten grondslag:

- Uit eerder onderzoek is gebleken dat een groot deel van de Nederlandse bevolking niet bereid is over te stappen[11]. Het is daarom voor zorgverzekeraars niet zinvol hun producten en hun marketing op die groepen verzekerden te richten.

[11] D. Duijmelinck MSc, Prof.dr. W. van de Ven, Dr. R. van Vliet, Dr. R. van Kleef, "Overstapgedrag en risicoselectie op de zorgverzekeringsmarkt" 2013, iBMG

- Verzekerden die gedreven door lage prijzen overstappen maken over het algemeen weinig zorgkosten. Zorgverzekeraars boeken hierop een goed vereveningsresultaat.
- Door de sterke concurrentie om verzekerden, op dat deel van de zorgverzekeringsmarkt waar verzekerden bereid zijn over te stappen, worden zorgverzekeraars geprikkeld om een scherp aanbod te doen aan verzekerden. Indien zij dit niet doen leidt dit tot verzekerdenverlies. De meeste zorgverzekeraars, met name de grote verzekeraars, willen graag een verzekerdenbestand houden dat een afspiegeling is van de samenleving.

In dit verband is een belangrijke stelling van de meeste zorgverzekeraars dat zij weliswaar winstgevende polissen voeren, maar dat zij daarnaast ook verliesgevende polissen hebben. Door actief ondervertegenwoordigde doelgroepen aan te trekken wil het gros van de zorgverzekeraars komen tot een afspiegeling van de Nederlandse bevolking. Dit is moeilijk te realiseren met slechts een enkele polis. Dit kan een verklaring vormen voor het bestaan van zowel winstgevende als verliesgevende polissen binnen een zorgverzekeringsconcern.

2.1.1 Positionering en marketing zorgverzekeringen

We zien dat in 2016 polissen worden aangeboden die, zonder zich expliciet te richten op doelgroepen, verzekerden met weinig verwachte zorgkosten aanspreken. Het gaat bijvoorbeeld om websites die een goedkope uitstraling hebben, door het gebruik van een eenvoudige structuur en effen kleuren, zonder animaties of foto's. In de aanvullende verzekeringen komen we bij sommige concerns productnamen tegen die een doelgroep aanspreken, bijvoorbeeld "Gezin".

Dit beeld voor 2016 wijkt sterk af van voorgaande jaren. Tot 2014 werden veel polissen explicieter op doelgroepen gericht zoals studenten, gezinnen en 50+'ers. Dit hebben wij ook vastgesteld in ons onderzoek naar de naleving van de acceptatieplicht door zorgverzekeraars dat wij in 2014 hebben gepubliceerd. We kunnen dus constateren dat de communicatie door zorgverzekeraars in de afgelopen jaren een stuk neutraler is geworden waar het doelgroepen aangaat.

We moeten in dit algemene beeld een helder onderscheid maken tussen marketing-uitingen van zorgverzekeraars zelf en die van hun distributiepartners (verkoopkanalen, collectiviteiten, volmachten, vergelijkingssites). De websites van zorgverzekeraars zelf zijn over het algemeen aspecifiek. Aspecifiek houdt in dat de websites op basis van de uitingen geen herkenbare doelgroep hebben en zich profileren met uitingen die in principe iedereen aanspreken. Bijvoorbeeld goede zorg. Distributiepartners hanteren regelmatig meer uitgesproken marketing-uitingen. Bijvoorbeeld door het bieden van specifieke kortingen/cadeaus, of het rechtstreeks appelleren aan bepaalde doelgroepen, of het beloven van een laagste prijs. Bovendien zorgt de wederverkoop van zorgverzekeringen door distributiepartners voor een verdere differentiatie van de zorgverzekeringsmarkt. Deze partijen hebben namelijk vaak een afzetmarkt met een ander klantenprofiel dan het hoofdlabel van de zorgverzekeraar zelf.

2.1.2 Meerdere labels binnen één concern

De meeste concerns werken met meer dan één risicodrager binnen de organisatie. Alle verzekeraars hanteren meerdere labels of merken en de meeste hebben meerdere modelovereenkomsten. Dat betekent niet in alle gevallen dat dit daadwerkelijk verschillende verzekeringen zijn.

Binnen de betreffende verzekeraar of concern worden de uiteindelijke beslissingen over het voeren van een product en de premievaststelling bijna altijd op centraal niveau genomen. De eerder genoemde segmentatie binnen concerns is in de meeste gevallen een combinatie van enerzijds een natuurlijk gegroeid bedrijfsmodel en anderzijds een bewuste centraal gekozen strategie. In paragraaf 4.8 gaan we verder in op dit fenomeen.

2.1.3 Kruissubsidiëring binnen concerns

Het kwantitatief onderzoek bevestigt een zekere mate van kruissubsidiëring[12] tussen winstgevende en verliesgevende polissen. Er bestaan verschillen in de vereveningsresultaten van specifieke polissen. Zorgverzekeraars zetten een deel van de resultaten op winstgevende polissen en/of hun reserves in om te zorgen dat de premies van verliesgevende polissen niet te veel hoeven stijgen. Gevolg is dat wij op concernniveau geen significant negatieve of positieve vereveningsresultaten zien op de totale populatie, en veel minder positieve resultaten op de instroom en uitstroom in vergelijking met de resultaten op polisniveau. Eén concern boekt met één van zijn polissen over de onderzochte periode een dusdanig positieve instroom (in aantallen en winstgevendheid) dat de totale instroom van alle polissen van het concern per saldo hierdoor opvallend winstgevend is.

2.1.4 Gebruik van distributiepartners

Het streven naar ‘fair share’, gecombineerd met de afhankelijkheid van de veranderingsbereidheid onder verzekerden, stimuleert het aanbieden van verschillende producten gericht op specifieke doelgroepen. Om die specifieke doelgroepen te benaderen maken zorgverzekeraars dikwijls gebruik van distributiepartners zoals intermediairs, volmachten en collectiviteiten.
Deze partijen worden in hun communicatie en marketing vaak niet of nauwelijks aangestuurd door de verantwoordelijke zorgverzekeraars. Zo is er een aantal polissen die via enkele grote collectiviteiten specifiek gericht worden op ambtenaren, werknemers in de zorg, vakbondsleden of oud-militairen en gezinsleden van militairen. Andere polissen hebben een minder uitgesproken profiel.
In tegenstelling tot voorgaande jaren richten zorgverzekeraars zich in 2016 met hun polissen nog nauwelijks op specifieke doelgroepen. Dit vertaalt zich ook door naar de distributiepartners. Daar neemt het richten op doelgroepen ook af, hoewel het nog vaker voorkomt dan bij zorgverzekeraars. Ook een specifieke intermediair die zijn communicatie in het verleden expliciet tot studenten en hoger opgeleiden richtte doet dit in 2016 niet meer.

2.2 Governance en aansturing

We hebben alle zorgverzekeringsconcerns gevraagd welke maatregelen zij nemen tegen risicoselectie. Alle zorgverzekeringsconcerns hebben aangegeven zelf niet aan risicoselectie te doen. Zorgverzekeraars geven aan dat zij mede om deze reden nieuwe producten niet (expliciet) toetsen op de gevolgen voor de risicosolidariteit.

Specifiek hebben we gevraagd naar de aansturing (de governance)van samenwerkingsrelaties met distributiepartners. De antwoorden op deze vraag varieerden enigszins. Sommigen gaven aan dat zij 100% controle eisten en hadden ten opzichte van hun distributiepartners. Bijvoorbeeld

[12] NZa, Kruissubsidie in de zorgverzekeringsmarkt. Visie en activiteiten NZa, Utrecht: NZa 2007, p. 4.

door in contracten af te dwingen dat distributiepartners al hun marketinguitingen voorleggen aan het centrale concern. Anderen ervaren minder direct aan het stuur te zitten, omdat zij niet volledig in staat zijn om hun partners te sturen. Bijvoorbeeld omdat andere partijen zeggenschap hebben over de aangeboden polissen. Dit speelt bijvoorbeeld bij een zorgverzekeraar die voor enkele zeer grote collectiviteiten een aantal aparte polissen aanbiedt. Deze collectiviteiten hebben zelf invloed op de samenstelling van de polis voor de basisverzekering (natura/restitutie polis, gecontracteerd aanbod) en in een enkel geval ook op de premiestelling. Daarnaast is er vaak invloed op de inhoud van de aanvullende pakketten. Governance van distributiepartners is voor de NZa een belangrijk aandachtspunt. Zonder een goede governance bestaat er een risico dat al dan niet opzettelijk via deze partners risicoselectie plaats vindt.

2.3 Premiestelling

We hebben bij alle zorgverzekeringsconcerns gevraagd naar de wijze waarop zij hun premies en producten vaststellen[13]. Het blijkt dat er *niet* per polis rekening wordt gehouden met het verwachte zorggebruik en/of vereveningsresultaat. Veel zorgverzekeraars berekenen op basis van de verwachte totale schadelast een zogeheten spilpremie voor het gehele concern. Deze spilpremie wordt grofweg bepaald door op concernniveau een premieberekening te maken van de verwachte vereveningsopbrengst, de bedrijfskosten en de wenselijke solvabiliteitspositie.

Op basis van de spilpremie worden per polis de premies bepaald. Bij de bepaling van de precieze prijzen per polis wordt ten eerste gekeken naar het specifieke product. Polissen met beperkende voorwaarden worden relatief goedkoper gemaakt, restitutiepolissen relatief duurder. Er is geen sprake van daadwerkelijke kostenberekeningen voor deze op- en afslagen op de spilpremie. Andere overwegingen die een rol spelen in de premiestelling zijn de inzet van vermogen, voldoende prijsonderscheid tussen verschillende labels binnen een concern en (veronderstelde) bedrijfskosten voor bijvoorbeeld verkoop via intermediairs (duurder), of verkoop via internet (goedkoper). De prijsstelling ten opzichte van concurrenten speelt ook een zeer belangrijke rol in de keuze voor een premie van een individuele polis.

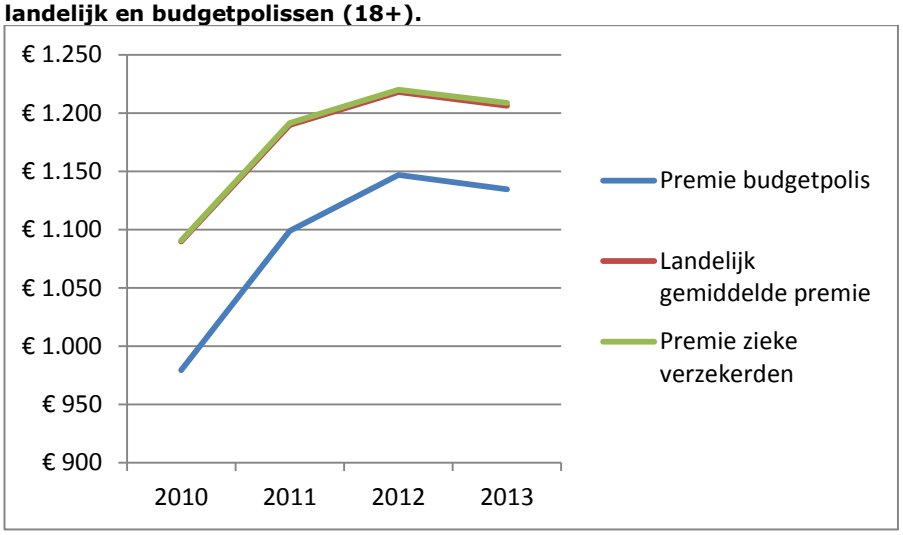
De verschillende overwegingen beschouwend is het voor concerns vooral belangrijk dat zij een goede en uitlegbare prijs per polis vragen. De verwachte kosten per individuele polis zijn geen issue, zo geven zij aan. Slechts één concern gaf aan een verwacht vereveningsresultaat per polis te berekenen. Maar ook in die situatie wordt dat resultaat niet één op één vertaald in de premie en wordt kruissubsidie toegepast tussen polissen met een hoger en een lager resultaat. Een aantal concerns geeft expliciet aan dat sturing op het verwachte vereveningsresultaat per polis ongewenst is omdat dat leidt tot risicoselectie.

We hebben bekeken in hoeverre er verschillen zitten in de ontwikkeling van de gemiddeld betaalde premie[14] voor ongezonde verzekerden[15] ten

[13] Daarvoor is gebruik gemaakt van ontvangen informatie van zorgverzekeraars over werkprocessen en strategie, welke is besproken tijdens de interviews.
[14] Betaalde premie definiëren we als de basispremie minus eventuele collectiviteitskorting en korting voor vrijwillig eigen risico. Daarnaast hebben we ook eventuele kosten die verzekerden in verband met een gekozen vrijwillig eigen risico moeten betalen, meegenomen.

opzichte van de landelijke verzekerde en de verzekerde met een polis met beperkende voorwaarden (budgetpolis). Hieruit blijkt dat de premieontwikkeling in de periode 2010-2013 voor ongezonde verzekerden nauwelijks afwijkt ten opzichte van de landelijke verzekerden. Wel zien we een toenemend verschil bij de polissen met beperkende voorwaarden. In de onderzochte periode is het aanbod van deze polissen sterk gegroeid. Het aantal verzekerden op deze polissen is daarbij jaarlijks verdubbeld. Hieronder is de premieontwikkeling in een grafiek opgenomen.

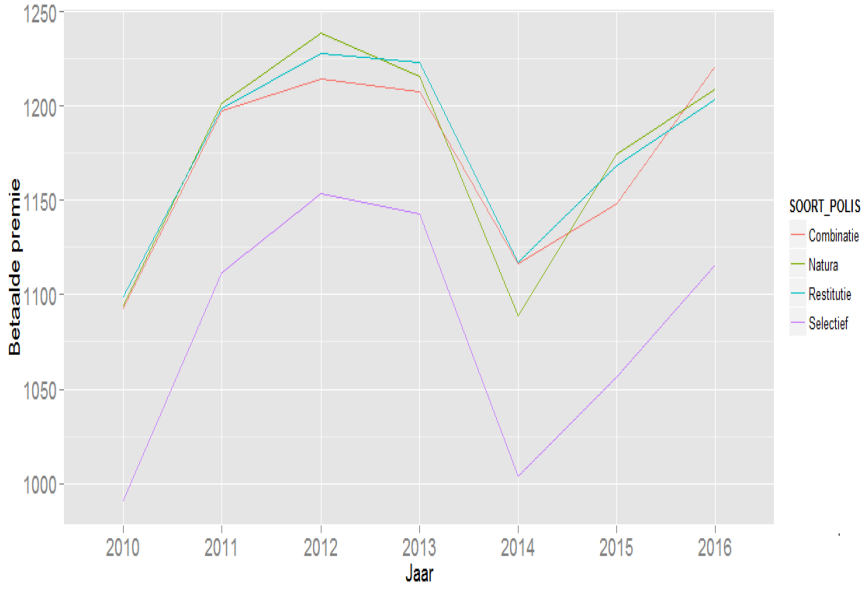
Grafiek 1: Ontwikkeling betaalde premie zieke verzekerden versus landelijk en budgetpolissen (18+).



