

Hoe kan de NZa risicoselectie op de zorgverzekeringsmarkt meten?

Prof.dr. W.P.M.M. van de Ven
Dr. R.C. van Kleef
Dr. R.C.J.A. van Vliet



2013.04

Ziektekostenverzekering (ZKV)



Erasmus

ERASMUS UNIVERSITEIT ROTTERDAM
INSTITUUT BELEID & MANAGEMENT
GEZONDHEIDSZORG

Hoe kan de NZa risicoselectie op de zorgverzekeringsmarkt meten?

Publicatiedatum

Februari 2013

Auteurs

Prof.dr. W.P.M.M. van de Ven

Dr. R.C. van Kleef

Dr. R.C.J.A. van Vliet

Contactgegevens

Erasmus Universiteit Rotterdam

instituut Beleid & Management Gezondheidszorg

Tel. (010) 408 8555

research@bmg.eur.nl

www.bmg.eur.nl

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De auteurs danken NZa-medewerkers voor hun commentaar op eerdere versies, in het bijzonder Katalin Katona, Rein Halbersma en Suzanne van Hulten. De verantwoordelijkheid voor de inhoud van dit rapport berust geheel bij de auteurs. De in dit rapport genoemde opvattingen komen niet noodzakelijkerwijs overeen met die van de NZa.

Inhoudsopgave

Samenvatting	3
1. Inleiding	7
2. De Zorgverzekeringswet.....	9
2.1. Inleiding	9
2.2. Grote diversiteit aan zorgverzekeringen	10
2.3. Risicoverevening	12
3. Risicoselectie	17
3.1 Definitie risicoselectie	17
3.2 Prikkel tot risicoselectie	21
3.3. Instrumenten voor en vormen van risicoselectie	25
3.4. Effecten van risicoselectie	33
4. Methoden om risicoselectie te meten.....	39
4.1. Het aantonen van de afwezigheid van risicoselectie.....	39
4.2. Signalen van risicoselectie	39
4.3. Het meten van de mate van risicoselectie.....	43
5. Conclusie, discussie en aanbevelingen.....	45
5.1. Conclusies.....	45
5.2. Discussie	46
5.3. Aanbevelingen	49
Referenties	53

Samenvatting

Risicoselectie is niet alleen een politiek gevoelig onderwerp, het is ook de Achilleshiel van een zorgstelsel gebaseerd op gereguleerde concurrentie. Indien risicoselectie optreedt, kan het leiden tot een afname van de kwaliteit van zorg voor chronisch zieken, een afname van de solidariteit, en een afname van de doelmatigheid. Dit maakt risicoselectie een belangrijk aandachtspunt voor de NZa, die goedwerkende zorgmarkten maakt en bewaakt, en toezicht houdt op de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Tegen deze achtergrond staat de volgende vraag in dit rapport centraal:

“Op welke manieren is het voor de NZa mogelijk om risicoselectie op de zorgverzekeringsmarkt te meten?”

Belangrijke deelvragen hierbij zijn:

- Wat is risicoselectie?
- Wat zijn de mogelijke vormen van risicoselectie en wat zijn de effecten daarvan?
- Op welke manier kan de NZa de aan- of afwezigheid van risicoselectie aantonen; en in geval van aanwezigheid de mate van risicoselectie meten?

Risicoselectie wordt gedefinieerd als:

“acties (anders dan premiedifferentiatie per product) door verzekerden of verzekeraars met als doel of gevolg dat de kosten van de laag- en hoogrisico verzekerden niet volledig worden gepoold”.

Het is van belang de groepen *laag- en hoogrisico* verzekerden te bezien binnen de risicogroepen die zijn onderscheiden bij de risicoverevening en bij de toegestane premiedifferentiatie per zorgverzekeringsproduct. Ook is van belang dat risicoselectie zowel selectie door de verzekerde (‘antiselectie’) als selectie door de verzekeraar (‘gunstige-risicoselectie’) omvat.

De woorden ‘doel of gevolg’ in de definitie van risicoselectie impliceren dat risicoselectie niet alleen gaat over acties met als doel dat de kosten van de laag- en hoogrisico verzekerden niet volledig worden gepoold waarbij dit doel ook daadwerkelijk wordt gerealiseerd. Er kan ook sprake zijn van (1) acties met als doel dat de kosten van de laag- en hoogrisico verzekerden niet volledig worden gepoold zonder dat dit doel wordt gerealiseerd (bijvoorbeeld omdat alle verzekeraars even succesvol zijn in risicoselectie), of (2) acties met als gevolg dat de kosten van de laag- en hoogrisico verzekerden niet volledig worden gepoold zonder dat dit het doel van de acties was (omdat de acties een ander doel hadden).

Er zijn tientallen vormen van risicoselectie mogelijk. Omdat zorgverzekeraars oneindig veel varianten van de zorgverzekering mogen aanbieden, hebben zij, ondanks de wettelijke acceptatieplicht, in beginsel ook oneindig veel instrumenten voor risicoselectie. Voor het monitoren van risicoselectie is van belang dat in beginsel *elk instrument voor zorginkoop ook een instrument voor risicoselectie is*. Via selectieve zorginkoop zijn dus veel vormen van risicoselectie mogelijk. Andere vormen van risicoselectie zijn bijvoorbeeld selectieve marketing, koppelverkoop, het kiezen voor een vrijwillig eigen risico, aanvullende verzekeringen en collectiviteiten.

Vanuit maatschappelijk oogpunt is (het bestaan van substantiële prikkels tot) risicoselectie ongewenst omdat

1. risicoselectie de toegang tot kwalitatief goede zorg (via de zorgverzekering) kan bedreigen en een rem kan zetten op innovaties en kwaliteitsverbetering in de zorg omdat zorgverzekeraars worden ontmoedigd bij zorginkoop te investeren in projecten waarmee zij relatief veel verliesgevende verzekerden verwachten aan te trekken;
2. risicoselectie de beoogde solidariteit kan bedreigen als gezonde verzekerden en chronisch zieken zich concentreren in verschillende polissen met elk een kostendekkende premie; en
3. risicoselectie de doelmatigheid kan bedreigen omdat risicoselectie voor de zorgverzekeraars op korte termijn een meer effectieve manier kan zijn om de schadelast te reduceren dan het bevorderen van doelmatigheid in de zorg.¹

Het aantonen van de *afwezigheid* van risicoselectie is onmogelijk.

Het aantonen van de *aanwezigheid* van risicoselectie bij imperfecte risicoverevening is niet eenvoudig omdat het moeilijk is de kostenverschillen als gevolg van risicoselectie te onderscheiden van de kostenverschillen als gevolg van verschillen in doelmatigheid. Wel bestaan er veel signalen die elk, en zeker in samenhang, kunnen duiden op risicoselectie.

Aanbeveling 1: Prioriteiten stellen

Het daadwerkelijk meten van alle mogelijke signalen van risicoselectie is zeer omvangrijk. Voor de NZa is het daarom van belang een inschatting te maken van de waarschijnlijkheid van het optreden van bepaalde vormen van risicoselectie en van de ernst van de effecten van de diverse vormen van risicoselectie, zowel op korte als lange termijn. Op basis hiervan kunnen prioriteiten worden gesteld.

Aanbeveling 2: Permanente monitoring

Zodra zorgverzekeraars voor alle groepen chronisch zieken adverteren met “kom bij ons want wij hebben de beste zorg voor u gecontracteerd” geeft de markt een indicatie dat de risicoverevening op orde is. Zolang dit niet het geval is, verdient het aanbeveling de zorgverzekeringsmarkt permanent goed te monitoren en hierover jaarlijks te rapporteren.

Aanbeveling 3: Meten van de prikkels tot risicoselectie

Een conditio-sine-qua-non voor elk toezicht op risicoselectie is het hebben van inzicht in de kwaliteit van de risicoverevening en inzicht in welke subgroepen bij de vigerende vereveningformule de laag- of hoogrisico verzekerden vormen, en in welke mate.

Aanbeveling 4: Meten van de (non-)selectiviteit van verzekerdenbestanden en de jaarlijkse in- en uitstroom

Een hoge prioriteit kan worden gegeven aan het meten van de (non-)selectiviteit van de verzekerdenbestanden en van de jaarlijkse in- en uitstroom per zorgverzekeraar, per zorgpolis en per collectiviteit.

Aanbeveling 5: Signaaltoezicht

Vanwege de mogelijke negatieve effecten van risicoselectie op het realiseren van de publieke belangen in de zorg verdient het aanbeveling dat het toezicht op risicoselectie een standaard

¹ Voorts levert elke euro die aan risicoselectie wordt besteed (en niet aan zorg) een welvaartsverlies op.

onderdeel is van het signaaltoezicht door de NZa, en dat hierover jaarlijks wordt gerapporteerd.

Aanbeveling 6: Transparantie zorgkwaliteit en zorginkoop-criteria

Scherp en gericht toezicht door de NZa op de kwaliteit van de ingekochte zorg kan voorkomen dat bepaalde vormen van zorg verwaarloosd worden doordat zij onvoldoende worden gecompenseerd in het vereveningsstelsel. De zorgverzekeraars zouden transparant moeten maken welke zorgkwaliteit daadwerkelijk bij de diverse polissen wordt geleverd. Dit zal het reputatiemechanisme versterken waardoor verzekeraars ervan weerhouden worden om het zorgaanbod voor bepaalde groepen te verwaarlozen.

Aanbeveling 7: Adequaate handhavingsinstrumentarium

Het optreden van risicoselectie kan een bedreiging vormen voor het goed werken van de zorgmarkten. De NZa heeft als missie om goedwerkende zorgmarkten te maken en bewaken. De regering en de Tweede Kamer zien een rol voor de NZa op het terrein van het tegengaan van risicoselectie (Tweede Kamer 2012c). Omdat de meeste vormen van risicoselectie niet strijdig zijn met de wet, is het op voorhand niet duidelijk of de NZa over voldoende handhavingsinstrumenten beschikt. Het verdient daarom aanbeveling om voor een aantal concrete voorbeelden van maatschappelijk ongewenste risicoselectie die zich mogelijk zouden kunnen voordoen, na te gaan of de NZa over voldoende handhavingsinstrumenten beschikt om hier tegen op te treden. Indien mocht blijken dat dit niet het geval is, verdient het aanbeveling dat de wetgever de NZa voorziet van adequate wettelijke instrumenten om op te treden tegen risicoselectie die het realiseren van de publieke belangen ‘kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg’ belemmert.

1. Inleiding

Op 1 januari 2006 is de Zorgverzekeringswet (Zvw) in werking getreden. Deze wet geeft zorgverzekeraars en zorgaanbieders de ruimte met elkaar te concurreren om de gunst van de verzekerde/patiënt. Het doel van deze zogeheten ‘gereguleerde concurrentie’ is het creëren van continue prikkels tot kwaliteits- en doelmatigheidsverbetering in de zorg. Een belangrijk onderdeel van de Zvw is de ex-ante risicoverevening die verzekeraars vooraf dient te compenseren voor voorspelbare, gezondheid-gerelateerde kostenverschillen tussen verzekerden.² Zonder goede risicoverevening worden zorgverzekeraars vanwege de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie bij een gemiddelde premie geconfronteerd met forse voorspelbare winsten op bijvoorbeeld gezonde verzekerden en voorspelbare verliezen op bijvoorbeeld chronisch zieken. Deze voorspelbare winsten en verliezen resulteren in prikkels tot risicoselectie en leiden tot een ongelijk speelveld op de zorgverzekeringsmarkt als chronisch zieken zich concentreren in de portefeuilles van bepaalde zorgverzekeraars.

Op 3 juli 2012 heeft de Tweede Kamer met Minister Schippers overlegd over de risicoverevening (Tweede Kamer, 2012a; 2012b; 2012c), waarbij uitgebreid is gesproken over het eindrapport van de Commissie Evaluatie Risicoverevening Zorgverzekeringswet (de zogenaamde ‘Commissie-Don (2012)’) en over de rol van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) ten aanzien van (het monitoren van) risicoselectie. Een vraag die in het overleg centraal stond is hoe ernstig het probleem van risicoselectie is en welke oplossingen er zijn. Een meerderheid van de Tweede Kamer is bezorgd over het mogelijk optreden van risicoselectie (Tweede Kamer, 2012c). De bevindingen van de Commissie-Don waren voor diverse Kamerfracties aanleiding om de regering te vragen of de marktmeester NZa niet meer aandacht kan besteden aan risicoselectie en ook specifiek zou kunnen kijken naar wat de Commissie-Don boven tafel heeft gekregen, zodat de Tweede Kamer elk jaar de vinger aan de pols kan houden.

Risicoselectie is niet alleen een politiek gevoelig onderwerp, het is ook de Achilleshiel van een zorgstelsel gebaseerd op gereguleerde concurrentie. Indien risicoselectie optreedt, kan het leiden tot een afname van de kwaliteit van zorg voor chronisch zieken, een afname van de solidariteit, en een afname van de doelmatigheid (zie paragraaf 3.4). Ook als selectie-activiteiten niet succesvol zijn, kunnen zij negatieve gevolgen hebben voor het goed werken van de zorgmarkten, en daarmee voor het realiseren van de publieke doelen ‘kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg’. Denk bijvoorbeeld aan een verzekeraar die niet investeert in de kwaliteit van zorg voor chronisch zieken met als doel deze mensen buiten de deur te houden: ook als deze selectieactiviteit niet succesvol blijkt te zijn gaat het wel ten koste van de kwaliteit van zorg. Dit maakt risicoselectie een belangrijk aandachtspunt voor de NZa, die goedwerkende zorgmarkten bewaakt en toezicht houdt op de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg.³ In de afgelopen jaren heeft de NZa regelmatig aandacht besteed aan risicoselectie in de marktscan Zorgverzekeringsmarkt (bijvoorbeeld NZa 2012c). Het naleven van de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie is een vast onderdeel van het toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zvw (NZa 2012b).

² Besluit Zorgverzekering 28jun05, Staatsblad 2005 389.

³ Zie ook de artikelen 16 en 77 Wet Marktordening Gezondheidszorg (Wmg).

Tegen bovenstaande achtergrond staat de volgende vraag in dit rapport centraal:

“Op welke manieren is het voor de NZa mogelijk om risicoselectie op de zorgverzekeringsmarkt te meten?”

Belangrijke deelvragen hierbij zijn:

- Wat is risicoselectie?
- Wat zijn de mogelijke vormen van risicoselectie en wat zijn de effecten daarvan?
- Op welke manier kan de NZa de aan- of afwezigheid van risicoselectie aantonen; en in geval van aanwezigheid de mate van risicoselectie meten?

Het onderzoek levert een conceptueel denkmodel op dat de NZa kan gebruiken bij het monitoren en meten van risicoselectie op de zorgverzekeringsmarkt. De resultaten geven aan op welke wijzen de NZa (jaarlijks) thermometers in het zorgsysteem kan steken om trends in (de mate van) risicoselectie in kaart te kunnen brengen.

Dit rapport is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 2 worden relevante aspecten van de Zvw besproken. Hoofdstuk 3 bevat een conceptueel denkkader dat kan worden gebruikt bij het monitoren van mogelijke risicoselectie op de zorgverzekeringsmarkt. Hoofdstuk 4 geeft de (on)mogelijkheden aan om de aan- of afwezigheid van risicoselectie te meten en bevat suggesties voor analyses en methoden waarmee de NZa vormen van risicoselectie jaarlijks in beeld kan brengen (bijvoorbeeld in de marktscan Zorgverzekeringsmarkt). Hoofdstuk 5 bevat de conclusies en aanbevelingen.