Daarnaast is ook een grafiek opgenomen over de premieontwikkeling[16] van natura-, restitutie-, combinatiepolissen en polissen met beperkende voorwaarden in de periode 2010-2016. Daaruit blijkt dat het premieverschil tussen de polissen met beperkende voorwaarden en de overige polissen in 2013 is toegenomen en daarna ongeveer gelijk gebleven. Dit duidt op een grotere druk op de premie bij de eerstgenoemde polissen. Uit het kwantitatieve onderzoek is gebleken dat deze polissen een positief vereveningsresultaat hebben. Het is daarnaast ook denkbaar dat dit beeld wordt veroorzaakt door de grote concurrentiedruk omdat verzekeraars hun "fair share" willen behouden.

[15] We hebben ongezonde verzekerden gedefinieerd als een verzekerde die in het risicovereveningmodel in een somatische of ggz farmaciekostengroep, of somatische of ggz diagnosekostengroep of somatische meerjarige hoge kostengroep zijn ingedeeld.
[16] Hier definiëren we de betaalde premie anders dan in de vorige alinea. Betaalde premie is hier bepaald als de basispremie minus eventuele collectiviteitskortingen. Kortingen voor vrijwillig eigen risico en eventuele zorgkosten in verband met het gekozen vrijwillig eigen risico nemen we niet mee in deze berekeningen.

Grafiek 2: Premieontwikkeling soorten polissen 2010-2016



2.3.1 Premiestelling producten distributiepartners en collectiviteiten

Eerder noemden we al dat distributiepartners van zorgverzekeraars soms zelf (ogenschijnlijk) nieuwe polissen in de markt zetten, met een eigen marketing. In sommige gevallen hebben deze polissen ook een andere prijs, gebruik makend van de mogelijkheid tot korting voor collectiviteiten. Het is gebruikelijk dat (open) collectiviteiten via collectiviteitskorting een lagere prijs berekenen dan de oorspronkelijke polissen. In combinatie met specifiek doelgroepenbeleid kan dit ertoe leiden dat de solidariteit vermindert. De toegang tot deze polissen is voor verzekerden die niet tot de doelgroep behoren, dan minder aantrekkelijk, omdat zij meer betalen dan de leden van de collectiviteit. Op één voorbeeld na bieden zorgverzekeraars een gelijk alternatief in de vorm van een individuele zorgverzekering of via een andere collectiviteit.

2.4 Aanvullende verzekeringen

Aanvullende verzekeringen vallen buiten het bereik van de zorgverzekeringswet. Dit betekent dat de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie niet van toepassing zijn op de aanvullende verzekeringen. Dit betekent dat selectie en premiedifferentiatie op de aanvullende verzekering zijn toegestaan. Dit creëert voor zorgverzekeraars wel de mogelijkheid om de aanvullende verzekering in te zetten als middel om te selecteren voor de basisverzekering. Immers; 84% van de verzekerden sluit naast een basisverzekering, een aanvullende verzekering af.

Uit het onderzoek blijkt dat er in de praktijk aanvullende verzekeringen zijn die zich richten op doelgroepen. Denk hierbij aan doelgroepen zoals studenten, gezinnen of 55+-ers. Niet alle aanvullende verzekeringen worden aan alle doelgroepen verkocht. Wel zien we hier net als bij de basisverzekeringen een verschuiving in het marketingbeleid. De aanvullende verzekeringen worden in neutralere bewoordingen aangeboden aan doelgroepen dan enkele jaren terug. Zo zagen we tot 2014 ook integrale verzekeringspakketten. Dit zijn pakketten waarin de basisverzekering en de aanvullende verzekering als een totaalpakket

worden aangeboden. Inmiddels worden deze op één uitzondering na niet meer aangeboden[17].

De pakketten van aanvullende verzekeringen variëren vaak met de polis van een label. Zo hebben goedkopere (individueel verkochte) polissen vaak aanvullende verzekeringen met beperkte dekking voor fysiotherapie en buitenlanddekking. Opvallend is de combinatie met reisverzekeringen die sommige van deze goedkopere polissen/labels bieden. Dit aanbod is aantrekkelijk voor reislustige verzekerden. We veronderstellen dat dit verzekerden zijn die gezond zijn en relatief weinig kosten verwachten te maken. De overwegingen voor zorgverzekeraars om reis- of andere verzekeringen gecombineerd met zorgverzekeringen (in bemiddeling) aan te bieden zijn ter beheersing van de reikwijdte van het onderzoek niet concreet nagegaan. Ook zagen we bij individueel verkochte verzekeringen aanvullende verzekeringen die vergoedingen bieden voor bijvoorbeeld anticonceptie (anticonceptiepil, condooms). Ook dergelijke verzekeringen spreken vaak jongere verzekerden aan. De tegenhanger bestaat ook. Veel concerns bieden uitgebreidere aanvullende verzekeringen aan via andere labels. Het gaat dan meestal om de labels met meer generieke doelgroepen.

Kortom; in het aanbod van aanvullende verzekeringen is er sprake van segmentatie. Wij verwachten dat dat via de koppeling van de aanvullende verzekering en de basisverzekering ook invloed heeft op de keuze voor een basisverzekering. Hierdoor ontstaat er een onderscheid tussen polissen voor jonge, prijsgevoelige verzekerden en overige polissen met een meer generieke doelgroep.

Er bestaan nog steeds[18] belemmeringen om bij verschillende verzekeraars een aanvullende verzekering af te sluiten zonder een basisverzekering. Zo laat aanmelding via de website het vaak niet toe om afzonderlijk een aanvullende verzekering af te sluiten, of moet een toeslag betaald worden voor een 'losse' aanvullende verzekering. In 2015 nam slechts 0,19% van alle verzekerden een aanvullende verzekering bij een andere verzekeraar dan waar zij hun basisverzekering afnamen.

In de interviews geven zorgverzekeraars aan dat er geen vraag is naar het afzonderlijk afsluiten van een aanvullende verzekering en een basisverzekering. Naar de mening van verzekeraars zijn dergelijke constructies ook niet voordelig voor verzekerden, omdat niet helder is bij welke verzekeraar men vragen moet stellen of (sommige) nota's moet indienen. Een derde reden is dat het aanbieden van een aanvullende verzekering zonder basisverzekering ook administratief bewerkelijk is. Hierdoor worden aanvullende verzekeringen zonder basisverzekering daadwerkelijk duurder.

In de aanvullende verzekeringen ervaren zorgverzekeringsconcerns sterke zelfselectie-effecten door verzekerden. Voorbeelden zijn het vergoeden van bepaalde geneesmiddelen, waarna verzekerden die dit middel nodig hadden massaal deze verzekering afsloten. Hierdoor was de

[17] Zie ook: NZa: Martscan Zorgverzekeringsmarkt 2015

[18] NZa (2015), *Marktscan van de Zorgverzekeringsmarkt,* Utrecht: NZa, p. 54 Zie voor het verleden o.m.: R. Bes, A. Brabers, S. Wendel, M. Reitsma-van Rooijen, S. Bouwhuis en J. de Jong. Alleen wisselen voor de aanvullende zorgverzekering? Niet bij alle zorgverzekeraars mogelijk! Utrecht: NIVEL, 2012; en R. van Kleef, E. Schut & W. van de Ven (2014), *Acht jaar na invoering Zorgverzekeringswet: succes verzekerd?,* Rotterdam: iBMG.

premie niet meer kostendekkend. In een dergelijk geval wordt de premie verhoogd of wordt de specifieke dekking van een aanvullende verzekering beëindigd. We hebben geen voorbeelden gevonden van beperkingen in de aanvullende verzekeringen die wij konden koppelen aan sturing op basisverzekeringsresultaten.

In één geval hadden we een melding dat door een zorgverzekeraar een aanvullende verzekering voor vrouwen is beëindigd. Zowel in de basis- als in de aanvullende verzekering bleek deze combinatie zodanig verlieslatend dat voortzetting niet verantwoord was. Hier kan sprake zijn geweest van anti-selectief gedrag van de betreffende verzekerden. Er was tevens sprake van een verwacht negatief vereveningsresultaat. Feit is dat het aanbod aan aanvullende verzekeringen, mede vanwege de sturing op de resultaten van deze verzekeringen in de praktijk van grote invloed is op de keuzes die mensen maken voor een bepaalde basisverzekering. Eerder gaven we al aan een soortgelijke segmentering in de aanvullende verzekering te zien als in de basisverzekering.

Tot slot zagen we nog één voorbeeld waarbij de bedrijfsresultaten op de aanvullende verzekering van invloed kunnen zijn op het aanbod voor de basisverzekering. Dit voorbeeld had betrekking op collectiviteiten. Een aantal zorgverzekeraars heeft in de interviews aangegeven dat zij bij het afsluiten van een overeenkomst met een te werven collectiviteit het resultaat op de aanvullende verzekeringen bij de oorspronkelijke verzekeraar bekijken voordat zij de collectiviteit accepteren. Op basis daarvan wordt gekeken of de collectiviteit korting krijgt op de basisverzekering en/ of de aanvullende verzekering van de nieuwe zorgverzekeraar. Ook worden soms aanvullende verzekeringen zodanig aangepast dat zij niet verlieslatend zijn na verwerving van de nieuwe collectiviteit. Deze praktijk is toegestaan en bedrijfseconomisch logisch. Het kan wel tot gevolg hebben dat collectiviteiten met een verwacht hoog zorggebruik op de aanvullende verzekering als groep moeilijk een uitgebreide aanvullende verzekering kunnen krijgen. Zorgverzekeringsconcerns hebben aangegeven dit te erkennen, maar dat individuen die graag een uitgebreidere aanvullende verzekering willen, altijd buiten die collectiviteit een passende aanvullende verzekering kunnen zoeken.

Leeftijdsafhankelijke premies voor de aanvullende verzekeringen komen bij de helft van de zorgverzekeraars voor. De betreffende zorgverzekeraars geven aan dat deze wijze van premievaststelling bijdraagt aan de toegankelijkheid van aanvullende verzekeringen. Een voordeel van een leeftijdsafhankelijke premie is volgens hun dat het gevaar van averechtse selectie wordt beperkt. Omdat jongeren gemiddeld minder gebruik maken van een aanvullende verzekering, zou een aanvullende verzekering voor hen relatief duur zijn in vergelijking met hun verwachte kosten. Door gebruik te maken van leeftijdsafhankelijke premies nemen meer jongeren een aanvullende verzekering. Een nadeel dat de NZa ziet, is dat er via de koppeling aan de basisverzekering een selectie-effect ontstaat. Door de premie van de aanvullende verzekering te sterk leeftijdsafhankelijk te maken, is het afsluiten van verzekeringen voor oudere verzekerden minder interessant. In de praktijk blijken premies tussen de verschillende leeftijdscategorieën ook sterk te variëren. We hebben in het kader van dit onderzoek echter niet onderzocht in hoeverre deze premieverschillen ook gerechtvaardigd zijn vanwege kostenverschillen en of ze ook daadwerkelijk sturend werken.

Bij het toepassen van premieverschillen moet daarnaast ook gekeken worden naar de wijze waarop dit wordt gecommuniceerd. Het hanteren

van slechts één leeftijdsgrens kan wanneer daar prominent over wordt gecommuniceerd, meer sturend werken dan wanneer de zorgverzekeraar voor aanvullende verzekeringen meerdere leeftijd gerelateerde premiestaffels hanteert. Dit speelt mogelijk bij één zorgverzekeraar.

2.5 Bewustzijn risicoselectie

In de interviews is alle zorgverzekeringsconcerns gevraagd of er volgens hen voorbeelden zijn in de sector van wat volgens hun risicoselectie is. Veel concerns antwoordden bevestigend op deze vraag. De voorbeelden die genoemd werden gingen vooral om het actief en selectief werven van hoger opgeleiden en studenten. De voorbeelden waarin direct gericht wordt op hoger opgeleiden en studenten hadden betrekking op eerdere jaren. We hebben deze voorbeelden niet kunnen koppelen aan gedragingen in 2016. Wel herkennen we het beeld dat er in eerdere jaren polissen waren die zich richtten op hoger opgeleiden en/of studenten. Een mogelijke oorzaak hiervan is het feit dat in 2016 de risicoverevening ook corrigeert voor hoger opgeleiden en studenten.

Bijna alle zorgverzekeringsconcerns geven aan dat risicoselectie lonend kan zijn, op korte termijn. Ook geven zij aan dat ze risicoselectie onwenselijk vinden én een riskante en moeilijk uitvoerbare bedrijfsstrategie. Hiervoor geven zij meerdere redenen aan. Ten eerste merken verzekeraars op dat het aantrekken van verondersteld winstgevende verzekerden erg lastig is. Een belangrijke reden die verzekeraars hiervoor geven is dat marketing geen goed selectie-instrument is. Zelfs met hele gerichte acties kan het zijn dat andere mensen dan de doelgroep zich aangesproken voelen door bepaalde marketinguitingen. Bovendien is het moeilijk om zo'n actie goed te richten, zo geven zij aan. Welke marketinguitingen spreken exact mensen aan die positief uit de verevening komen?

Ten tweede zorgt, volgens de zorgverzekeraars, de risicoverevening ervoor dat risicoselectie een moeilijk uit te voeren strategie is. Het is moeilijk om op voorhand te bepalen welke mensen een positief vereveningsresultaat hebben. Daarbij verandert het risicovereveningssysteem elk jaar. Hierdoor kunnen bepaalde verzekerden in één jaar winstgevend zijn, maar het jaar daarop weer minder winstgevend zijn. Hierbij speelt mee dat zorgverzekeringsconcerns pas na enkele jaren weten hoe de verevening heeft uitgepakt over eerdere jaren.

Op basis van deze argumenten geven de zorgverzekeringsconcerns unaniem aan onvoldoende inzicht te hebben in de verwachte vereveningsresultaten en daarom dus niet aan risicoselectie te kunnen doen. Bij deze stelling plaatsen wij de kanttekening dat verzekerden die naar verwachting niet of nauwelijks kosten maken, ondanks de lage vereveningsbijdrage, nagenoeg altijd winstgevend zullen zijn.

Los van de technische argumenten omtrent de mogelijkheden om aan effectieve risicoselectie te doen, noemen verzekeraars ook twee andere argumenten om niet aan risicoselectie te doen. De eerste en meest genoemde is dat zorgverzekeraars het onwenselijk vinden om aan risicoselectie te doen, omdat solidariteit een uitgangspunt is van de Zorgverzekeringswet. Ten tweede noemen sommigen dat een zorgverzekeraar het zich qua reputatie niet kan permitteren om zich alleen te richten op gezonde verzekerden.

In de interviews hebben we gevraagd naar mogelijkheden om risicoselectie tegen te gaan. Verzekeraars noemen hiervoor voornamelijk twee maatregelen. Ten eerste en het meest nadrukkelijk het verbeteren

van de risicoverevening. In het risicovereveningssysteem worden nu nog bepaalde groepen verzekerden onvoldoende verevend. Dit leidt tot prikkels om bepaalde groepen wel te willen werven en andere niet. Specifiek wordt genoemd dat het nodig is om de compensatie van chronisch zieken te verbeteren.

Als andere maatregel noemen enkele concerns het afschaffen van het vrijwillig eigen risico als goede maatregel om de risicosolidariteit te vergroten. Het vrijwillig eigen risico is nu een manier voor verzekerden met weinig kosten, om minder premie te betalen.

3. Duiding en bevindingen kwantitatief onderzoek

3.1 Inleiding

De bevindingen uit het kwantitatieve onderzoek zijn in het kwalitatieve onderzoek nader geduid en verklaard. Door de bevindingen uit beide onderzoeken tegen elkaar af te zetten kan een oordeel worden gegeven over het al dan niet voorkomen van risicoselectie.