2. De Zorgverzekeringswet

2.1. Inleiding

De invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) in 2006 maakt deel uit van de brede herziening van het zorgstelsel die is gericht op invoering van *gereguleerde concurrentie* tussen zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders.⁴ Bij dit ordeningsmodel komen prijzen en transacties in beginsel tot stand op de markt, maar stelt de overheid regels voor het borgen van de publieke belangen ten aanzien van de gezondheidszorg, te weten de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg.

In het model van gereguleerde concurrentie is aan de zorgverzekeraars de belangrijke rol toebedeeld om als kritische inkopers van zorg ten behoeve van hun verzekerden de doelmatigheid in de zorg te bevorderen. In de afgelopen jaren is sprake van een geleidelijke overgang van ‘centrale aanbodsturing door de overheid’ naar ‘zorginkoop door zorgverzekeraars’. De zorgverzekeraars ontplooiën in toenemende mate zorginkoop-activiteiten.

Op basis van de Zvw is in beginsel iedereen die legaal in Nederland woont of werkt verplicht een zorgverzekering⁵ af te sluiten. Elke zorgverzekeraar⁶ is verplicht om iedere verzekeringsplichtige die in zijn werkgebied of in het buitenland woont, op diens verzoek te accepteren voor iedere door hem aangeboden variant van de zorgverzekering (art. 3 lid 1 Zvw), ongeacht het medisch risico of andere kenmerken van de aspirant-verzekerde (acceptatieplicht).⁷ Voorts moeten zorgverzekeraars voor iedere aangeboden variant van de zorgverzekering voor al hun verzekerden dezelfde premie in rekening brengen (art. 17.2 Zvw). De acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie worden ook wel aangeduid als de ‘kroonjuwelen van de Zvw’. Aan verzekerden die lid zijn van een collectiviteit mag een premiekorting van maximaal 10% worden gegeven. Daarnaast zijn kortingen op de premiegrondslag mogelijk bij een vrijwillig eigen risico en bij vooruitbetaalde premie.

Verzekerden hebben jaarlijks de mogelijkheid om van zorgverzekering of zorgverzekeraar te veranderen.⁸ Bij de keuze voor een zorgverzekeraar kan de burger zich laten leiden door de wijze waarop een zorgverzekeraar invulling geeft aan het basispakket en zijn zorgplicht, door

⁴ De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (Awbz) en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) blijven in dit rapport buiten beschouwing.

⁵ Onder ‘*zorgverzekering*’ wordt verstaan: een schadeverzekering die voldoet aan wat daarover bij of krachtens de Zvw is geregeld en waarvan de te verzekeren prestaties het bij of krachtens de Zvw geregelde niet te boven gaat (art 1.d Zvw). De zorgverzekering is een privaatrechtelijke verzekering die tot stand komt door het sluiten van een overeenkomst tussen een burger en een zorgverzekeraar.

⁶ Een *zorgverzekeraar* is een verzekeraar, voor zover deze zorgverzekeringen aanbiedt of uitvoert (art 1.b Zvw).

⁷ Een zorgverzekeraar is niet verplicht een verzekeringsplichtige te accepteren die zich aanmeldt binnen vijf jaar nadat de betreffende zorgverzekeraar de zorgverzekering heeft beëindigd wegens wanbetaling of opzettelijke misleiding (art. 3 lid 4). Als de betrokken verzekerde zich bij een andere zorgverzekeraar aanmeldt mag deze hem/haar niet weigeren.

⁸ De verzekeringnemer kan de zorgverzekering uiterlijk 31 december van ieder jaar met ingang van 1 januari van het volgende kalenderjaar opzeggen (art. 7.1 Zvw). Bij tussentijdse wijziging van de polisvoorwaarden door de verzekeraar - bijvoorbeeld een tussentijdse verhoging van de premie - is een directe overstap mogelijk. Voor een antwoord op de vraag: “Welke subgroepen van verzekerden stappen veel, weinig of niet over naar een andere zorgverzekeraar dan wel polis?” zie Duijmelinck et al (2013a).

de nominale premie die de zorgverzekeraar (zelf vaststelt en) aan zijn verzekerden in rekening brengt en door de service die de zorgverzekeraar aan zijn verzekerden verleent.⁹

De Zvw bepaalt dat zorgverzekeraars aan verzekerden die lid zijn van een collectiviteit een premiekorting mogen geven die maximaal 10% bedraagt van de premie van de zorgverzekering (exclusief de premiekorting vanwege het eigen risico; art. 18 Zvw). Het enige verschil (met betrekking tot het verzekeringsproduct) tussen ‘individueel’ en ‘collectief’ is dat leden van een collectiviteit voor de zorgverzekering een premiekorting kunnen krijgen. Ook leden van een collectiviteit hebben dus een individuele verzekeringsovereenkomst met hun zorgverzekeraar. Collectiviteiten kunnen worden georganiseerd door elke rechtspersoon die de belangen van de verzekerden in enige vorm behartigt (bijvoorbeeld werkgevers, patiëntenorganisaties, verenigingen, gemeentelijke sociale diensten, vakbonden of zorgverzekeraars). Voor collectiviteiten zelf bestaat geen acceptatieplicht. Een collectiviteit, zoals een vereniging, kan dus selectief leden accepteren door bijvoorbeeld toelatingseisen te stellen.

De Zvw verbiedt zorgverzekeraars om ziektekostenverzekeringen ter aanvulling van de zorgverzekering (zogenoemde ‘aanvullende verzekeringen’) te beëindigen of op te zeggen indien de verzekerde de zorgverzekering opzegt (art. 120 Zvw).

Voor de aanvullende verzekeringen geldt geen acceptatieplicht en geen verbod op premiedifferentiatie. In aanvullende verzekeringen zit alleen die zorg waarvan de regering vindt dat die voor eigen rekening en verantwoording van de verzekerde zelf kunnen komen.¹⁰ Alle zorg waarvoor de regering zich verantwoordelijk acht, zit in de basisverzekering.

De Zvw maakt het mogelijk dat zorgverzekeraars een groot aantal varianten van de zorgverzekering mogen aanbieden (paragraaf 2.2). Het financiële hart van de Zvw wordt gevormd door de risicoverevening (paragraaf 2.3).

2.2. Grote diversiteit aan zorgverzekeringen

Een zorgverzekeraar mag verschillende varianten van de zorgverzekering aanbieden (art 3.2 en art. 11 Zvw). De mogelijkheden die de Zvw biedt om verzekeringsovereenkomsten te variëren, zijn in beginsel vrijwel onbeperkt (Memorie van Toelichting Zvw, p.27).

De Zvw omschrijft het basispakket in functionele termen. In de **wet** wordt bepaald wat onder de aanspraak valt (de *aard*, *inhoud* en *omvang* van de zorg) en wanneer (de indicatiegebieden) een aanspraak bestaat (art. 11.3 Zvw). Bijvoorbeeld de Zvw bepaalt dat ‘de verzekerde aanspraak heeft op geneeskundige zorg’, waarbij geneeskundige zorg wordt omschreven als ‘zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden’ (art. 2.4.1 Besluit Zorgverzekering).¹¹ In de **polis** wordt bepaald welke zorg door *wie* wordt verleend, *waar* deze zorg wordt verleend en welke *voorwaarden* (bijvoorbeeld toestemmingsvereisten, verwijzing en voorschrijfvereisten)

⁹ Voor een antwoord op de vraag: “Waarom stappen bepaalde subgroepen van verzekerden veel, weinig of niet over naar een andere zorgverzekeraar dan wel polis?” zie Duijmelinck et al (2013b).

¹⁰ Zie bijvoorbeeld de brief van Minister Schippers aan de Tweede Kamer dd 14 november 2012 (in antwoord op vragen van de Kamerleden Leijten (SP) en Van Gerven (SP) over de invoering van een no-claim door Bewuzt/VGZ).

¹¹ NB: In de Ziekenfondswet waren de aanspraken van de verzekerden omschreven in termen van de aanbieders van zorg: “De verzekerde heeft aanspraak op zorg verleend door huisartsen, specialisten, fysiotherapeuten,”. Deze omschrijving van de aanspraken gaf de betreffende beroepsgroep een wettelijk beschermd monopolie.

gelden.¹² De zorgverzekeraar kan in de polis de aanspraken van de verzekerden op geneesmiddelen beperken tot de door hem aangewezen middelen binnen het basispakket onder de voorwaarde dat hij van elke werkzame stof ten minste één middel moet aanwijzen.¹³ Zorgverzekeraars kunnen met de zorgverleners in overeenkomsten afspraken maken over de kwaliteit en doelmatigheid van de verzekerde zorg. In het Besluit Zorgverzekering¹⁴ wordt gesteld: “Uitgangspunt bij de Zvw is immers dat de doelmatigheid een onderwerp is dat behoort tot de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar en dus niet het onderwerp van wettelijke voorschriften is. Een eventuele doelmatigheidsvereiste is aan de zorgverzekeraar en de verzekerden om daarover afspraken te maken in de zorgverzekering en vervolgens op te nemen in de zorgpolis.”¹⁵

De functiegerichte omschrijving van de aanspraken betekent dat in beginsel in de zorgverzekeringsovereenkomst is vastgelegd welke persoon of instelling invulling geeft aan een bepaalde verzekeringsaanspraak. Dit betekent niet dat er onduidelijkheid bestaat over de vraag wat de aard en de omvang van de verzekeringsaanspraken zijn. Het is de wetgever die het te verzekeren pakket vaststelt. De functiegerichte omschrijving van het basispakket stimuleert enerzijds een differentiatie in het polis-aanbod en daarmee concurrentie tussen zorgverzekeraars, en anderzijds concurrentie tussen zorgaanbieders. Met de functiegerichte omschrijving wordt beoogd dat enerzijds de verzekerden voldoende rechtszekerheid hebben over de aanspraken krachtens de zorgverzekering en dat anderzijds zorgverzekeraars voldoende flexibiliteit hebben ten behoeve van doelmatigheid en zorginkoop.

Op grond van artikel 11.1 van de Zvw heeft de zorgverzekeraar een zorgplicht die als volgt kan worden ingevuld: hetzij door de verzekerde recht te geven op de zorg waaraan zij of hij behoefte heeft (*naturamodel*), hetzij door de kosten van deze zorg te vergoeden alsmede, desgevraagd, activiteiten te ontplooiën die gericht zijn op het doen verkrijgen van deze zorg (*restitutiemodel*), hetzij door een combinatie van beide.

Zorgverzekeraars kunnen met zorgaanbieders overeenkomsten sluiten om de levering van zorg te garanderen en de doelmatigheid van zorg te bevorderen. Op grond van een naturapolis (alsmede een combinatiepolis) hebben zorgverzekeraars een leveringsplicht en is het contracteren van voldoende zorgaanbieders noodzakelijk om aan de leveringsplicht te voldoen. Ook bij restitutiepolissen kunnen contracten worden afgesloten tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars, maar dit is in beginsel niet verplicht. De contractvrijheid biedt zorgverzekeraars en zorgaanbieders de mogelijkheid tot selectief contracteren en het maken van afspraken over (financiële prikkels tot) doelmatige zorgverlening.¹⁶ Bij een

¹² Besluit Zorgverzekering 28jun05, p. 18-19, 35-38, 42-44, Staatsblad 2005 389.

¹³ Besluit Zorgverzekering 28jun05 (p. 6, 42-44), Staatsblad 2005 389.

¹⁴ Besluit Zorgverzekering 28jun05 (artikel 2.1, p. 37), Staatsblad 2005 389.

¹⁵ Voorts wordt in het Besluit Zorgverzekeringen (art.2.1.3) gesteld dat de verzekerde slechts recht heeft op een vorm van zorg of een dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

¹⁶ Een inbreuk op de vrijheid van zorgverzekeraars om zelf de manier te bepalen waarop zij invulling willen geven aan hun zorgplicht, wordt gevormd door de in de wet voorziene mogelijkheid om bij algemene maatregel van bestuur bepaalde zorgvormen aan te wijzen die uitsluitend op gecontracteerde basis aan de verzekerden mogen worden geleverd. Zorgverzekeraars, respectievelijk aanbieders van de aangewezen zorgvorm hebben daarbij de verplichting om onder gelijke voorwaarden te contracteren met iedere aanbieder van die zorgvorm, respectievelijk iedere zorgverzekeraar die dat wenst (art. 12 Zvw). Deze maatregel kan op grond van overwegingen van algemeen belang worden toegepast. Daarbij zal met betrekking tot iedere aangewezen zorgvorm, gelet op noodzaak en proportionaliteit, dienen te worden aangetoond dat de desbetreffende inbreuk op de Europese regels inzake vrije dienstverlening gerechtvaardigd is. Men kan volgens de Memorie van toelichting in dit verband denken aan de noodzaak om de distributie van bepaalde vormen van topklinische zorg die slechts in beperkte mate beschikbaar zijn, aan de gehele bevolking zeker te stellen. Ook kan men denken aan

zorgverzekering met een gecontracteerd zorgaanbod kan de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg liggen tussen 0 en 100% (NZa 2012a).¹⁷ De Zvw biedt zorgverzekeraars de mogelijkheid zorgaanbieders in dienst te nemen (zie artikel 12.1 en 13.1 Zvw). Ook in dat geval wordt in de Zvw gesproken van “gecontracteerde zorg” omdat er dan immers sprake is van een arbeidsovereenkomst tussen de zorgverzekeraar en de hulpverlener.¹⁸

Wanneer een zorgverzekeraar zorgaanbieders in dienst neemt of deelneemt in een zorgstelling is sprake van verticale integratie. Verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders kan gezien worden als een ultieme vorm van zorginkopen om aan de zorgplicht te (kunnen) voldoen.

Zorgverzekeringen bevatten voor verzekerden van 18 jaar of ouder een verplicht eigen risico, dat wil zeggen een bedrag (€350 in 2013) aan zorgkosten dat voor rekening van de verzekerde blijft (art. 1g en 19 Zvw). Dit bedrag wordt jaarlijks geïndexeerd. Het verplicht eigen risico geldt wettelijk niet voor huisartsenzorg, kraamzorg en verloskundige zorg. De zorgverzekeraar brengt de kosten onder het verplicht eigen risico in rekening bij de verzekerde. Naast het verplichte eigen risico hebben verzekerden de mogelijkheid om vrijwillig hun eigen risico te verhogen met 100, 200, 300, 400 of 500 euro. In ruil hiervoor krijgen verzekerden een premiekorting, die de zorgverzekeraar zelf mag vaststellen. Deze premiekorting moet per eigen-risicobedrag voor alle verzekerden met dezelfde variant zorgverzekering gelijk zijn.¹⁹ De zorgverzekeraar is niet verplicht om elk vastgesteld bedrag van het eigen risico aan te bieden (art 20.2 Zvw). Het vrijwillig eigen risico kan jaarlijks door de verzekerde worden aangepast. Een zorgverzekeraar kan zelf bepalen welke vormen van zorg of overige diensten niet onder het vrijwillig eigen risico vallen (art. 21.4 Zvw). Bij algemene maatregel van bestuur kunnen vormen van zorg worden aangewezen waarvan de zorgverzekeraar onder bepaalde voorwaarden kan bepalen dat de kosten geheel of gedeeltelijk buiten het verplicht eigen risico vallen (art. 21.3 Zvw). Een zorgverzekeraar kan ervoor kiezen om verzekerden geen of slechts een deel van het eigen risico in rekening te brengen voor de zorgkosten van een voorkeur-zorgaanbieder. Hiermee hebben zorgverzekeraars een instrument in handen om verzekerden te sturen naar voorkeur-zorgaanbieders.