3.2 Bevindingen kwantitatief onderzoek

Uit het kwantitatieve onderzoek over de jaren 2010 tot en met 2013 kwam het volgende naar voren:

1. Bij 7 polissen zijn sterke aanwijzingen voor risicoselectie. Bij deze polissen zijn aanwijzingen voor een selectieve populatie (een populatie die gemiddeld gezien gunstige of juist minder gunstige gezondheidsrisico's heeft dan het landelijk gemiddelde) én een aanwijzing voor selectieve in- én uitstroom van verzekerden.
2. Bij 20 polissen bestaan beperkte aanwijzingen voor selectie. Hierbij lijkt niet de populatie maar wel de in- of uitstroom van verzekerden selectief te zijn.
3. Er is een statistisch aantoonbaar verband tussen de keuze voor het vrijwillig eigen risico en het vereveningsresultaat van de betreffende polis. Hoe hoger het vrijwillig eigen risico, hoe hoger het vereveningsresultaat van de polis.
4. Groepen verzekerden met een polis met beperkende voorwaarden hebben een hoger dan gemiddeld vereveningsresultaat.
5. Verzekerden die een aanvullende verzekering afsluiten hebben gemiddeld genomen een minder goed vereveningsresultaat.

Met het kwalitatieve onderzoek zijn deze bevindingen nader geduid. Hierbij hebben wij deze bevindingen over de jaren 2010 tot en met 2013 met name getoetst aan het huidige gedrag van zorgverzekeraars. Het is niet mogelijke en een-op-een koppeling te maken tussen het kwantitatieve en kwalitatieve onderzoek. Er is veel veranderd op de markt en in het vereveningssysteem sinds 2010-2013. Het gaat nadrukkelijk om de mechanismen uit de kwantitatieve data die hebben gediend als leidraad bij het onderzoeken van de huidige praktijk. Waar nodig en mogelijk hebben wij informatie uit eerdere jaren wel betrokken bij deze duiding. Hieronder gaan wij hierop in.

Ad 1. *Zeven polissen met sterke aanwijzingen voor risicoselectie*
Uit het kwalitatieve onderzoek blijkt dat de sterke aanwijzingen voor risicoselectie grotendeels zijn op te delen in drie categorieën:

- Polissen met een scherpe prijs, met name een concurrerende prijs bij het vrijwillig eigen risico ("polissen voor overstappers").
- Polissen met beperkende voorwaarden
- Polissen gekoppeld aan een collectiviteit.

In de eerste categorie vallen twee polissen. Deze polissen hebben bijvoorbeeld als kenmerk dat zij niet aangeboden worden met een collectiviteit. Er wordt dus geen collectiviteitskorting gegeven. Ook bevinden zij zich in 2013 in de top 10 van goedkoopste polissen, zowel met als zonder vrijwillig eigen risico. Uit het kwalitatieve onderzoek blijkt

dat dergelijke polissen zich - op dit moment – in de communicatie niet specifiek richten op herkenbare groepen verzekerden. Wel zijn deze polissen vanwege de premiekorting vanzelfsprekend aantrekkelijk voor prijsgevoelige verzekerden. In het kwalitatieve onderzoek bevestigen zorgverzekeringsconcerns dat prijsgevoelige verzekerden vaak relatief gezond zijn en een goed vereveningsresultaat meebrengen. Dit sluit aan bij de bevinding dat de keuze voor een vrijwillig eigen risico, eveneens aantrekkelijk voor relatief gezonde verzekerden, gepaard gaat met een positief vereveningsresultaat.

Bijna alle concerns bieden producten aan voor prijsgevoelige, mobiele verzekerden. Zorgverzekeraars hebben in de interviews aangegeven dat het aanbieden van deze producten noodzakelijk is voor de continuïteit van de zorgverzekeraar op lange termijn. Immers, als een zorgverzekeraar dat niet doet, stromen prijsgevoelige verzekerden uit. Dit zou volgens zorgverzekeraars een drietal gevolgen kunnen hebben. Ten eerste vermindert het marktaandeel en daarmee de inkoopmacht van de verzekeraar. Ten tweede komt de nagestreefde 'fair share' samenstelling van de verzekerdenpopulatie in gevaar. Ten derde verdwijnen juist de verzekerden met positief vereveningsresultaat. Dat betekent dat andere verzekerden waarschijnlijk meer premie moeten betalen. Dat zou vervolgens weer kunnen leiden tot het overstappen van prijsgevoelige verzekerden waardoor een vicieuze cirkel ontstaat. Alle concerns richten zich daarom in meer of mindere mate op prijsgevoelige, mobiele verzekerden.

Een ander kenmerk van polissen die vooral gezonde verzekerden aantrekken is selectief contracteren met aanbieders of andere beperkingen in de polisvoorwaarden opnemen[19]. Dit verklaart mede dat zich onder de zeven polissen met sterke aanwijzingen voor risicoselectie twee polissen met beperkende voorwaarden ('budgetpolissen") bevinden.

Voor één van de zeven polissen geldt dat deze voor bijna 100% wordt verkocht aan een collectiviteit. Het totale vereveningsresultaat over de gehele periode van het onderzoek is negatief. Ook wordt er een instroom gerealiseerd met een negatieve vereveningsbijdrage. Hierin zien wij geen risicoselectie door de zorgverzekeraar. Dit is een collectiviteit met een historisch gegroeide achterban. De zorgverzekeraar heeft geen invloed op de doelstelling en insteek van deze collectiviteit. Wel werft de zorgverzekeraar binnen de doelgroep voor deze polis.

De sterke aanwijzingen voor risicoselectie zijn voor vijf van de zeven polissen dus te verklaren uit de drie hierboven genoemde factoren; scherpe prijs, beperkende voorwaarden en koppeling aan een collectiviteit. We hebben hierbij geen doelbewuste risicoselectie door zorgverzekeraars kunnen vaststellen.

Voor twee polissen hebben we geen sluitende verklaring kunnen vinden waarom deze naar voren komt uit het kwantitatieve onderzoek. Waarschijnlijk is segmentatie in dit geval de oorzaak. Dat wil zeggen dat verzekerden met een relatief positief vereveningsresultaat zich op deze polis blijken te richten, omdat de andere polissen van het betreffende concern voor hen minder aantrekkelijk zijn. We hebben geen verzekerdenkenmerk kunnen vinden dat dit effect kan verklaren. Segmentatie lijkt ook in bredere zin de oorzaak voor de sterk wisselende vereveningsresultaten. Immers; als verzekerden die prijsgevoelig zijn

[19] Uit het onderzoek naar polissen met beperkende voorwaarden van juli 2015 is niet gebleken dat zorgverzekeraars onvoldoende zorg inkopen om aan de zorgplicht te kunnen voldoen. Dat budgetpolissen vooral aantrekkelijk zijn voor gezonde verzekerden is dus vooral een kwestie van preferentie.

zich concentreren op een bepaalde polis, betekent dat automatisch dat andere polissen minder winstgevende verzekerden herbergen.

Ad 2. *Twintig polissen met beperkte aanwijzingen voor risicoselectie*
Verder zijn er nog twintig polissen met beperkte signalen van selectie mechanismes waarbij aanwijzingen zijn voor een selectieve populatie, maar de in- of uitstroom van verzekerden wel selectief lijkt te zijn maar het oogmerk niet selectief lijkt te zijn. De minder sterke aanwijzingen voor risicoselectie bij twintig polissen zijn eveneens grotendeels te verklaren uit de hiervoor genoemde factoren. Ook hier hebben wij geen doelbewuste risicoselectie door zorgverzekeraars vastgesteld.

Segmentatie als verklaring speelt hier een grotere rol dan bij de zeven polissen met sterke aanwijzingen voor risicoselectie.
We zien bij vijf polissen dat deze een positieve uitstroom hebben en ze tegelijk de grootste, oudste polissen van de verzekeraar zijn. Ze hebben geen specifieke doelgroep. Vanuit deze polissen stromen de prijsgevoelige verzekerden met name uit naar andere laaggeprijsde 'overstap polissen'. De lichte aanwijzing bij een restitutie polis met een verliesgevende instroom kan eveneens verklaard worden uit segmentatie. Dit wil zeggen dat op deze polis bij de betreffende zorgverzekeraar de verzekerden met een relatief slecht vereveningsresultaat instromen.

We zien ook vier polissen met een positieve instroom die beperkende voorwaarden hanteren. Daarnaast zijn er vier polissen die geen beperkende voorwaarden hanteren, maar die wel een hoog percentage verzekerden met een hoog vrijwillig eigen risico hebben. Verder is er een polis met beperkende voorwaarden die een negatieve uitstroom heeft. Bij deze negen polissen gericht op overstappers, valt de lichte aanwijzing voor risicoselectie te verklaren vanuit de focus op verzekerden die vooral gericht zijn op een scherpe premie en een hoog eigen risico. Dit zijn over het algemeen jonge en gezonde verzekerden met een voor de verzekeraar gunstig vereveningsresultaat.

Er is één polis met een positieve instroom die slechts één grote collectiviteit heeft. Er was voor deze polis slechts één jaar een forse instroom van verzekerden. In de andere jaren was deze polis niet opvallend. Deze grote instroom kende een licht positief vereveningsresultaat. De zorgverzekeraar heeft dat jaar voor een aantal grote werkgevers het aanbod van verzekeringen gewijzigd. We hebben niet kunnen vaststellen of dit ook de oorzaak van de grote instroom is geweest. Ten slotte hebben wij bij vier polissen, waarbij één polis heel klein is, geen duidelijke verklaring kunnen vinden voor de selectieve in- of uitstroom.

Ad 3. *Relatie vrijwillig eigen risico en vereveningsresultaat*
Uit het kwantitatieve onderzoek bleek dat er een positieve relatie bestaat tussen het vrijwillig eigen risico en het vereveningsresultaat van de betreffende polis: hoe hoger het vrijwillig eigen risico, hoe hoger het vereveningsresultaat. Dit selectie-effect dat uitgaat van het vrijwillig eigen risico hebben we ook waargenomen in het kwalitatieve onderzoek. Bijna alle zorgverzekeraars herkennen het beeld dat het vrijwillig eigen risico gepaard gaat met een gemiddeld positief vereveningsresultaat. Het gaat hierbij niet om risicoselectie door zorgverzekeraars, maar om zelfselectie van verzekerden. Verzekerden maken immers zelf de keuze om aan de hand van de zorgkosten die zij verwachten een vrijwillig eigen risico te nemen. Het aantal verzekerden met een vrijwillig eigen risico is gestegen van 6,0% in 2011 tot 11,8% in 2015. In 2015 hebben ruim 1,5 miljoen mensen een vrijwillig eigen risico.

Ad 4. *Groepen verzekerden met een polis met beperkende voorwaarden hebben een hoger dan gemiddeld vereveningsresultaat*
In het kwalitatieve onderzoek wordt het beeld herkend dat polissen met beperkende voorwaarden een hoger dan gemiddeld, positief vereveningsresultaat hebben. De verklaring hiervoor is de scherpe prijs van deze polissen. Vanwege de lage prijs trekken deze polissen mobiele, prijsgevoelige verzekerden met een positief vereveningsresultaat. Deze verzekerden hebben geen moeite met een beperkt zorgaanbod omdat zij toch geen zorgkosten verwachten. Alhoewel een beperkt gecontracteerd zorgaanbod selecterend werkt hebben wij geen indicaties dat er hier sprake is van ongewenste sturing.

Ad 5. *Verzekerden die een aanvullende verzekering afsluiten hebben gemiddeld genomen een minder goed vereveningsresultaat*.
Uit het kwantitatieve onderzoek bleek dat verzekerden die een aanvullende verzekering nemen, gemiddeld genomen een minder goed vereveningsresultaat hebben. De verklaring hiervoor is dat mensen een (uitgebreidere) aanvullende verzekering afsluiten als zij zorgkosten verwachten. Een van de weinige uitzonderingen hierop is de aanvullende verzekering voor kosten van zorg in het buitenland. Mensen zullen een verzekering kiezen waarvan het pakket het type zorgkosten dekt dat zij verwachten. Hierdoor kunnen zorgverzekeraars via de pakketsamenstelling van hun aanvullende verzekeringen indirect 'sturen' op hun verzekerdenpopulatie voor de basisverzekering. De meeste mensen houden immers hun basisverzekering en aanvullende verzekering bij één en dezelfde verzekeraar aan. Door bijvoorbeeld de dekking van de aanvullende verzekering oninteressant te maken voor mensen met bepaalde typen hoge kosten in de basisverzekering, zouden zij deze groepen kunnen weren.
Op één casus na hebben wij echter geen signalen dat dit in de praktijk gebeurt. In dat concrete geval was er een klacht dat er geen goede aanvullende verzekering voor GGZ-patiënten wordt aangeboden. Los van het feit dat deze indirecte sturing via de aanvullende verzekering in de praktijk nauwelijks voorkomt, is dit wettelijk niet verboden omdat voor de aanvullende verzekering geen acceptatieplicht en verbod op premiedifferentiatie gelden.

Zorgverzekeraars sturen wel op de winstgevendheid van de aanvullende verzekeringen, via aanpassingen in de premies of de dekking van het pakket. Denk bij dit laatste bijvoorbeeld aan een beperking van het maximaal aantal fysiotherapiezittingen dat wordt vergoed. Dit is bedrijfseconomisch gezien begrijpelijk en ook toegestaan omdat de aanvullende verzekering buiten de reikwijdte van de Zorgverzekeringswet valt.

Collectiviteiten
Mogelijke selectie effecten die uitgaan van collectiviteiten komen *niet* uit het kwantitatieve onderzoek naar voren. In het kwalitatieve onderzoek hebben wij echter vastgesteld dat collectiviteiten wel zouden kunnen bijdragen aan selectie-effecten. Dit kan doordat voor collectiviteiten geen acceptatieplicht geldt, door zelfselectie van verzekerden, of door sturing van verzekeraars. We hebben deze bevinding niet kunnen valideren met behulp van data uit het kwantitatieve onderzoek. De voornaamste reden hiervoor is dat in onze data alleen bekend is of een (geanonimiseerde) verzekerde, verzekerd is bij *een* collectiviteit, maar niet bij welke collectiviteit. Hierdoor kunnen we geen vereveningsresultaten per collectiviteit berekenen. Wel zien we bij één van de zeven polissen met de sterkste kenmerken van risicoselectie, dat deze polis sterk gekoppeld is aan één collectiviteit. Nagenoeg de gehele populatie maakt deel uit

van deze collectiviteit. Opvallend hierbij is dan weer dat dit historisch is bepaald en dat verder geen onwenselijk gedrag is waargenomen.

3.3 Conclusies

Bij de onderzochte polissen hebben wij geen doelbewuste risicoselectie door zorgverzekeraars kunnen vaststellen. Wel zien we een duidelijke focus op overstappers. Dit zijn meestal jonge en gezonde verzekerden. De aanwijzingen voor risicoselectie zijn grotendeels te verklaren uit de scherpe prijs, beperkende voorwaarden en koppeling aan een collectiviteit, en niet op voorhand aan verboden of (zeer) ongewenste gedragingen van zorgverzekeraars.

De relatief hoge positieve vereveningsresultaten bij polissen met een hoog vrijwillig eigen risico en bij polissen met beperkende voorwaarden zijn met name toe te schrijven aan zelfselectie van verzekerden.