2.3. Risicoverevening

Het financiële hart van de Zvw wordt gevormd door het ex-ante risicovereveningsmodel dat zorgverzekeraars vooraf dient te compenseren voor voorspelbare, gezondheid-gerelateerde

de noodzaak om te voorkomen dat de financiële houdbaarheid van het stelsel in gevaar komt vanwege extreme kostenontwikkelingen.

De Zvw biedt ook de mogelijkheid om, daar waar de marktomstandigheden dat toelaten, er voor te kiezen dat zorgvormen worden aangewezen die op gecontracteerde basis aan verzekerden moeten worden geleverd, zonder dat daarbij voor zorgverzekeraars, respectievelijk zorgaanbieders de verplichting geldt dat zij met iedere partij die dat wil een zorgcontract overeenkomen.

¹⁷ Gegeven de uitleg van art 13 Zvw door het Gerechtshof 's-Hertogenbosch dient hierbij het ‘hinderpaal criterium’ en de vrije artsenuitvoering in acht te worden genomen (Gerechtshof 's-Hertogenbosch, 19 juni 2012, CZ vs Addictioncare, LJN BW9803; NJF 2012, 392, Rechtspraak.nl). In het regeerakkoord van het kabinet Rutte-Asscher is aangekondigd artikel 13 Zvw af te schaffen zodat selectieve zorginkoop wordt ondersteund.

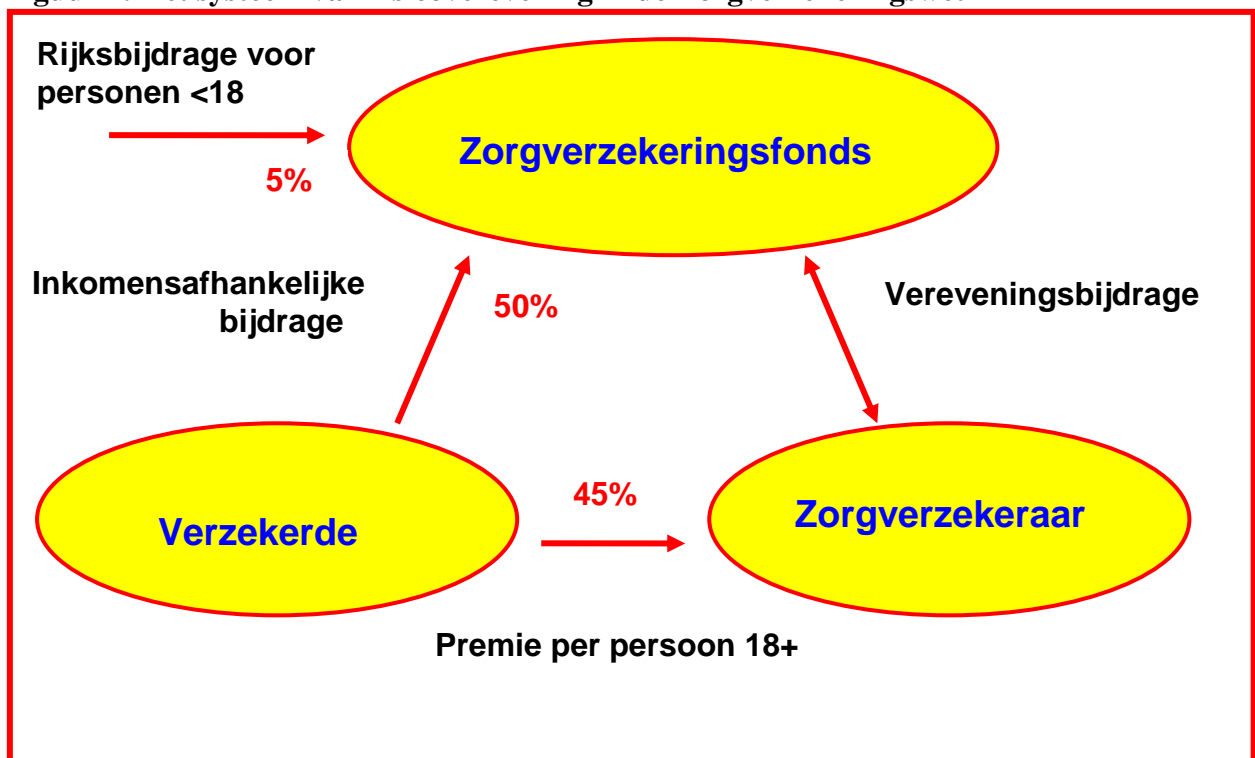
¹⁸ Kamerstukken II 2003-2004, 29 763, nr. 3 p.105 (MvT).

¹⁹ De premiekorting mag wel afhangen van het aantal kalenderjaren waarvoor een vrijwillig eigen risico van de verzekerde heeft gegolden (art. 20.3 Zvw). Van deze mogelijkheid is voor zover ons bekend nog geen gebruik gemaakt. (Bij beëindiging van de zorgverzekering verstrekt de zorgverzekeraar de verzekerde hiervan een bewijs waarop wordt aangetekend of voor de verzekerde een vrijwillig eigen risico gold, en zo ja met welke ingangsdatum en voor welk bedrag; art. 9.2e Zvw. Niet alle zorgverzekeraars komen deze verplichting na.)

kostenverschillen tussen verzekerden.²⁰ Zonder goed vereveningsmodel worden zorgverzekeraars vanwege de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie bij een gemiddelde premie geconfronteerd met forse voorspelbare winsten op gezonde verzekerden en voorspelbare verliezen op chronisch zieken.

Zorgverzekeraars ontvangen uit het Zorgverzekeringsfonds, dat wordt beheerd door het College voor Zorgverzekeringen (CVZ), voor elke verzekerde een vereveningsbijdrage (positief of negatief) die afhankelijk is van de gezondheidskenmerken van de betreffende verzekerde (zie Figuur 1). Het Zorgverzekeringsfonds wordt gevoed met de inkomensafhankelijke bijdragen die de Belastingdienst heft en met de Rijksbijdrage voor zorguitgaven van kinderen tot 18 jaar (voor wie de zorgverzekeraar geen nominale premie in rekening mag brengen). De hoogte van de vereveningsbijdrage wordt vastgesteld voorafgaande aan het kalenderjaar waarop de vereveningsbijdrage betrekking heeft (art. 32 - 36 Zvw).

Figuur 1. Het systeem van risicoverevening in de Zorgverzekeringswet



Het vereveningssysteem in de Zvw komt globaal overeen met het vereveningssysteem dat sinds 1992 voor de ziekenfondsverzekering is ontwikkeld. In de beginjaren waren de vereveningsbijdragen uitsluitend gebaseerd op leeftijd en geslacht. In de loop der jaren is het vereveningsmodel stapsgewijs verbeterd. Essentiële verbeteringen waren het toevoegen van Farmacie Kosten Groepen (FKGs) in 2002, Diagnose Kosten Groepen (DKGs) in 2004, en ‘Meerjarig Hoge Kosten’ (MHK) in 2012.²¹ Naast leeftijd, geslacht, FKG, DKG en MHK

²⁰ Besluit Zorgverzekering 28jun05, Staatsblad 2005 389.

²¹ Een FKG is een gezondheidskenmerk afgeleid van het geneesmiddelengebruik van een verzekerde in het voorgaande jaar (zie bijvoorbeeld Lamers et al. 2000). Een Diagnose Kosten Groep (DKG) is een gezondheidskenmerk afgeleid van het ziekenhuisgebruik in het voorgaande jaar (zie bijvoorbeeld Van Vliet et al., 1994). De hiervoor benodigde diagnose-informatie wordt ontleend aan de Diagnose-Behandeling-Combinatie(DBC)-codes. Op basis van de hoogte van hun zorgkosten in de drie voorgaande jaren worden verzekerden ingedeeld in 7 MHK-klassen.

houdt het vereveningsmodel in 2012 rekening met de aard van het inkomen, regio en sociaaleconomische status.²²

In het model van 2012 zijn deze kenmerken als volgt gedefinieerd (zie Van Kleef et al. (2012) voor een gedetailleerde beschrijving):

- leeftijd/geslacht: indeling van verzekerden naar 20x2 leeftijd/geslachtklassen;
- regio: indeling naar 10 postcodeclusters op basis van regiospecifieke kenmerken;
- aard van het inkomen: indeling naar 17 klassen op basis van de voornaamste inkomstenbron in combinatie met leeftijd;
- FKG's: 26 klassen op basis van medicijngebruik in het voorgaande jaar;
- DKG's: 14 klassen op basis van Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) in het voorgaande jaar;
- SES: 12 klassen op basis van het huishoudinkomen per hoofd in combinatie met leeftijd;
- MHK: 7 klassen op basis van de hoogte van de kosten in de drie voorgaande jaren.

In 2013 is de risicoverevening verbeterd ten opzichte van 2012 doordat de DKG's niet langer alleen gebaseerd zijn op de diagnoses bij ziekenhuisopnamen, maar ook op de diagnoses van poliklinische zorg. Hierdoor is het percentage verzekerden dat onder een DKG valt, gestegen van 2% in 2012 naar 8% in 2013.

De vereveningsbijdrage voor verzekerden in een subgroep met bepaalde vereveningskenmerken is gebaseerd op de landelijk gemiddelde voorspelde kosten in de betreffende subgroep minus een voor alle subgroepen gelijk bedrag (de zogenoemde 'rekenpremie'; €1154 in 2013).²³ Indien de vereveningsbijdrage positief is, ontvangt de verzekeraar het betreffende bedrag van het Zorgverzekeringsfonds; indien de vereveningsbijdrage negatief is, bijvoorbeeld voor jonge gezonde mensen, moet de verzekeraar het betreffende bedrag betalen aan het Zorgverzekeringsfonds. Aldus komt een zorgverzekeraar idealiter voor elke verzekerde, ongeacht zijn gezondheidskenmerken, een *naar verwachting* gelijk bedrag tekort. Kenmerkend voor de ex-ante risicoverevening is dat niet de verschillen in *werkelijke* zorgkosten worden gecompenseerd, maar dat verevening plaatsvindt van de *verwachte* zorgkosten op basis van kenmerken die samenhangen met de gezondheidstoestand van de verzekerden. Deze kenmerken van een verzekerde dienen als basis voor het berekenen van de vereveningsbijdrage die een zorgverzekeraar voor de betreffende verzekerde krijgt uit (of betaalt aan) het Zorgverzekeringsfonds. De kostenverschillen tussen zorgverzekeraars en zorgpolissen komen idealiter dus volledig tot uiting in de hoogte van de nominale premie die de zorgverzekeraar zelf per polis vaststelt (premieconcurrentie). Wanneer de ex-ante risicoverevening tekortschiet kunnen verschillende vormen van ex-post kostencompensaties worden ingezet. Voor de uiteindelijke bepaling van de vereveningsbedragen houdt de overheid bovendien rekening met aspecten als stijgende zorgkosten en pakketwijzigingen.²⁴

²² Het vereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ laten we hier buiten beschouwing.

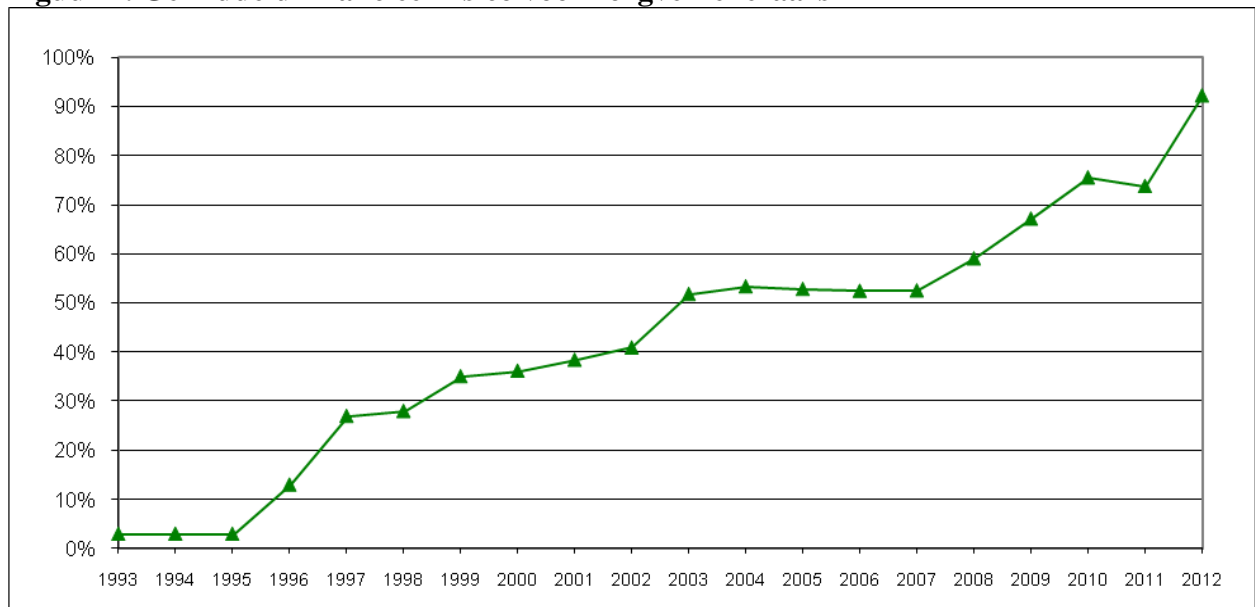
²³ Deze vermindering met de rekenpremie geldt niet voor kinderen tot 18 jaar. Zij betalen ook geen premie aan hun zorgverzekeraar.

²⁴ Achteraf worden de ex-ante vereveningsbijdragen aan de zorgverzekeraars gecorrigeerd voor verschillen tussen de geraamde en de gerealiseerde omvang en samenstelling van de verzekerdenportefeuille van de zorgverzekeraars. Voorkomen dient te worden dat een zorgverzekeraar die in enig jaar veel extra klanten krijgt, bijvoorbeeld doordat bekend is geworden dat hij de benodigde zorg zeer snel voor zijn verzekerden regelt en claims heel goed afhandelt, pas in een later jaar voor deze toestroom wordt gecompenseerd.

Ex-post kostencompensaties

In de afgelopen twee decennia zijn in aanvulling op de ex-ante risicoverevening verschillende ex-post kostencompensaties toegepast waarmee zorgverzekeraars achteraf een gedeeltelijke compensatie hebben ontvangen van de gerealiseerde kosten. Deze ex-post kostencompensaties verminderen de prikkel tot risicoselectie, maar ook de prikkel tot doelmatigheid. Om zorgverzekeraars te prikkelen tot doelmatige zorginkoop zijn deze ex-post kostencompensaties in de loop der jaren parallel aan de verbeteringen in het risicovereveningsmodel afgebouwd. Dit heeft geresulteerd in een toename van het financieel risico voor zorgverzekeraars van ongeveer 3 procent in 1993 naar ongeveer 92 procent in 2012 (exclusief geneeskundige GGZ). Met financieel risico wordt bedoeld: de mate waarin individuele zorgverzekeraars gemiddeld zelf opdraaien voor afwijkingen tussen de door het vereveningsmodel voorspelde kosten en de feitelijke kosten. Figuur 2 toont de ontwikkeling van het financieel risico voor zorgverzekeraars sinds de invoering van de risicoverevening in 1993. Vooral in de laatste vijf jaar is het financieel risico sterk toegenomen. In het Regeerakkoord VVD-PvdA is afgesproken het financieel risico verder te verhogen tot honderd procent in 2015 (Tweede Kamer, 2011). In 2013 bedraagt dit percentage 94%.