Op één casus na zijn er geen signalen dat zorgverzekeraars via de samenstelling van de aanvullende verzekering indirect sturen op de verzekerdenpopulatie voor de basisverzekering. De betreffende zorgverzekeraar is hierop aangesproken.

4. Verkenning van mogelijkheden voor risicoselectie in de toekomst

4.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk zijn de kwantitatieve bevindingen geduid met behulp van de uitkomsten van ons bureauonderzoek en de gevoerde gesprekken. De zeven polissen met sterke indicaties voor risicoselectie bleken niet zozeer het gevolg van directe risicoselectie door zorgverzekeraars, maar het resultaat van een samenspel van actoren en factoren. Het systeem creëert bepaalde prikkels en biedt bepaalde mogelijkheden voor risicoselectie. In dit hoofdstuk gaan we dieper in op deze prikkels en mogelijkheden en wat die voor de toekomst kunnen betekenen. We zagen al dat de huidige praktijk wordt gekenmerkt door risicosolidariteit. Dit hoofdstuk zal echter illustreren dat de bestaande prikkels en mogelijkheden een risico voor de toekomst kunnen vormen.

4.2 Risicovereveningssysteem

Een (zorg)verzekeraar die voor individuele verzekerden zijn premie niet afhankelijk mag stellen van het schaderisico kan op een vrije markt nauwelijks overleven. Daarom staat tegenover het verbod op premiedifferentiatie en de acceptatieplicht het risicovereveningsmodel. Dit model heeft naast het creëren van een gelijk speelveld en doelmatigheid als doel om de compenseren voor voorspelbare winst-/verliesgevende verzekerden.

Dit model doet wat zorgverzekeraars niet mogen bij het vaststellen van hun premie; kijken naar de kenmerken van de individuele verzekerden en de te verwachten kosten. De zorgverzekeraars krijgen op basis van hun verzekerdenbestand, per individu, een bedrag toegekend dat hen moet compenseren voor de (verwachte) schade die de verzekerden zullen maken. Dit bedrag wordt ex-ante bepaald en wordt niet gecorrigeerd voor de daadwerkelijke schade. Voor sommige kosten bestaat ook nog een ex-post compensatie. In dergelijke gevallen worden zorgverzekeraars naderhand gecompenseerd voor daadwerkelijk gemaakte kosten.

Het vereveningsmodel is zo opgesteld dat er per verzekerde een bedrag wordt toegekend op basis van de vereveningskenmerken. Sommige verzekerden leveren dus meer op uit de vereveningsbijdrage dan anderen. Hun kenmerken hangen gemiddeld samen met hogere zorgkosten. Maar omdat er met gemiddelden wordt gewerkt, krijgt men voor sommige categorieën verzekerden meer vergoed dan ze kosten en voor anderen juist minder. Uit onderzoek bleek bijvoorbeeld dat verzekerden die in 2014 geen zorgkosten maakten, significant werden overgecompenseerd.[20]

Wanneer een verzekeraar een klantenbestand opbouwt van mensen die door hun verzekerdenkenmerken een voorspelbaar hoge vereveningsbijdrage genereren maar feitelijk weinig kosten maken, kan er extra winst gemaakt worden. Een historisch voorbeeld hiervan is de

[20] R. van Kleef, E. Schut & W. van de Ven (2014), *Acht jaar na invoering Zorgverzekeringswet: succes verzekerd?,* Rotterdam: iBMG, p. 47.

student. Voor studenten ontvingen verzekeraars in het verleden een relatief hoge vereveningsbijdrage omdat ze vaak in postcodegebieden wonen met een lage sociaaleconomische status. Dit terwijl studenten in werkelijkheid vaak weinig kosten maakten. Inmiddels is het vereveningsmodel hierop aangepast door een vereveningskenmerk 'student' toe te voegen. Dat zo een aanpassing in het vereveningsmodel gevolgen heeft, blijkt uit het feit dat er sindsdien minder marketing op studenten wordt gericht.

Ook het huidige risicovereveningssysteem is echter niet perfect. Wanneer deze imperfecties voor de zorgverzekeraar voorspelbaar zijn, is er een financiële prikkel om te sturen op kenmerken van verzekerden. De vraag is echter hoe voorspelbaar de imperfecties in het risicovereveningsmodel zijn. En daarnaast: het risicovereveningsmodel is dynamisch. Dit wil zeggen dat het model jaarlijks wordt aangepast. Een groep die het ene jaar overgecompenseerd wordt kan daardoor een jaar later juist negatief uit de verevening komen.

In dit kader hebben in de afgelopen jaren een aantal belangrijke wijzigingen in de risicoverevening plaatsgevonden die de prikkels om op risico's te selecteren verminderen[21]. Zo is in 2016 een eerste stap ingevoerd om zorgverzekeraars meer te prikkelen zich te richten op chronisch zieken. Inmiddels zijn 200.000 chronisch zieken geïdentificeerd. In de komende jaren zal dit nog verder worden uitgewerkt. Een andere belangrijke wijziging betreft de herverdeling van gezond naar ongezond. Dit bedraagt in 2017 38% van de totale zorgkosten. In 2006 was dit 26%.

Tegelijkertijd moeten we wel oog hebben voor de prikkels die er wel degelijk zijn. En prikkels voor risicoselectie zullen er altijd zijn. Een *perfect* risicovereveningsmodel is niet haalbaar. Een *goed* vereveningsmodel reduceert de prikkels voor risicoselectie aanzienlijk, maar er zullen altijd groepen verzekerden zijn die lagere dan wel hogere kosten hebben dan geraamd. Wanneer deze kosten voorspelbaar zijn en verzekerden ook nog eens op grond van verzekerdenkenmerken af te bakenen zijn is risicoselectie financieel lonend. Voor zorgverzekeraars, en als zij (een deel van) hun winst doorgeven aan hun verzekerden, ook voor deze verzekerden. Het risicovereveningsmodel moet dus zoveel mogelijk voorkomen dat er sprake is van voorspelbaar winstgevende (en verliesgevende) populaties. Daartoe dient het model structureel te worden onderhouden.

Veel zal echter blijven afhangen van hoe er met de bestaande prikkels voor risicoselectie wordt omgegaan. Het zorgstelsel biedt mogelijkheden voor zorgverzekeraars om winstgevende verzekerden aan te trekken en verlieslatende verzekerden te weren en/of af te stoten. Voor verzekerden zijn er mogelijkheden om een voor hun situatie passende polis te kiezen, die zelfselectie in de hand werken.

[21] Zie voor de aanpassingen in het vereveningssysteem in 2016 Kst-29689-644 en voor 2017 Kst-29689-725. In 2016 zijn de parameters FKG, DKG, aard van inkomen en sociaal economische status aangepast, Daarnaast zijn compensaties op basis van het voorgaande jaar opgenomen voor fysiotherapie, wijkverpleging, geriatrische revalidatiezorg en de intramurale Voor 2017 zijn een groot aantal bestaande kenmerken verfijnd en aangepast. Daarnaast wordt een nieuw kenmerk 'personen per adres' voor de somatische zorg en 'zorgzwaarte' in de ggz ingevoerd.

4.3 Prudente concerns

Door de zorgverzekeringsconcerns wordt een solidaire markt gerealiseerd, ondanks prikkels en mogelijkheden voor risicoselectie in het stelsel. Er zijn op concernniveau geen aanzienlijke negatieve of positieve vereveningsresultaten op de totale populatie. Op één uitzondering na zijn er ook niet op de instroom en uitstroom aanzienlijke resultaten.

Binnen concerns is er sprake van kruissubsidiëring tussen winstgevende en verlieslatende polissen. Kruissubsidiëring houdt in dat de prijs van het ene product gefinancierd wordt door de opbrengsten van het andere product. In de huidige praktijk mitigeren de meeste zorgverzekeraars ongewenste effecten van de bestaande prikkels en mogelijkheden door de winst die met bepaalde polissen wordt geboekt te gebruiken om ook verlieslatende polissen te kunnen (blijven) aanbieden. Uit de interviews volgt dat deze kruissubsidiëring voortkomt uit de wens van met name de grotere zorgverzekeringsconcerns om hun verzekerdenbestand een representatieve afspiegeling van de Nederlandse bevolking te laten zijn.

Aan deze wens ligt volgens de zorgverzekeraars een solidariteitsgedachte ten grondslag. Ook speelt volgens de zorgverzekeraars mee dat een *fair-share*-verzekerdenbestand minder kwetsbaar is voor veranderingen in het vereveningsmodel. Met een verzekerdenbestand dat een representatieve afspiegeling van de Nederlandse bevolking vormt, kunnen veranderingen in het vereveningsmodel en in de schadelast worden uitgemiddeld. Bij kleine zorgverzekeraars zien wij deze wens niet terug omdat zij vanwege hun beperktere verzekerdenbestand en hun vaak regionale populatie nauwelijks in staat zijn een fair share van de markt te bereiken[22].

4.4 Risico's voor de toekomst

Kruissubsidiëring tussen winstgevende en verlieslatende polissen is iets wat op concernniveau gebeurt. De vraag is hoe toekomstbestendig dit is.

Door de afbouw van de ex-post-verevening is het belang van de ex-ante-verevening toegenomen. Dit zal in de toekomst verder toenemen naar gelang de ex-post compensaties voor verpleging en verzorging en de GGZ komen te vervallen. Daardoor zullen ook de gevolgen van afwijkende vereveningsresultaten in de toekomst groter zijn en daarmee worden de prikkels voor zorgverzekeraars om te sturen op schadelast en vereveningsresultaten sterker. Dit brengt risico's met zich mee voor de toekomst.

In de interviews vroegen alle zorgverzekeringsconcerns om een betere vereveningscompensatie. Met het oog op voorgaande risico's en het breed gedragen streven naar risicosolidariteit is dit een logisch verzoek. Het is echter de vraag in hoeverre de vereveningscompensatie nog afdoende kan worden verbeterd. Relatief kleine verbeteringen in de

[22] Kleinere verzekeraars zijn gevoeliger voor ontwikkelingen in het vereveningsmodel. Dit zien we ook terug in de kwantitatieve resultaten op concernniveau. Zo scoren de grootste vier concerns een vereveningsresultaat in een range van -€10 tot + €10 per verzekerde. Bij de kleinere concerns is er, op één na, over de gehele periode sprake van een grotere bandbreedte. Ook over de jaren heen zijn de verschillen in resultaten bij de kleinere concerns groter.

verklaarkracht[23] zullen waarschijnlijk niet voldoende bijdragen aan het tegengaan van prikkels tot risicoselectie[24].

Bij de invoering van de Zvw is bepaald dat de reserves opvraagbaar werden als de voormalige ziekenfondsen hun statuten zouden wijzigen (in winstoogmerk) binnen 10 jaar na de invoering van de Zvw. Die termijn is door de Minister nu verlengd met 2 jaar (2018). Daarna kunnen verzekeraars dus zonder het risico op verlies van een deel van hun reserve de statuten wijzigen en eventueel winst gaan uitkeren. Uitkeren van de reserves/winstuitkering heeft invloed op de solvabiliteit, maar biedt ook meer mogelijkheden om kapitaal aan te trekken. Het wordt daardoor mogelijk interessanter voor zorgverzekeraars om winst uit te kunnen keren. Op dit moment hebben de meeste zorgverzekeraars echter een rechtsvorm waarbij dit niet mogelijk is. Er bestaat een kans dat dit in de komende jaren verandert. Deze mogelijkheid om winst te kunnen maken is een erg belangrijke doelmatigheidsprikkel voor het stelsel, aan de andere kant kan dit wel leiden tot een toenemende concurrentiedruk op zorgverzekeraars.

Ons kwantitatieve onderzoek legde verschillen in vereveningsresultaten per polis bloot. Als dat in de toekomst zo blijft, terwijl de risico's voor verzekeraars toenemen, kan de vraag opkomen in hoeverre de huidige praktijk in stand kan worden gehouden. Het is denkbaar dat op termijn door zorgverzekeraars toch ingespeeld wordt op voorspelbaar en structureel verlieslatende polissen. Niet ingrijpen kan immers een risico vormen voor de concurrentiepositie van een zorgverzekeraar. Daarnaast moet een zorgverzekeraar met ingang van 2016 ook aan kapitaaleisen kunnen voldoen in het kader van Solvency II. Onder Solvency II zijn de kapitaal-eisen toegenomen ten opzichte van Solvency I. Hierdoor kan het dus zijn dat een zorgverzekeraar nu sneller moet ingrijpen op verlieslatende polissen.

Kortom, de prikkels en mogelijkheden die inherent zijn aan het huidige zorgverzekeringsstelsel creëren risico's voor de toekomst. Vanwege het toenemende risico op selectie-effecten gaan we in dit vierde hoofdstuk dieper in op de mogelijkheden die het huidige stelsel biedt om op winstgevende verzekerden te selecteren. Deze mogelijkheden zetten we af tegen de praktijk die we in deze studie hebben onderzocht.

4.5 Samenspel van (f)actoren

Hoe zou 'succesvol' aan risicoselectie kunnen worden gedaan? In de eerste plaats hangt dit af van het tijdelijke karakter van de verdeling in winstgevende en verlieslatende groepen verzekerden. Wanneer groepen slechts kort winstgevend zijn omdat het vereveningsmodel wordt aangepast, heeft het weinig zin om te sturen op dergelijke verzekerden. Hetzelfde geldt uiteraard voor verlieslatende verzekerden. Pas wanneer bepaalde groepen structureel winstgevend dan wel verlieslatend zijn wordt sturing financieel aantrekkelijk. Voor zorgverzekeraars is het dan lonend om structureel winstgevende verzekerden aan te trekken en structureel verlieslatende verzekerden te weren en af te stoten.

[23] Met de verklaarkracht geeft men bij statistisch onderzoek aan in hoeverre de factoren die meegenomen zijn in een model, alle variatie kunnen verklaren. Bij het risicovereveningsmodel betekent dit dat men ex ante, dus vooraf, risico's meeneemt die goede voorspellers blijken te zijn van de werkelijke situatie.
[24] CPB. "Risicoverevening in de zorgverzekeringswet: nieuwe uitdagingen voor de toekomst", 15 februari 2016, Den Haag p7.

Een aantal uitgangspunten is hierbij van belang. Allereerst dat overstappers winstgevend zijn. Andere verzekerden zijn dit ook, maar de concurrentie richt zich met name op de overstappers. Een tweede belangrijk uitgangspunt is dat uit ons onderzoek naar risicoselectie naar voren komt dat verzekerden in het algemeen in staat blijken hun eigen zorgrisico's in te schatten. Dit blijkt onder andere uit het feit dat verzekerden met een vrijwillig eigen risico tot positieve vereveningsresultaten leiden. Een positief resultaat voor die verzekerden bestaat uit twee elementen: Een hoger deel van de kosten komt voor eigen rekening en ze hebben wellicht lagere zorgkosten. Maar ook met gemiddelde zorgkosten zouden ze door het hogere vrijwillig eigen risico nog steeds voordeliger zijn.
Overigens, is het zo dat de premiekorting die verstrekt wordt op basis van het vrijwillig eigen risico bij de verschillende verzekeraars binnen een bepaalde bandbreedte blijft. De kortingen zijn ook altijd kleiner dan het bedrag dat de verzekerde voor eigen rekening neemt. Er zijn ten tijde van het onderzoek dus geen verschillen of opvallende kortingen geconstateerd die nader onderzoek hiernaar noodzakelijk maken.
Deze uitgangspunten zijn van belang omdat ze illustreren dat succesvol selecteren op winstgevende verzekerden vaak een resultaat zal zijn van een combinatie van bewuste en onbewuste acties van zorgverzekeraars én verzekerden (zelfselectie). Willen zorgverzekeraars daadwerkelijk winstgevende verzekerden aantrekken en verlieslatende verzekerden weren en/of afstoten, dan zullen de verzekerden op een door de zorgverzekeraar ingeschatte en bedoelde wijze moeten reageren op de *incentives* van de verzekeraar. Beide partijen hebben elkaar in dit geval als het ware nodig. Zonder zelfselectie door de verzekerden zullen veel pogingen tot risicoselectie van de zorgverzekeraars geen doel treffen. En omgekeerd geldt dat zelfselectie alleen mogelijk is wanneer zorgverzekeraars daartoe mogelijkheden bieden door bijvoorbeeld bepaalde polissen aan te bieden.