Figuur 2. Gemiddeld financieel risico voor zorgverzekeraars¹



Bron: Van Kleef et al., 2012

¹ Exclusief de ggz-kosten en exclusief de bandbreedteregeling; onder veronderstelling van macrona calculatie.

3. Risicoselectie

3.1 Definitie risicoselectie

Een belangrijk oogmerk van de Zvw is het realiseren van inkomenssolidariteit en risicosolidariteit ten aanzien van zorgverzekeringen. Dit rapport zal verder uitsluitend ingaan op risicosolidariteit, dat wil zeggen solidariteitsbijdragen ('kruissubsidies') van laagrisico verzekerden aan hoogrisico verzekerden. Risicosolidariteit kan verminderen door risicoselectie. Omdat het begrip risicoselectie centraal staat in dit rapport, zal onderstaand een definitie van risicoselectie worden gegeven, allereerst bij vrije (niet-gereguleerde) concurrentie tussen verzekeraars (paragraaf 3.1.1) en vervolgens bij gereguleerde concurrentie tussen zorgverzekeraars (paragraaf 3.1.2).

3.1.1. Vrije concurrentie tussen verzekeraars

Als referentiekader voor 'maximale' risicosolidariteit op een concurrerende verzekeringsmarkt kunnen de impliciete solidariteitsbijdragen dienen die bestaan in de situatie dat:

1. alle verzekeraars een identieke portefeuillesamenstelling hebben wat betreft alle relevante risicogroepen, en
2. de laag- en hoogrisico verzekerden allen een identieke verzekering hebben en
3. per verzekeraar dezelfde premie betalen.

Er is dan sprake van het 'volledig poolen van de kosten van de laag- en hoogrisico verzekerden' op een concurrerende verzekeringsmarkt. Voor zover er dan premieverschillen tussen de verzekeraars bestaan, zijn die het gevolg van doelmatigheidsverschillen (en verschillen in inkomsten uit eigen vermogen, winstuitkering, e.d.) tussen de verzekeraars.²⁵

In de situatie van 'maximale' risicosolidariteit maken de verzekeraars een voorspelbare winst op de laagrisico verzekerden en een voorspelbare verlies op de hoogrisico verzekerden. Op een vrije concurrerende verzekeringsmarkt is zo'n situatie echter niet stabiel omdat concurrentie geen voorspelbare (over)winsten duldt. Op de meeste markten wordt het als gunstig beschouwd dat de consument voor producten niet te veel betaalt, maar op de verzekeringsmarkt kan concurrentie de solidariteit aantasten. Op een vrije concurrerende markt zal verzekeraar A die uit solidariteitsoverwegingen een voor alle verzekerden gelijke premie hanteert, op zijn laagrisico verzekerden geen voorspelbare (over)winsten kunnen maken omdat zij vertrekken naar concurrenten die aan premiedifferentiatie doen, dat wil zeggen aan de laagrisico verzekerden een lagere premie vragen dan verzekeraar A en aan de hoogrisico verzekerden een hogere premie dan verzekeraar A. Uiteindelijk zal verzekeraar A alleen de hoogrisico verzekerden overhouden en hen dus een zeer hoge premie moeten vragen. Aldus wordt risicosolidariteit, dat wil zeggen het 'poolen van de kosten van de laag- en hoogrisico verzekerden', door premiedifferentiatie verminderd of verhinderd.

Premiedifferentiatie per product, dat wil zeggen het vragen van verschillende premies voor hetzelfde product, wordt gedefinieerd als:

“de verzekeraar segmenteert de markt in zo homogeen mogelijke risicogroepen aan wie hij voor dit product naar-het-risico-gedifferentieerde premies vraagt.”

Onder een *verzekeringsproduct* verstaan wij:

²⁵ De precieze omvang van de solidariteitsbijdragen van de laagrisico aan de hoogrisico verzekerden bij 'maximale' risicosolidariteit hangt dus mede af van de doelmatigheid van de verzekeraars.

“alle verzekeringsovereenkomsten van een verzekeraar waarbij de door de verzekeraar te leveren prestaties gelijk zijn”.²⁶

Verzekeringsovereenkomsten met verschillende eigen risico's en met overigens gelijke verzekeringsdekking worden dus beschouwd als verschillende verzekeringsproducten. De premiekorting bij een eigen risico wordt niet beschouwd als premiedifferentiatie per product, maar als een premiekorting ten opzichte van een product zonder eigen risico en met overigens dezelfde verzekeringsvoorwaarden.

Premiedifferentiatie per product²⁷ zal vrijwel nooit volledig perfect zijn in de zin dat alle onderscheiden risicogroepen volledig homogeen zijn. Er zal vrijwel altijd sprake zijn van laag- en hoogrisico verzekerden binnen elke risicogroep die is onderscheiden bij de premiedifferentiatie. Deze risicoheterogeniteit kan worden veroorzaakt doordat de transactiekosten van verdere differentiatie van de risicogroepen en/of het bepalen van de premie per nieuwe subgroep te kostbaar is.²⁸ Een alternatieve manier om het ‘poolen van heterogene risico’s’²⁹ te verminderen is *risicoselectie*. Een verzekeraar kan bijvoorbeeld de hoogrisico verzekerden weigeren of hen alleen accepteren met uitsluiting van bestaande aandoeningen (‘brandende huizen zijn niet te verzekeren’). Een andere vorm van risicoselectie is dat verzekeraars verschillende producten met een kostendekkende premie aanbieden die elk qua verzekeringsvoorwaarden (premie, dekking en vergoedingen) aantrekkelijk zijn voor een specifiek segment van de markt. Bijvoorbeeld een product met een hoog eigen risico is aantrekkelijk voor laagrisico verzekerden en een product zonder eigen risico is aantrekkelijk voor hoogrisico verzekerden. Het gevolg van deze marktsegmentatie via ‘productdifferentiatie en vervolgens zelfselectie door de verzekerden’ is dat de laagrisico verzekerden een lage premie betalen (ook gecorrigeerd voor hun betalingen-uit-eigen-zak, het remgeldeffect en eventueel lagere administratiekosten) en de hoogrisico verzekerden een hoge premie. In extremo koopt elke risicogroep een apart product met een eigen kostendekkende premie, waardoor de kosten van de laag- en hoogrisico verzekerden niet worden gepoold.

In dit rapport wordt *risicoselectie* gedefinieerd als:³⁰

“acties (anders dan premiedifferentiatie per product) door verzekerden of verzekeraars met als doel of gevolg dat de kosten van de laag- en hoogrisico verzekerden niet volledig worden gepoold”.

²⁶ Om onduidelijkheid te vermijden gebruiken we in paragraaf 3.1, waar we een aantal essentiële begrippen definiëren, niet de term ‘polis’. Officieel is een polis het door de verzekeraar afgegeven schriftelijk stuk waarin de verzekeringsovereenkomst wordt vastgelegd. De polis bestaat doorgaans uit een polisblad met bijlagen die de polisvoorwaarden en speciale clausules bevatten. In het spraakgebruik wordt de term ‘polis’ ook gehanteerd voor de *verzekeringsovereenkomst* zelf of voor een *verzekeringsproduct*. In de rest van dit rapport sluiten we wel aan bij dit spraakgebruik mits uit de context duidelijk is wat precies bedoeld wordt.