4.6 Eenzijdige risicoselectie

Toch hoeft risicoselectie niet altijd een gevolg te zijn van een samenspel van risicoselectie door de zorgverzekeraar en zelfselectie door de verzekerde. Eenzijdige risicoselectie is ook mogelijk. Bij eenzijdige risicoselectie kan één partij zonder 'medewerking' van een andere partij risicoselectie realiseren. Wat betreft eenzijdige risicoselectie door de zorgverzekeraar gaat het vooral om het weren of afstoten van verlieslatende verzekerden. Voor het aantrekken van winstgevende verzekerden is altijd medewerking van de verzekerden nodig.

4.6.1 Beëindigen verlieslatende polissen

Een eerste mogelijkheid voor eenzijdige risicoselectie door de zorgverzekeraar is het beëindigen van verlieslatende polissen. Als dit betekent dat de verzekerden wier polis wordt beëindigd, naar een andere zorgverzekeraar overstappen, kan dit voor de 'oude' verzekeraar lucratief zijn. Verlieslatende verzekerden worden dan niet zozeer geweerd, maar afgestoten.

In de praktijk nemen we deze handelswijze echter niet waar. Op een enkele uitzondering na werden verlieslatende polissen de laatste jaren niet beëindigd. Althans, niet significant vaker dan niet-verlieslatende polissen. Wanneer een verlieslatende polis werd beëindigd, was daar een overtuigende reden voor, anders dan het vereveningsresultaat. Zo gaf één zorgverzekeraar te kennen weliswaar twee verlieslatende polissen te hebben beëindigd, maar vervolgens alles (aantoonbaar) in het werk te

hebben gesteld om de verzekerden van de beëindigde polis binnen het eigen concern een aantrekkelijk alternatief te kunnen aanbieden. Hierdoor verslechterden de vereveningsresultaten van een andere polis binnen hetzelfde concern. Kortom, het beëindigen van verlieslatende polissen om een beter vereveningsresultaat te kunnen halen – alhoewel bedrijfseconomisch goed verklaarbaar – wordt in de praktijk nauwelijks toegepast.

Wel zien we dat verlieslatende polissen als het ware 'inactief' worden gemaakt. Dergelijke polissen worden niet langer actief aan nieuwe verzekerden aangeboden. Op die manier worden verlieslatende verzekerden niet zozeer afgestoten, maar wordt extra aanwas van deze verzekerden wel (sterk) geremd. Bijkomend voordeel voor de zorgverzekeraars is dat het inactief maken van een verlieslatende polis met weinig extra kosten gepaard gaat.

Overigens zou het verhogen van de prijs van verliesgevende polissen ook een methode kunnen zijn om aan risicoselectie te doen. Dit is ongewenst als dat betekent dat verlieslatende verzekerden hierdoor een hogere premie gaan betalen. Dit hebben we op een enkele uitzondering na niet waargenomen. Hierbij was geen sprake van risicoselectie. Waarschijnlijk komt dit niet voor omdat verzekerden na een premiestijging kunnen overstappen. Daardoor is dit instrument voor een zorgverzekeraar niet interessant.

4.6.2 Acceptatievoorwaarden aanvullende verzekering

Een tweede mogelijkheid voor eenzijdige risicoselectie door de zorgverzekeraar ligt besloten in de koppeling tussen de basisverzekering en de aanvullende verzekering. Vierentachtig procent van de verzekerden kiest voor een aanvullende verzekering en vrijwel alle verzekerden sluiten de aanvullende verzekering en basisverzekering af bij dezelfde zorgverzekeraar[25]. Dit maakt het mogelijk om via de aanvullende verzekering te sturen op de basisverzekering. Immers, door de aanvullende verzekering aantrekkelijk te maken voor winstgevende verzekerden of juist minder aantrekkelijk voor verlieslatende verzekerden, kan ervoor worden gezorgd dat deze verzekerden bij dezelfde verzekeraar ook, dan wel juist niet, een basisverzekering afsluiten. De minst subtiele wijze waarop dit kan worden gerealiseerd, is door acceptatievoorwaarden voor de aanvullende verzekering te hanteren. Voor de aanvullende verzekering geldt geen acceptatieplicht. Door acceptatievoorwaarden te hanteren kan een aanvullende verzekering kostendekkend blijven. Een ander gevolg is wel dat verlieslatende verzekerden kunnen worden geweerd.

De angst van verzekerden dat een nieuwe zorgverzekeraar hen niet accepteert voor een bepaalde aanvullende verzekering is een belangrijke reden waarom veel verzekerden niet overstappen. In hun actieplan *Kern-gezond* (2015) hebben ZN-leden aangekondigd deze drempel te zullen wegnemen. Ter verwezenlijking hiervan geven deze zorgverzekeraars aan in toenemende mate te zullen streven naar een ruim aanbod van aanvullende verzekeringen met een brede dekking en zonder toelatingseisen.

[25] NZa. *Markscan van de Zorgverzekeringsmarkt 2015.* Utrecht: NZa 2015

Uit onderzoek van de NZa[26] blijkt dat het aantal aanvullende verzekeringen waarvoor acceptatievoorwaarden gelden de laatste jaren al is afgenomen. In 2015 hanteerden zorgverzekeraars bij nog maar 4% van de aanvullende verzekeringen een acceptatiebeleid. In 2012 ging het nog om 42% van de aanvullende verzekeringen. Het instrument van de acceptatievoorwaarden voor de aanvullende verzekering wordt dus nauwelijks meer gebruikt. Ondanks het feit dat er nauwelijks nog sprake is van een acceptatiebeleid blijft de hardnekkige perceptie bij veel verzekerden bestaan dat zij niet worden geaccepteerd voor een nieuwe zorgverzekering.

In één geval hebben wij als alternatief voor acceptatiebeleid op de aanvullende verzekering gezien, dat de zorgverzekeraar de aanvullende verzekering koppelt aan de deelname aan een bepaalde collectiviteit. Indien de aspirant-verzekerde niet in aanmerking komt voor een bepaalde collectiviteit kan de aspirant-verzekerde ook de aanvullende verzekering niet afsluiten. Hierdoor is de kale basisverzekering voor veel aspirant-verzekerden niet meer interessant.

4.7 Meerzijdige risicoselectie

Mocht risicoselectie een doel zijn, dan vergt het gros van de mogelijkheden hiertoe inspanningen van zowel de zorgverzekeraar als de verzekerde. We spreken in dit verband van meerzijdige risicoselectie. Meerzijdige risicoselectie kan via verschillende instrumenten worden vormgegeven. Zonder uitputtend te zijn, bespreken we hieronder de voornaamste mogelijkheden die wij in ons onderzoek hebben geïdentificeerd.

4.7.1 Koppelverkoop basisverzekering – aanvullende verzekering

Voor de basisverzekering en de aanvullende verzekering gelden verschillende wettelijke regimes. Zorgverzekeraars zijn voor wat betreft de basisverzekering gebonden aan de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie. Verzekerden zijn verplicht om een basisverzekering af te sluiten. Dit is anders voor wat betreft de aanvullende verzekering. Zowel de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie, als de verzekeringsplicht gelden hiervoor niet.

Hiervoor bespraken we in dit verband het gebruik van acceptatievoorwaarden, waardoor verlieslatende verzekerden kunnen worden geweerd. Er zijn ook andere manieren om verlieslatende verzekerden te weren. Hiervoor is wel een samenspel met zelfselectie door de verzekerde nodig.

Los van het gebruik van acceptatievoorwaarden, kan de aanvullende verzekering ook minder aantrekkelijk worden gemaakt voor bepaalde groepen verlieslatende verzekerden. Een uitgeklede aanvullende verzekering zal bijvoorbeeld weinig chronisch zieken en ouderen aantrekken. Omgekeerd is een uitgebreide en dus dure aanvullende verzekering nauwelijks interessant voor jonge en gezonde verzekerden.

In ons onderzoek vonden we nauwelijks aanwijzingen voor actieve sturing op risico's voor de basisverzekering met behulp van de aanvullende verzekering. Wel kregen wij van consumentenorganisaties het signaal dat zorgverzekeraars mogelijk terughoudend zijn in het

[26] NZa. *Markscan van de Zorgverzekeringsmarkt 2015.* Utrecht: NZa 2015, p. 53.

aanbieden van een goede aanvullende dekking voor psychologische hulp. Mensen met psychische problematiek zouden negatief uit het vereveningsmodel komen en daardoor verlieslatende verzekerden zijn. Vanuit bedrijfseconomisch perspectief kunnen zorgverzekeraars (zwaar) verlieslatende aanvullende verzekeringen niet blijven aanbieden. Tegelijkertijd kan het weren van groepen met (voorspelbaar) hoge zorgconsumptie voor veel reputatieschade zorgen.

4.7.2 Polissen met beperkende voorwaarden (budgetpolissen)

Een tweede instrument voor meerzijdige risicoselectie is het aanbieden van polissen met beperkende voorwaarden. De laatste jaren bieden zorgverzekeraars een toenemend aantal polissen met beperkende voorwaarden aan. In de volksmond worden deze polissen vaak 'budgetpolissen' genoemd. Hoewel zorgverzekeraars ook voor dergelijke polissen voldoende zorg moeten contracteren, wordt de keuzevrijheid voor wat betreft het aanbod voor verzekerden beperkt. Door de beperking van de keuzevrijheid kunnen zorgverzekeraars doelmatiger zorg inkopen. In ruil daarvoor betalen verzekerden doorgaans een lagere premie.

In 2015 waren er 17 polissen met beperkende voorwaarden en een gemiddeld lagere premie. [27] Dit aantal is in 2016 weer wat afgenomen. In 2008 ging het nog maar om één polis: de Zekur Polis van Univé. De polissen verschillen van elkaar qua voorwaarden. Polissen met een beperkter gecontracteerd netwerk geven de laagste vergoeding bij niet-gecontracteerde zorg: over al deze polissen gaat het in 2015 om een gemiddelde vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg van 70% van het gemiddeld gecontracteerde tarief.

Het aanbieden van polissen met beperkende voorwaarden heeft een tweeledig gevolg. Allereerst zorgen de beperkende voorwaarden ervoor dat dergelijke polissen minder aantrekkelijk zijn voor verzekerden die verwachten een hoog risico op (hoge) zorgkosten te hebben. Dergelijke verzekerden willen doorgaans namelijk zoveel mogelijk keuzevrijheid. De andere kant van de medaille is dat polissen met beperkende voorwaarden vanwege hun vaak lagere premie aantrekkelijk zijn voor prijsgevoelige verzekerden. En eerder werd al geconstateerd dat deze prijsgevoelige verzekerden over het algemeen winstgevend zijn.

Kortom, met het aanbieden van polissen met beperkende voorwaarden kan een zorgverzekeraar verlieslatende verzekerden weren en winstgevende verzekerden juist aantrekken. Zelfselectie door verzekerden en sturing door de zorgverzekeraar zijn hier dus met elkaar verbonden en versterken elkaar, waardoor de risicosolidariteit binnen het stelsel kan worden aangetast. Bij deze polissen kan wel de kanttekening worden gemaakt dat de lage premies ook door de verzekeraar ongewenste groepen verzekerden kunnen aantrekken. Een lage premie is ook voor verzekerden met een laag inkomen interessant, terwijl zij voor de verzekeraar vanuit de verevening bezien niet interessant hoeven te zijn. Op polisniveau draagt het aanbieden van beperkende voorwaarden in ieder geval bij aan de segmentatie in de zorgverzekeringsmarkt. Omdat de zorgverzekeraars binnen hun concern ook andere polissen aanbieden en de premies onderling subsidiëren, zijn de ongewenste effecten op concernniveau echter beperkt.

[27] NZa. *Markscan van de Zorgverzekeringsmarkt 2015.* Utrecht: NZa 2015, p. 46.

4.7.3 Overstappolissen

Iets soortgelijks geldt voor het aanbieden van overstappolissen. We hebben overstappolissen gedefinieerd als polissen die zich richten op de prijsbewuste en overstapbereidwillige verzekerden. Daarbij kan het gaan om polissen die zich voornamelijk richten op een jonger publiek en/of die alleen online worden aangeboden. Een algemeen kenmerk van overstappolissen lijkt te zijn dat dergelijke polissen niet met een collectiviteitskorting worden aangeboden.

De overstappolissen vallen voor een groot deel samen met de eerder besproken polissen met beperkende voorwaarden. Maar ook 'reguliere' (natura)polissen kunnen zich op de overstapmarkt richten. Zij hanteren dan een lage prijs voor de basisverzekering en maken voor hun dienstverlening bijvoorbeeld enkel gebruik van het internet. Voorbeelden hiervan zijn de polissen van Ditzo en Bewuzt.

Verzekerden kunnen elk jaar veranderen van verzekeraar. De omvang van de overstapmarkt in Nederland is echter beperkt. In 2015 stapte 7,3% van alle polishouders over naar een andere zorgverzekeraar.[28] Verzekerden die van zorgverzekeraar wisselen blijken relatief gezond en vormen daarmee een aantrekkelijke doelgroep voor zorgverzekeraars.[29]

Uit ons onderzoek blijkt dat zorgverzekeraars polissen met beperkende voorwaarden en overstappolissen mede inzetten om winstgevende verzekerden aan te trekken. En vanwege de zelfselectie door verzekerden slagen ze hier ook in. Maar net als voor de polissen met beperkende voorwaarden geldt ook voor de overstappolissen dat de positieve vereveningsresultaten doorgaans worden aangewend om ook verlieslatende polissen te kunnen (blijven) aanbieden.

4.7.4 Cadeaus

Ook het aanbieden van cadeaus kan een instrument voor risicoselectie zijn. Er zijn websites van collectiviteiten en intermediairs die (welkomst)cadeaus aanbieden bij het afsluiten van een zorgverzekering. Denk aan een tablet, een spelcomputer of korting in een winkel. Bij een basisverzekering worden deze cadeaus vaak ingezet in plaats van een financiële collectiviteitskorting.[30] Meer dan een korting trekt een cadeau een bepaald type verzekerde aan. Een spelcomputer is bijvoorbeeld niet voor alle verzekerden aantrekkelijk - een korting wel. Hierdoor kan een zorgverzekeraar sturen op bepaalde types verzekerden. In het algemeen zien we zorgverzekeraars dit niet doen. Hierover zijn ook afspraken gemaakt in het actieplan 'Kern-gezond'. Er zijn wel enkele zeer grote collectiviteiten die hier gebruik van maken. Met het oog op het voorkomen van risicoselectie geven we als NZa in beginsel de voorkeur aan financiële kortingen boven cadeaus. Daarbij moet aangetekend worden dat ten aanzien van geschenken ook de grens van 10% van de premiegrondslag geldt.

[28] NZa. *Markscan van de Zorgverzekeringsmarkt 2015.* Utrecht: NZa 2015, p. 64.
[29] D.M.I.D. Duijmelinck, T. Laske-Aldershof, I. Mosca & W.P.M.M. van de Ven, Belemmeringen voor subgroepen van verzekerden om over te stappen naar een andere zorgverzekering, Rotterdam: iBMG 2013.
[30] NZa. *Markscan van de Zorgverzekeringsmarkt 2015.* Utrecht: NZa 2015, p. 72.

4.7.5 Vrijwillig eigen risico

Het vrijwillig eigen risico is eveneens een element van ons huidige zorgverzekeringsstelsel dat in het kader van een onderzoek naar risicoselectie en –solidariteit aandacht behoeft. Dit hebben we ook al gezien in hoofdstuk 3. Twee aspecten van het vrijwillig eigen risico springen daarbij in het oog: 1) het geven van korting aan verzekerden die voor een vrijwillig eigen risico kiezen; en 2) het alsnog verzekeren van het vrijwillig eigen risico. De totale premiekorting voor het vrijwillig eigen risico bedroeg in 2015 ruim 300 miljoen euro. De totale zorgkosten ten laste van de Zorgverzekeringswet bedragen in 2015 41,7 miljard, waarvan 15,5 miljard uit premie-inkomsten afkomstig is.
Uit de analyse van vereveningsdata over de jaren 2010-2013 blijkt dat zorgverzekeraars op verzekerden met een vrijwillig eigen risico gemiddeld over deze jaren een positief resultaat behalen van ongeveer € 95. Hier is de gemiddelde premiekorting voor het vrijwillig eigen risico van € 164 van het gemiddelde vereveningsresultaat van € 259 afgetrokken. Verzekerden met en vrijwillig eigen risico hebben gemiddeld € 72 aan kosten en houden dus gemiddeld € 92 over van de korting voor het gekozen vrijwillig eigen risico. Dit betekent dat zowel verzekeraars als verzekerden die een vrijwillig eigen risico nemen daar een financieel voordeel bij hebben.

Het geven van korting voor een vrijwillig eigen risico trekt vooral verzekerden aan die voor zichzelf geen of lage zorgkosten verwachten. Uit onderzoek van Vektis[31] blijkt dat in 2013 slechts 9 procent van de verzekerden met een maximaal vrijwillig eigen risico het verplicht en vrijwillig eigen risico vol maakt. Hiernaast maakt nog eens 9% alleen het verplicht eigen risico vol. Ruim 80% van de verzekerden met een maximaal vrijwillig eigen risico maakt dus geen of lage zorgkosten. Ook minima zouden vanuit kostenoverwegingen kunnen kiezen voor een vrijwillig eigen risico terwijl de kans misschien wel groot is dat zij toch zorgkosten kunnen gaan maken. Gezien de lage kosten die ten laste van het eigen risico worden gebracht is deze groep naar verwachting beperkt.

Voor verzekerden die geen zorgkosten maken, boeken zorgverzekeraars een positief vereveningsresultaat. Uit het kwantitatieve onderzoek blijkt dan ook dat er een positief verband bestaat tussen het vrijwillig eigen risico en het vereveningsresultaat. Deze verzekerden realiseren gemiddeld zelf ook lagere zorgkosten dan de ontvangen premiekorting. Omdat die verzekerden in staat blijken hun eigen zorgkosten goed in te schatten, dit wordt ook bevestigd in onderzoek van iBMG[32], kunnen zorgverzekeraars aantrekkelijke kortingen bieden voor mensen die kiezen voor een vrijwillig eigen risico. Zelfselectie en risicoselectie door de zorgverzekeraar gaan hier dus hand-in-hand. Overigens geldt dit niet voor alle verzekerden met lage verwachte zorgkosten. Een deel van de populatie is risicomijdend en maakt geen gebruik van deze mogelijkheid tot voordeel.

Verder vragen we aandacht voor het alsnog verzekeren van het eerder vrijwillig aangegane eigen risico. Per februari 2015 zijn er bijna 200.000 verzekerden die alsnog hun eigen risico hebben verzekerd. Die groep

[31] Vektis, Zorgthermometer 2015, Verzekerden in beeld. Zeist: Vektis, p. 17
[32] Winssen, K.P.M. van, R.C. van Kleef en W.P.M.M. van de Ven (2014) Vrijwillig eigen risico profijtelijker dan gedacht. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam. ESB Gezondheidszorg, Jaargang 99 (4696) 23 oktober 2014

bestaat voor 73% uit minima en uitkeringsgerechtigden en voor 24% uit buitenlandse seizoenarbeiders. De resterende 3% betreft met name zeevarenden. De NZa vindt het alsnog verzekeren van het eigen risico in principe onwenselijk.[33] Dit instrument kan worden ingezet om het verbod op premiedifferentiatie te omzeilen. Het alsnog verzekeren van het eigen risico neemt bovendien de beoogde prikkel weg tot gematigd zorggebruik, terwijl die prikkel juist een doel is van het eigen risico. Inmiddels heeft de Minister de verzekeraars verzocht het alsnog verzekeren van het vrijwillig eigen risico per polisjaar 2017 niet meer aan te bieden.

Met name het alsnog verzekeren van het eerder vrijwillig aangegane eigen risico door buitenlandse seizoenarbeiders vormt een aandachtspunt. Enkele collectiviteiten richten zich specifiek op deze groep. Omdat buitenlandse seizoenarbeiders slechts tijdelijk in Nederland werkzaam zijn, is het voor zorgverzekeraars veelal moeilijk om na verloop van tijd het eigen risico in het buitenland te incasseren. Producten voor deze groep worden daarom aangeboden met een aanvullende verzekering die het verplichte eigen risico alsnog verzekert. Maar daar blijft het niet bij. Deze collectiviteiten gaan ook uit van een hoog vrijwillig eigen risico. Dit leidt tot een forse korting op de premie van de basisverzekering. Vervolgens wordt ook dit vrijwillige eigen risico in sommige gevallen tegen zeer lage kosten (mogelijk onder de kostprijs) alsnog verzekerd in de collectieve aanvullende verzekering. Hiermee wordt in die gevallen de facto een lagere premie voor de basisverzekering gerealiseerd. Dit knelpunt voor seizoenarbeiders moet wel worden gerelativeerd: het gaat hier om ongeveer 50.000 verzekerden. Dat is minder dan 0.3 procent van de totale zorgverzekeringsmarkt. Het is daarmee niet een grote groep verzekerden. Wel is het een duidelijk voorbeeld van ongewenste risicoselectie.
Dit knelpunt speelt niet bij minima. Daar wordt alleen het verplicht eigen risico verzekerd tegen een flink hogere premie dan bij seizoenarbeiders. Bij de groep minima verdient het opmerking dat de premies voor herverzekering oplopen tot € 300 per jaar, ter dekking van maximaal € 385.

4.7.6 Collectiviteiten

Collectiviteiten zijn bedoeld om verzekerden de gelegenheid te bieden zich te verenigen en zo een sterkere positie te verkrijgen tegenover de zorgverzekeraar.[34] Zo kan onderhandeld worden en maatwerk gerealiseerd worden voor specifieke doelgroepen, bijvoorbeeld met een homogene zorgvraag. Er bestaan veel collectiviteiten die in het belang van hun leden kortingsafspraken hebben gemaakt met zorgverzekeraars. Werkgevers zijn hierbij de belangrijkste groep. Maar ook bijvoorbeeld gemeentes kunnen collectiviteiten oprichten om te onderhandelen ten behoeve van de minima in hun gemeente. Minima die dat willen kunnen er dan voor kiezen via die collectiviteit een voordeligere verzekering af te sluiten. Daarnaast zijn er nog pseudo-collectiviteiten. Die vertegenwoordigen niet het belang van een vooraf bepaalde groep maar hiervan kan iedereen gebruikmaken. Voorbeelden hiervan zijn vrije collectiviteiten zoals PMA en United Consumers en diverse vergelijkingssites die verzekerden een korting bieden op de zorgpremie wanneer zij deze via hun site afsluiten.

[33] Zie ook: NZa. *Markscan van de Zorgverzekeringsmarkt 2015.* Utrecht: NZa, 2015.
[34] De NZa onderzoekt momenteel de voor- en nadelen van collectieve verzekeringen voor consumenten.

Collectiviteiten kunnen verzekerden weigeren die niet tot hun doelgroep behoren. Dit komt bijvoorbeeld veel voor bij werkgeverscollectiviteiten, waarbij alleen werknemers en hun gezin zich bij de collectiviteit kunnen aansluiten. Deze mogelijkheid kan gebruikt worden als selectie-instrument. De gunstige voorwaarden die een collectiviteit vervolgens uit onderhandelt zijn immers niet beschikbaar voor iedereen. Binnen de wet zijn er mogelijkheden om kortingen te geven op de basisverzekering voor collectiviteiten. Bij het toekennen van kortingen aan collectiviteiten dient de zorgverzekeraar in overleg met de collectiviteit tevoren keuzes te maken over de gronden waarop de korting voor de betreffende doelgroep wordt gebaseerd. Daarbij is de regeling van artikel 18 Zvw echter niet bedoeld om extra kortingen op de basisverzekering te kunnen geven aan een groep die voorspelbaar winstgevend is.[35] Voor de aanvullende verzekering worden geen beperkingen opgelegd aan de kortingsmogelijkheden voor collectiviteiten.

In het onderzoek hebben we in twee gevallen waargenomen dat verzekerden naast de eventuele collectiviteitskorting op grond van artikel 18 van de Zvw, ook een aanvullende korting (retourprovisie) ontvangen van een tussenpersoon, volmacht of collectiviteit. Bij één partij hebben we vastgesteld dat de totale korting meer dan 10% bedraagt. Dit roept de vraag op of hiermee de maximaal toegestane collectiviteitskorting wordt overschreden.
De wettelijke regeling van artikel 18 stelt dat de zorgverzekeraar met een collectiviteit kan overeenkomen dat de verzekeraar een geldelijk voordeel verstrekt indien deelnemers in de collectiviteit verzekerd worden op basis van een in die overeenkomst aan te wijzen modelovereenkomst. Het geldelijk voordeel mag niet meer zijn dan 10% van de premiegrondslag van de betreffende modelovereenkomst. Een retourprovisie, een geschenk of een (zo goed als) gratis aanvullende verzekering die alleen in combinatie met de collectiviteit worden aangeboden kunnen ook als een geldelijk voordeel worden gezien[36].

Deze bestaande regeling laat bewust ruimte voor een collectiviteit om uit eigen middelen een voordeel aan haar verzekerden te bieden, bijvoorbeeld door middel van retourprovisie. Wanneer de vergoeding die een collectiviteit of bemiddelaar van de zorgverzekeraar ontvangt echter wordt verhoogd om in die verhoging ruimte voor een extra voordeel te creëren voor verzekerden, kan dit leiden tot overschrijding van de maximaal toegestane collectiviteitskorting. In het geval waar er aanwijzing is voor deze handelwijze, hebben wij de zorgverzekeraar hierop gewezen en verzocht deze handelwijze te staken.

Geschenken of hoge kortingen op aanvullende verzekeringen van dezelfde verzekeraar kunnen ook als geldelijk voordeel gezien worden indien die zijn gekoppeld aan de collectiviteit. Voor die laatste categorie is dan de vraag of de uiteindelijk gevraagde premie nog reëel is, in de betekenis van bedrijfsmatig en zakelijk verantwoord. De collectiviteitskorting en de niet-geïnde aanvullende premies moeten samen binnen 10% van de premiegrondslag van de basisverzekering blijven. Voor retourprovisies kan bepalend zijn of de tussen verzekeraar

[35] Kamerstukken II 29 763, nr. 36.
[36] Kamerstukken 29 763, nr. 3, pag. 116 voor het eerste ontwerp van deze bepaling. De bestaande tekst komt uit het amendement Schippers, waarbij naast de korting voor werkgevers ook andere collectiviteiten werden opgenomen. Zie Kamerstukken 29 763, nr. 36.

en tussenpersoon of volmacht overeengekomen provisie marktconform is.

Collectiviteiten vormen dus een mogelijkheid voor de zorgverzekeraar om (extra) korting te bieden. Daarnaast bieden ze een mogelijkheid aan zowel de verzekeringnemer als de zorgverzekeraar om strategisch om te gaan met het afsluiten van een verzekering. De zorgverzekeraar kan geneigd zijn een collectiviteit waarvan de leden waarschijnlijk positief uit de verevening komen betere voorwaarden te bieden dan een collectiviteit met potentieel 'duurdere' leden. Een verzekeringnemer zal zijn verzekering afsluiten via de collectiviteit waar de beste (prijs)voorwaarden gerealiseerd worden. Naast een mogelijke aantasting van de risicosolidariteit kan dit risicoselectie faciliteren.

Het systeem van collectiviteiten heeft ook gevolgen voor de transparantie van de markt[37]. De grote hoeveelheid collectiviteiten kan de transparantie op de zorgverzekeringsmarkt aantasten. Verzekerden moeten bij hun keuze voor een zorgverzekering namelijk ook onderzoeken voor welke collectiviteiten zij in aanmerking komen en welke voordelen die opleveren. Daarnaast presenteren sommige partijen met een collectief contract zich als zorgverzekeraar. Zij hebben dan een eigen website waarop zij een polis aanbieden alsof deze van henzelf is. Het is dan voor verzekeringnemers niet altijd duidelijk bij wie zij nu werkelijk verzekerd zijn. Mede vanwege deze transparantieproblematiek onderzoekt de NZa in 2016 de rol van de collectiviteiten op de zorgverzekeringsmarkt.

4.8 Premiedifferentiatie

Een belangrijk aandachtspunt in ons onderzoek naar risicoselectie is het hanteren van verschillende premies voor gelijke polissen. De wetgever heeft dit verboden in artikel 17 Zvw. De wetgever heeft met het verbod op premiedifferentiatie willen voorkomen dat zorgverzekeraars aan verzekerden met hoge zorgkosten een hogere premie kunnen vragen ten opzichte van verzekerden die lage zorgkosten hebben.

Wij hebben bij één individuele zorgverzekeraar geconstateerd dat het verbod op premiedifferentiatie wordt overschreden. Hierop hebben wij passende maatregelen getroffen richting deze zorgverzekeraar. Daarnaast hebben wij het volgende geconstateerd. Een groot aantal zorgverzekeringsconcerns werkt met meer dan één risicodrager[38] binnen de organisatie. Op één uitzondering na kennen alle verzekeraars meerdere labels[39] of merken, en meerdere modelovereenkomsten. Het werken met meerdere risicodragers binnen een zorgverzekeringsconcern betekent echter niet in alle gevallen dat er ook daadwerkelijk sprake is van (substantieel) verschillende verzekeringen. Een aantal van deze concerns biedt via verschillende risicodragers ook gelijke polissen tegen verschillende premies aan.

De Zorgverzekeringswet laat momenteel ruimte wat betreft de verschillen tussen (varianten van) verzekeringen om binnen de wettelijke grenzen tot premieverschillen te komen. De premiegrondslag mag verschillen tussen polissen die op het punt van de te verzekeren

[37] Zie marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2015.
[38] Een risicodrager is een zorgverzekeraar voor zover die risicodragend is voor de Zorgverzekeringswet en als zodanig een bijdrage uit het vereveningsfonds ontvangt.
[39] Een label is een merknaam waaronder een zorgverzekeraar zijn producten aanbiedt.

prestaties of de keuzemogelijkheden tussen aanbieders van zorg of van overige diensten van elkaar afwijken.[40]

De Memorie van Toelichting (MvT) bij de Zorgverzekeringswet (Zvw) geeft geen harde ondergrens aan, waaraan een verschil zou moeten voldoen. Afgaand op de MvT kan dus het contracteren van enkele zorgaanbieders meer of minder mogelijk al volstaan en dus een andere premiegrondslag rechtvaardigen. De toelichting geeft als voorbeeld een provincie waarbinnen slechts twee of alle ziekenhuizen zijn gecontracteerd. Gezien de spreiding van het aanbod in een diverse provincies in Nederland kan dit een minimaal verschil betekenen.

Tegenwoordig zien we dat er vanuit een concern (vrijwel) identieke polissen worden aangeboden met verschillende premiegrondslagen. Van de in totaal 61 modelovereenkomsten in 2016 zijn er 38 modelovereenkomsten die ten minste twee keer voorkomen. Dit is 62 procent van het totale polisaanbod. Voor deze 38 polissen worden 29 verschillende premies gehanteerd. Dit komt bij zes van de negen concerns voor. Het gemiddelde premieverschil (niet gewogen) bedraagt €106,82. De premies verschillen van 24 euro tot ruim 180 euro.

Van de zijde van verzekeraars wordt hier gewezen op verschillen in vereveningsresultaat, vermogenspositie, beheer- en distributiekosten, als redenen voor premieverschillen binnen een concern voor identieke polissen. Al hoewel wij hier wel begrip voor hebben heeft de wetgever in het huidige verbod op premiedifferentiatie deze verschillen uitdrukkelijk niet bepalend willen laten zijn voor de mogelijkheid om daarvan af te wijken. Het is goed verdedigbaar dat elementen zoals het wel of niet verlenen van een collectiviteitskorting, de keuze voor een intermediairkanaal of het gebruik van een internetpolis een legitieme reden kunnen zijn voor een verschil in de premiegrondslag. Dit dient dan echter wel wettelijk te worden geregeld.

De huidige situatie leidt er volgens ons toe dat binnen de grenzen van de bestaande wettelijke bepalingen een effect kan optreden dat de wetgever juist heeft willen uitsluiten. Een zorgverzekeraar kan immers via andere risicodragers in hetzelfde concern het verbod op premiedifferentiatie omzeilen. Wij vinden de huidige situatie vanuit de risicosolidariteit gezien ongewenst wanneer sprake is van de volgende vijf punten:
1) polissen die op het vlak van de natura- of restitutieaanspraken volledig gelijk zijn,
2) polissen die niet of slechts minimaal afwijken in termen van gecontracteerd zorgaanbod,
3) polissen die vanuit verschillende risicodragers binnen hetzelfde concern worden aangeboden,
4) er sprake is van verschillende premiegrondslagen en
5) op concernniveau beslissingen over de inhoud van de polis en de premie worden genomen. Daarbij gaan wij uit van de groepsdefinitie op grond van artikel 2:24, onder b, van het Burgerlijk Wetboek. Alleen het hebben van de meeste aandelen is dan niet allesbepalend. Een rechtspersoon die op grond van een andersoortige regeling, zoals een stemovereenkomst, doorslaggevende invloed heeft kan dus ook een moeder zijn. Artikel 1:1 van de Wet op het financieel toezicht stelt dat ook sprake van een concern of groep kan zijn als 'naar het oordeel van de Nederlandsche Bank, een moederonderneming feitelijk een

[40] Kamerstukken II, 29 763, nr. 3, pag. 114.

overheersende invloed uitoefent'. Wij gaan hierbij uit van het oordeel van DNB.

Deze situaties zijn in strijd met de geest van het verbod op premiedifferentiatie. Hierbij komt nog dat het verbod op premiedifferentiatie in de Zvw zodanig ruim is opgesteld, dat zorgverzekeraars met relatief kleine verschillen in polissen toch legitiem een andere premie kunnen hanteren. De beoogde toegankelijkheid tegen solidaire premies wordt hier door op polisniveau ondermijnd. Daarnaast voldoen dergelijke situaties niet aan de beoogde transparantie.

4.9 Conclusie

Wat kunnen we nu concluderen op basis van het voorgaande? Allereerst dat de huidige praktijk wordt gekenmerkt door risicosolidariteit binnen concerns. Dit komt doordat zorgverzekeraars binnen het concern aan kruissubsidiëring doen; positieve vereveningsresultaten op de ene polis worden gebruikt om ook verlieslatende polissen te kunnen aanbieden.

De vraag is echter of we ook in de toekomst op dit mechanisme kunnen blijven vertrouwen. In de toekomst zullen zorgverzekeraars nog steeds worden geconfronteerd met financiële risico's. Zo wordt de ex-post-verevening voor GGZ en verpleging en verzorging verder afgebouwd. Hierdoor zullen de gevolgen van afwijkende vereveningsresultaten op deze aanspraken naar verwachting groter worden. Wanneer ook de concurrentiedruk verder toeneemt leidt dit tot grotere prikkels om te sturen op vereveningsresultaten.

In dit hoofdstuk hebben we op basis van ons onderzoek daarom gekeken naar de mogelijkheden voor risicoselectie die het huidige stelsel biedt. We concluderen dat er verschillende mogelijkheden zijn om aan risicoselectie te doen. De belangrijkste mogelijkheden hiervoor zitten in het gebruik van koppelverkoop, polissen gericht op overstappers, het vrijwillig eigen risico, de collectiviteiten en het aanbieden van (nagenoeg) identieke polissen tegen verschillende premies binnen een concern. Alhoewel veel van de geïdentificeerde prikkels en mogelijkheden voor risicoselectie op dit moment niet leiden tot problemen, kan dat in de toekomst anders worden. In het volgende hoofdstuk zullen we daarom voor de grootste risico's stilstaan bij de vraag welke beleidsmatige acties de minister zou kunnen nemen wanneer dat door de ontwikkelingen op de zorgverzekeringsmarkt nodig is.

5. Conclusies en aanbevelingen

5.1 Algemene conclusie

De belangrijkste conclusie van het onderzoek is dat de markt er in slaagt om een solidaire zorgverzekeringsmarkt te realiseren. Wel hebben wij een knelpunt gesignaleerd bij de naleving van het verbod op premiedifferentiatie. Daarnaast zien wij een aantal risico's naar de toekomst toe die moeten worden geadresseerd.

De zorgverzekeringsmarkt wordt gekenmerkt door risicosolidariteit omdat veel zorgverzekeraars (met name de grote) vanwege hun verlangen naar stabiliteit op concernniveau streven naar een verzekerdenbestand dat een afspiegeling vormt van de Nederlandse samenleving. Hiertoe doen zij aan kruissubsidiëring: zij gebruiken de positieve resultaten op de ene polis om ook verlieslatende polissen te kunnen aanbieden. De winst op een budgetpolis die vooral jonge, gezonde overstappers aantrekt, wordt bijvoorbeeld gebruikt om ook een restitutiepolis aan te kunnen bieden die door relatief veel chronisch zieken wordt afgesloten.

We hebben selectie door alleen de zorgverzekeraar (eenzijdige risicoselectie) op enkele gevallen na niet aangetroffen. In de enkele gevallen waarin we wel ongewenste sturing hebben waargenomen, betrof dit handelingen van intermediairs of grote collectiviteiten. De betrokken zorgverzekeraars zijn hier individueel op aangesproken.

Vaker zien we vormen van risicoselectie waarbij zowel verzekeraar als verzekerde een rol hebben (meerzijdige risicoselectie). Dit vloeit voort uit systeemeigenschappen en de dynamiek op de markt. We hebben niet kunnen vaststellen dat selectie of sturing van verzekerden door zorgverzekeraars heeft plaatsgevonden met het doel om de vereveningsresultaten te beïnvloeden.

Bijna alle zorgverzekeraars sturen op wat zij 'een afspiegeling van de Nederlandse bevolking' of 'fair share' noemen. Op deze manier minimaliseren zij op concernniveau de risico's als gevolg van onevenwichtigheden in het vereveningssysteem en hebben zij een stabiele en voorspelbare schade. Vanwege de angst hun fair share te verliezen zetten zij doelgroep-specifieke polissen in wat tot de segmentatie van de markt leidt. Het inzetten van doelgroep-specifieke polissen geldt met name voor de jaren tot 2015. Vanaf 2015 zien wij een duidelijk ander beeld. De segmentatie is in 2016 minder expliciet en richt zich met name op de relatief winstgevende en op prijs gerichte overstappers. In mindere mate zijn er andere groepen zoals collectiviteiten voor minima en restitutiepolissen voor verzekerden die al hun gezondheidsrisico's willen hebben afgedekt en bij iedere zorgaanbieder terecht willen kunnen. Opvallend bij deze segmentatie is dat de premiestelling door de meeste verzekeraars niet wordt gebaseerd op de daadwerkelijke vereveningsresultaten, maar dat zij een spilpremie hanteren waarop een op- of afslag wordt toegepast afhankelijk van de marktpositie en eigenschappen van de betreffende polis. De betreffende verzekeraars gebruiken positieve vereveningsresultaten om vanuit hetzelfde concern ook verlieslatende polissen te kunnen aanbieden (kruissubsidiëring).

Deze kruissubsidiëring is ook zichtbaar in de uitkomsten van het kwantitatieve onderzoek. Uit de duiding van die uitkomsten blijkt dat bij de onderzochte polissen geen sprake is van ongewenste sturing van verzekerden op basis van gezondheidsrisico's door zorgverzekeraars. De aanwijzingen voor risicoselectie bij de 7 zorgverzekeringen met sterke signalen voor risicoselectie en 20 zorgverzekeringen met minder sterke signalen, zijn te verklaren uit systeemeigenschappen en dynamiek (i.e. de concurrentiedruk bij het overstappers-segment, zie paragraaf 2.1) op de markt. We hebben geen individuele ongewenste strategieën van verzekeraars gevonden die deze aanwijzingen kunnen verklaren. Wel zien we een gesegmenteerd aanbod met een duidelijke focus op overstappers. Dit zijn meestal jonge en gezonde verzekerden. Zorgverzekeraars zeggen deze groep nodig te hebben om een verzekerdenbestand te realiseren dat een gelijkmatige afspiegeling van de Nederlandse bevolking vormt.

Met het oog op de nabije toekomst zien we enkele risico's. Zo worden zorgverzekeraars vanuit de verevening risicodragender. Daarnaast bestaat, door het opvraagbaar worden van reserves van de voormalige ziekenfondsen wanneer zorgverzekeraars hun statuten gaan wijzigen en de veranderende wetgeving op andere terreinen zoals Solvency II, de kans dat zorgverzekeraars meer op winst gericht gaan handelen. Wanneer deze risico's niet worden geadresseerd, nemen de prikkels voor risicoselectie toe hetgeen kan leiden tot aantasting van de solidariteitsbeginselen van het zorgverzekeringsstelsel. De grootste risico's zijn:

- De koppeling tussen de basis en de aanvullende verzekering; 84% van de verzekerden heeft bij dezelfde verzekeraar zowel een basisverzekering als een aanvullende verzekering. De verzekerde ziet daarbij vaak geen onderscheid tussen de basisverzekering en de aanvullende verzekering. Voor de aanvullende verzekering geldt geen acceptatieplicht en verbod op premiedifferentiatie. Dit geeft de verzekeraar de mogelijkheid om via de aanvullende verzekering te sturen op de basisverzekering.
- Het vrijwillig eigen risico; met betrekking tot het vrijwillig eigen risico's zijn er twee aandachtspunten. Allereerst is het vrijwillig eigen risico an sich een sturingsinstrument. Individuele verzekerden hebben in het algemeen meer inzicht in hun verwachte gezondheid dan de zorgverzekeraar. De verzekeraar kan daarop sturen door korting te geven op het vrijwillig eigen risico. Ten tweede vragen we aandacht voor het alsnog verzekeren van het eerder aangegane vrijwillig eigen risico. Het alsnog verzekeren van het vrijwillig eigen risico levert de facto een lagere premie op. Doordat hierbij geen acceptatieplicht geldt kan de verzekeraar een premiekorting aanbieden aan een specifieke groep verzekerden. In de praktijk wordt dit alleen aangeboden aan buitenlandse seizoenarbeiders. Dit tast de risicosolidariteit aan. Het gaat hier echter om relatief kleine aantallen. De betreffende zorgverzekeraars hebben naar aanleiding van dit onderzoek en een klemmend verzoek van de Minister van VWS aangegeven te zullen stoppen met het alsnog verzekeren van het vrijwillig eigen risico voor seizoenarbeiders.
- Sturing door intermediairs en collectiviteiten. In het onderzoek naar de naleving van de acceptatieplicht van 2013 en 2014 en ook in dit onderzoek hebben wij geconstateerd dat zorgverzekeraars deze partijen veel vrijheid geven bij het aanbieden van zorgverzekeringen. Mogelijk hangt deze vrijheid samen met de constatering dat ongewenste sturing vooral door intermediairs en collectiviteiten plaats vindt.

- Premiedifferentiatie: we hebben geconstateerd dat diverse zorgverzekeraars binnen een concernverband via verschillende risicodragers (vrijwel) identieke modelovereenkomsten tegen verschillende premies aanbieden. Daarnaast hebben wij vastgesteld dat dit ook bij één zorgverzekeraar het geval is. Op grond van artikel 17 Zvw mag alleen een afwijkende premie worden gehanteerd als een modelovereenkomst verschilt in de aard van de verstrekking (natura/restitutie) of de keuzemogelijkheden tussen aanbieders van zorg of van overige diensten. Gezien het feit dat de aansturing en premievaststelling binnen een concern vaak centraal plaatsvindt zijn wij van mening dat dit ook een zorgverzekeringsconcern zich hieraan zou moeten houden.

Om de risicosolidariteit ook in de toekomst te borgen vinden wij dat deze risico's moeten worden geagendeerd. Daartoe vragen we de zorgverzekeraars om maatregelen te nemen en doen we een aantal aanbevelingen.

5.2 Aanbevelingen aan zorgverzekeraars

In het actieplan *Kern-gezond* van Zorgverzekeraars Nederland[41] geven ZN-leden aan op welke wijze zij invulling willen geven aan hun verantwoordelijkheid voor een solidair stelsel. Zij willen dit realiseren door onder andere per ZN-lid duidelijke polissen aan te bieden met een heldere polisinhoud, door overstapdrempels weg te nemen en terughoudend te zijn qua commercie, en door transparantie te zijn over de bedrijfsvoering. Dit zijn belangrijke toezeggingen. Wij roepen zorgverzekeraars op om hieraan de volgende twee verbeterpunten toe te voegen:

- Borging risicosolidariteit in interne processen

Zorgverzekeraars kunnen het tegengaan van risicoselectie nog beter – in ieder geval nog zichtbaarder - borgen in hun interne processen. Uit ons onderzoek is gebleken dat dit momenteel te weinig in hun interne processen wordt geborgd. Zo kunnen zij hun productbeleid voor de basisverzekering en de aanvullende verzekeringen toetsen op mogelijke negatieve gevolgen voor de risicosolidariteit in de basisverzekering. Het is hierbij zeer gewenst dat zij zich hierover ook verantwoorden in hun maatschappelijk verslag.

- Sturing op gedrag van distributiepartners

Zorgverzekeraars moeten scherper sturen op het gedrag van hun distributiepartners. Uit het onderzoek blijkt dat ongewenste gedragingen zich nauwelijks voordoen bij zorgverzekeraars, maar wel bij een aantal grotere collectiviteiten en intermediairs (die al of niet onderdeel uitmaken van een volmacht). Zoals de verzekeraars zelf aangeven in hun actieplan is er echter sprake van een gedeelde verantwoordelijkheid. Zorgverzekeraars moeten meer invloed uitoefenen op de gedragingen van collectiviteiten en volmachten. Wij zullen in ons uitvoeringstoezicht meer aandacht gaan besteden aan de vraag of zorgverzekeraars voldoende sturing geven aan hun distributiepartners.

5.3 Aanbevelingen aan de Minister van VWS

Zoals aangegeven in de inleiding van dit rapport is de risicosolidariteit een van de belangrijkste uitgangspunten van het zorgverzekeringsstelsel. Dit is de reden dat de wetgever in de

[41] Zorgverzekeraars Nederland, *Kern-gezond. Actieplan Zorgverzekeraars Nederland.* Zeist: ZN, 2015.

Zorgverzekeringswet de acceptatieplicht, het verbod op premiedifferentiatie en de verzekeringsplicht heeft verankerd. Aan de andere kant heeft de wetgever bij het opstellen van de Zvw ook marktprikkels, keuzemogelijkheden en eigen verantwoordelijkheid als belangrijke uitgangspunten gedefinieerd. Deze hebben hun weerslag gevonden in de nominale premie, een risicodragende uitvoering van de verzekering, het toestaan van het winstmotief aan verzekeraars, functiegericht omschreven aanspraken, eigen betalingen en de mogelijkheid om jaarlijks van verzekeraar te wisselen en de daarmee gepaard gaande concurrentie tussen verzekeraars.

Het beperken van de mogelijkheden voor risicoselectie en daarmee de vergroting van de risicosolidariteit heeft ook invloed op deze uitgangspunten. Het is daarom noodzakelijk om de effecten van maatregelen om risicoselectie af te wegen tegen de mogelijke negatieve gevolgen voor de overige uitgangspunten van de Zorgverzekeringswet. Hieronder zullen wij ingaan op de belangrijkste knelpunten voor risicoselectie die wij hebben vastgesteld en welke aanbevelingen wij daar bij doen. Daarnaast zullen we de minister enkele aandachtspunten voor de toekomst ter overweging meegeven.

5.3.1 Optimaliseren risicoverevening

De belangrijkste publieke randvoorwaarde voor een solidair zorgstelsel is een goede risicoverevening[42]. Hoewel het risicovereveningsmodel de afgelopen jaren is verbeterd, is er nog altijd ruimte voor verbetering[43]. In 2016 en 2017 zijn zo een groot aantal verbeteringen in het systeem doorgevoerd die de prikkel tot risicoselectie naar verwachting zullen verminderen. Verschillende studies tonen aan dat het verfijnde Nederlandse risicovereveningssysteem niet volledig voorkomt dat er groepen verzekerden zijn waarop zorgverzekeraars voorspelbare winsten maken of verlies lijden[44]. Verzekeraars worden nog steeds ondergecompenseerd voor bepaalde groepen van verzekerden met een hoog risico en overgecompenseerd voor bepaalde groepen van verzekerden met een laag risico[45]. We hebben nog niet kunnen vaststellen wat de effecten van de verbeteringen in het risicosysteem van de afgelopen jaren zijn op deze groepen en in hoeverre dat zich vertaalt in vermindering van de prikkels tot risicoselectie. Zo lang er onder- en overcompensaties bestaan, hebben zorgverzekeraars prikkels voor risicoselectie. Voor het borgen van de risicosolidariteit is het daarom van groot belang dat de risicoverevening wordt geoptimaliseerd. Concreet gaat het dan bijvoorbeeld om verzekerden die een maximaal vrijwillig eigen risico kiezen. Binnen het risicovereveningssysteem zijn deze verzekerden winstgevend. Dit vormt een prikkel tot risicoselectie. Om deze prikkel te reduceren is optimalisering van het risicovereveningssysteem de meest effectieve wijze om risicoselectie tegen te gaan. Wij adviseren de minister van VWS daarom om in de risicoverevening een kenmerk op te nemen voor verzekerden met een maximaal vrijwillig eigen risico. Knelpunt hierbij is wel dat de risicoverevening nooit perfect zal zijn. Er zullen dus altijd verzekerden

[42] Zorgverzekeraars Nederland, *Kern-gezond. Actieplan Zorgverzekeraars Nederland.* Zeist: ZN, 2015.
[43] KPMG. *Evaluatie Zorgverzekeringswet. Eindrapportage september 2014*. Amstelveen: KPMG, 2014.
[44] Zie o.m. Van de Ven, W.P.M.M., F.T. Schut en H.E.G.M. Hermans et al. (2009). Evaluatie - Zorgverzekeringswet en Wet op de zorgtoeslag; Commissie Evaluatie Risicoverevening Zvw (2012). Evaluatie risicoverevening Zorgverzekeringswet; en iBMG (2014), Evaluatie Zorgstelsel en Risicoverevening: Acht jaar na invoering Zorgverzekeringswet: succes verzekerd?
[45] iBMG (2014), Evaluatie Zorgstelsel en Risicoverevening: Acht jaar na invoering Zorgverzekeringswet: succes verzekerd?

zijn die voorspelbaar winst- of verliesgevend zijn. Diverse partijen hebben bij de fundamentele discussie van dit jaar over het risicovereveningssysteem aangegeven dat het technisch tegen zijn grenzen begint aan te lopen. Er moet daarom ook worden gekeken naar andere oplossingen. Deze kunnen, indien de omstandigheden daarom vragen, bijvoorbeeld ook liggen in het heroverwegen van stelselonderdelen zoals het vrijwillig eigen risico.

5.3.2 Aanpassen verbod op premiedifferentiatie

Samen met de acceptatieplicht en de verzekeringsplicht is het verbod op premiedifferentiatie de belangrijkste pijler voor de risicosolidariteit. Wij achten het tijd voor een actualisatie van het verbod op premiedifferentiatie.

Sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet is het landschap waarin zorgverzekeraars zich bewegen fors veranderd. Van de 33 zorgverzekeraars in 2006 bestaan er nog vijfentwintig, verenigd in negen concerns. Diverse van deze zorgverzekeraars bieden binnen concernverband nagenoeg identieke modelovereenkomst aan tegen verschillende premies. Dit is in ruim 60% van het totale polisaanbod het geval en het komt bij zes van de negen concerns voor. Het gemiddelde ongewogen premieverschil bedraagt 106 euro. Uit het onderzoek volgt dat bij het bepalen van de marktbenadering rekening wordt gehouden met de samenstelling van en taakverdeling binnen het concern. De verschillende risicodragers krijgen hierbij vanuit het centrale concern een eigen marktsegment toegekend. Hiermee wordt, zelfs als dit niet opzettelijk zou gebeuren, op concernniveau het verbod op premiedifferentiatie omzeild. Wij vinden dit zeer onwenselijk.

Wij hebben daarom de mogelijkheden onderzocht om op concernniveau toezicht te houden op naleving van het verbod op premiedifferentiatie. Uit deze analyse volgt dat momenteel het toezichtsubject de risicodrager is, en niet het concern.

Vanwege de sterk geconcentreerde zorgverzekeringsmarkt, met een beperkt aantal grote centraal gestuurde concerns, vinden wij een zodanige wijziging van de Zvw gepast dat de NZa ook op het niveau van concerns toezicht kan houden op het verbod op premiedifferentiatie. Wij geven de minister van VWS daarom in overweging artikel 17 van de Zvw op dit punt aan te passen. Daarbij geven wij mee dat dit knelpunt mogelijk ook voor andere toezichtaspecten kan spelen. Daarop vooruitlopend hebben wij op grond van onze huidige bevoegdheden in de regeling informatieverstrekking zorgverzekeraars aan consumenten (TH/NR-007) nadere regels gesteld, op grond waarvan de betrokken zorgverzekeraars op hun website informatie moeten geven over de identieke of nagenoeg identieke polissen die worden aangeboden binnen het concern waartoe zij behoren[46].

5.3.3 Overwegingen voor de toekomst

Naast de voorgaande aanbevelingen willen wij de minister nog een tweetal zaken ter overweging meegeven. Vergroting van de risicosolidariteit vergt niet alleen sturing op het gedrag van zorgverzekeraars, maar ook op dat van verzekerden. In dit kader signaleren wij dat de huidige wet- en regelgeving een aantal mogelijkheden in zich heeft waardoor groepen verzekerden met specifieke kenmerken, aparte (goedkopere) producten kunnen krijgen.

[46] Artikel 30 van de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten, TH/NR-007.

Uit onze analyses blijkt dat deze groepen ook daadwerkelijk andere producten afnemen. Denk hierbij met name aan het vrijwillig eigen risico en polissen met beperkende voorwaarden. Wanneer in de toekomst prikkels om op risico's te selecteren toenemen en de omstandigheden daar om vragen, geven wij de minister van VWS in overweging om nogmaals kritisch naar de voor- en nadelen van deze instrumenten te kijken.

- Het vrijwillig eigen risico.

Uit het onderzoek is gebleken dat het vrijwillig eigen risico op gespannen voet staat met de risicosolidariteit. Dit geldt met name voor het maximale vrijwillig eigen risico. Vrijwel alleen verzekerden die geen of slechts weinig zorgkosten verwachten kiezen hier voor. Er is daarom sprake van een sterke mate van zelfselectie. Deze verzekerden realiseren een premievoordeel ten opzichte van verzekerden die wel zorgkosten hebben. Gemiddeld behalen verzekerden die een vrijwillig eigen risico nemen een premievoordeel van €164 per verzekerde. terwijl zorgverzekeraars op deze verzekerden een gemiddeld vereveningsresultaat behalen van € 259.
Aan de andere kant is het vrijwillig eigen risico bedoeld om verzekerden binnen zekere grenzen zelf ruimte te geven om te kunnen kiezen voor een lagere premie. Dit leidt tot meer draagvlak bij verzekerden die nauwelijks zorgkosten hebben. Daarnaast kan het vrijwillig eigen risico een positief effect hebben op doelmatig zorggebruik.
I Wij hebbenbegrepen dat de minister in 2016 naar het gebruik van het vrijwillig eigen risico door verzekerden laat kijken.

- Polissen met beperkende voorwaarden.

Ondanks dat zorgverzekeraars op concernniveau solidair zijn zien we dat op polisniveau er sprake kan zijn van (zelf)selectie. Polissen met beperkende voorwaarden zijn met name interessant voor de relatief jonge en gezonde groep overstappers. In ons kwantitatieve onderzoek hebben wij geconstateerd dat deze polissen een relatief positief vereveningsresultaat hebben. Hierdoor bestaat er het risico dat hiermee op risico's wordt geselecteerd. Deze polissen staan daarom op gespannen voet met de risicosolidariteit.

Aan de andere kant zijn er ook een aantal goede argumenten voor polissen met beperkende voorwaarden.
Zo staan deze polissen weliswaar op gespannen voet met de risicosolidariteit, maar omdat de zorgverzekeraars binnen hun concern ook andere polissen aanbieden en de premies onderling subsidiëren, zijn de ongewenste effecten op concernniveau beperkt. Verder is het belangrijk voor een goede werking van het stelsel dat zorgverzekeraars selectief kunnen inkopen en dat vervolgens ook daadwerkelijk doen. Dit verbetert een doelmatige zorginkoop. De NZa gaat dit najaar bekijken in hoeverre voor deze polissen ook apart zorg wordt ingekocht. Daarbij is het juist de bedoeling dat zorgverzekeraars een gevarieerd polisaanbod hebben wat aansluit bij de behoefte van verzekerden zodat zij ook iets te kiezen hebben.

Een beperking van het aanbod van polissen met beperkende voorwaarden kan daarnaast de inkoopmacht van zorgverzekeraars verminderen en daarmee de prikkels voor doelmatigheid in de sector doen afnemen. Ook kan een ingreep in de polissen leiden tot verminderde keuzevrijheid van verzekerden. Deze effecten moeten worden afgewogen tegen een vergroting van de risicosolidariteit.

5.4 Acties NZa

Naar aanleiding van de bevindingen over premiedifferentiatie op concernniveau hebben wij voor de komende periode enkele maatregelen getroffen.

- Aanscherping transparantie-eisen.

Zoals al aangegeven hebben wij de mogelijkheden voor toezicht op naleving van de Zvw op concernniveau verkend. Dat is op dit moment niet mogelijk gebleken. Wel hebben wij in het kader van ons transparantietoezicht nadere eisen aan zorgverzekeraars gesteld indien binnen een concern door meerdere risicodragers identieke of nagenoeg identieke modelovereenkomsten worden aangeboden. Met ingang van 1 november 2016 zullen zorgverzekeraars verplicht zijn de identieke of nagenoeg identieke modelovereenkomsten van andere risicodragers binnen hetzelfde concern op hun website te vermelden. Hierbij zal de verzekeraar moeten aangeven wat de verschillen zijn tussen de betreffende modelovereenkomsten.

- Nadere duiding artikel 17 Zvw.

Hiernaast hebben wij geconstateerd dat slechts een klein verschil in de voorwaarden van een modelovereenkomst al genoeg is om op grond van artikel 17 Zvw een verschil in de premiegrondslag mogelijk te maken. Wij vinden het onwenselijk dat het verbod op premiedifferentiatie te omzeilen is door in de polisvoorwaarden slechts kleine verschillen op te nemen. Daarom gaan wij in 2017 de mogelijkheden onderzoeken om de minimaal vereiste verschillen tussen polissen te duiden door een ondergrens te stellen. Op die manier kan door een zorgverzekeraar alleen een andere premie in rekening worden gebracht in het geval er sprake is van een daadwerkelijk andere polis.

- Monitoring risicoselectie.

Ten slotte zullen wij de ontwikkelingen rondom risicoselectie en risicosolidariteit ook de komende jaren blijven volgen. Rekening houdend met de ingrijpende veranderingen in de langdurige zorg, en de toenemende risicodragendheid van zorgverzekeraars, zal de monitoring van risicoselectie en risicosolidariteit aan belang winnen. Wij zullen hierbij in het bijzonder aandacht besteden aan de gesignaleerde prikkels en mogelijkheden voor risicoselectie voor de toekomst. Hiertoe zullen wij komend jaar onder andere een update uitvoeren van de indicatorenset die in het kader van het kwantitatief onderzoek is ontwikkeld. Hierin zullen wij recentere jaren opnemen. We zullen ook de komende overstapperiode hierbij betrekken. Ten slotte heeft de minister van VWS ons verzocht of wij in de monitoring ook de gevolgen van Solvency II en de langdurige curatieve GGZ kunnen betrekken. Waar mogelijk zullen wij deze aspecten meenemen. Hierbij moet wel worden opgemerkt dat Solvency II invloed kan hebben op het gedrag van zorgverzekeraars, maar dat er geen kenmerken in het risicovereveningssysteem zitten waarmee hierop kan worden gemonitord. Naar verwachting zullen wij in de eerste helft van 2017 verder rapporteren over risicoselectie.