²⁷ Voor zorgverzekeringen zijn de meeste vormen van premiedifferentiatie wettelijk verboden; zie hoofdstuk 2.

²⁸ Of doordat (verdere) premiedifferentiatie niet is toegestaan; zie paragraaf 3.1.2.

²⁹ Dat wil zeggen het vragen van dezelfde premie aan de laag- en hoogrisico verzekerden binnen de onderscheiden risicogroepen.

³⁰ Deze definitie sluit aan bij de definitie van Newhouse (1996): “Actions by consumers and health plans to exploit unpriced risk heterogeneity and break pooling arrangements. Often the term selection is also used to refer to the outcome of these actions”.

De groepen *laag- en hoogrisico* verzekerden zijn de groepen verzekerden die voorspelbaar winstgevend respectievelijk verliesgevend zijn *binnen de risicogroepen die zijn onderscheiden bij de premiedifferentiatie per product*. Dit geeft nogal eens verwarring omdat hoogrisico verzekerden door verdere premiedifferentiatie laagrisico verzekerden kunnen worden. Bijvoorbeeld bij de afwezigheid van premiedifferentiatie vormt een groep gezonde 70-jarigen met bovengemiddelde kosten (binnen de gehele verzekerdenpopulatie) een groep hoogrisico verzekerden. Maar bij leeftijdsafhankelijke premies zijn zij laagrisico verzekerden (vanwege ondergemiddelde kosten binnen hun leeftijdsklasse). Ook is van belang dat deze definitie zowel risicoselectie door de verzekerde ('antiselectie') als risicoselectie door de verzekeraar ('gunstige-risicoselectie') omvat.

De risicosolidariteit op een vrije concurrerende verzekeringsmarkt kan dus worden verminderd enerzijds door premiedifferentiatie en anderzijds door andere acties met als doel of gevolg dat de kosten van de laag- en hoogrisico verzekerden niet volledig worden gepoold ('risicoselectie'). *Premiedifferentiatie en risicoselectie zijn dus per definitie de twee elkaar uitsluitende manieren om risicosolidariteit te verminderen of verhinderen.*

De woorden 'doel of gevolg' in de definitie van risicoselectie impliceren dat risicoselectie niet alleen gaat over acties met als doel dat de kosten van de laag- en hoogrisico verzekerden niet volledig worden gepoold waarbij dit doel ook daadwerkelijk wordt gerealiseerd. Er kan ook sprake zijn van (1) acties met als doel dat de kosten van de laag- en hoogrisico verzekerden niet volledig worden gepoold zonder dat dit doel wordt gerealiseerd (bijvoorbeeld omdat alle verzekeraars even succesvol zijn in risicoselectie), of (2) acties met als gevolg dat de kosten van de laag- en hoogrisico verzekerden niet volledig worden gepoold zonder dat dit het doel van de acties was (omdat de acties een ander doel hadden).

In beginsel bestaan er veel acties die als risicoselectie kunnen worden gekwalificeerd, bijvoorbeeld een selectief acceptatiebeleid, selectieve marketing en productdifferentiatie. De uitkomst van marktsegmentatie via 'productdifferentiatie en vervolgens zelfselectie door de verzekerden' verschilt van premiedifferentiatie per product in de zin dat de laagrisico verzekerden die een verzekering met kostendekkende premie willen kopen, bij marktsegmentatie door productdifferentiatie genoeg moeten nemen met een beperkte verzekeringsdekking (want de hoogrisico verzekerden kiezen een volledige verzekeringsdekking waardoor de premie voor een volledige verzekeringsdekking boven het kostendekkend niveau van laagrisico verzekerden ligt), terwijl zij bij premiedifferentiatie per product wel een kostendekkende verzekering met volledige verzekeringsdekking kunnen kopen.

Bij perfecte premiedifferentiatie per product is geen sprake meer van laag- en hoogrisico verzekerden binnen de onderscheiden risicogroepen, en bestaat (in theorie) per definitie geen risicoselectie. In de praktijk is perfecte premiedifferentiatie per product onwaarschijnlijk en zijn dus vrijwel altijd prikkels tot risicoselectie aanwezig. Maar de aanwezigheid van de prikkels tot risicoselectie betekent niet noodzakelijk dat risicoselectie optreedt.

3.1.2. Gereguleerde concurrentie tussen zorgverzekeraars

Op de zorgverzekeringsmarkt in Nederland bestaat geen vrije concurrentie maar gereguleerde concurrentie. De regulering heeft onder andere betrekking op de acceptatieplicht, het verbod op premiedifferentiatie³¹ en de risicoverevening. Hoewel de acceptatieplicht de

³¹ Met enkele wettelijk toegestane uitzonderingen (zie hoofdstuk 2).

zorgverzekeraars verbiedt om mensen met een hoog risico te weigeren, verbiedt een acceptatieplicht de zorgverzekeraars niet om de vele andere (subtiële) vormen van risicoselectie toe te passen (zie paragraaf 3.3). Ook vermindert een acceptatieplicht de voorspelbare verliezen op de hoogrisico verzekerden niet. De prikkel tot risicoselectie blijft dus bestaan. Omdat een acceptatieplicht de zorgverzekeraar de meest voor de hand liggende manier van risicoselectie ontnemt (te weten aspirant verzekerden weigeren te accepteren), is een zorgverzekeraar die aan risicoselectie wil doen, aangewezen op de andere (subtiële) vormen van risicoselectie die zonder acceptatieplicht wellicht niet of minder zouden worden toegepast.

Op de Nederlandse zorgverzekeringsmarkt wordt de prikkel tot risicoselectie vermindert door risicoverevening. Hoe beter de risicoverevening, des te geringer is de prikkel tot risicoselectie. Bij ‘perfecte’ risicoverevening worden alle risicogroepen adequaat verevend en bestaat geen prikkel tot risicoselectie.³² De vereveningsbijdragen die zorgverzekeraars ontvangen kunnen worden beschouwd als risicoafhankelijke premiesubsidies (positief of negatief) die equivalentie beogen tussen de inkomsten en de verwachte uitgaven per afzonderlijke zorgverzekeringsovereenkomst.

Voor een concurrerende zorgverzekeringsmarkt met risicoverevening is van belang dat in de definitie van risicoselectie (zie boven) de groepen *laag- en hoogrisico* verzekerden bestaan uit de groepen verzekerden die voorspelbaar winstgevend respectievelijk verliesgevend zijn *binnen de risicogroepen die zijn onderscheiden bij de risicoverevening en bij de toegestane premiedifferentiatie per zorgverzekeringsproduct*. Door invoering of verbetering van de risicoverevening is het mogelijk dat hoogrisico verzekerden laagrisico verzekerden worden. Bijvoorbeeld zonder risicoverevening vormt een groep gezonde 70-jarigen met bovengemiddelde kosten (binnen de gehele verzekerdenpopulatie) een groep hoogrisico verzekerden. Maar bij leeftijdsafhankelijke vereveningsbijdragen vormen zij een groep laagrisico verzekerden (vanwege ondergemiddelde kosten binnen hun leeftijdsklasse). Als een zorgverzekeraar zich uitsluitend richt op jonge verzekerden, heeft hij wel een ‘selectief’ verzekerdenbestand, maar is bij leeftijdsafhankelijke risicoverevening geen sprake van risicoselectie. Echter, als een zorgverzekeraar zich bij leeftijdsafhankelijke risicoverevening uitsluitend richt op gezonde oudere verzekerden, is wel sprake van risicoselectie. Veelal is echter niet duidelijk of risicoselectie het doel of het gevolg is van bepaalde acties. Marktsegmentatie waardoor de kosten van de laag- en hoogrisico verzekerden niet volledig worden gepoold, kan enerzijds het doel zijn, maar kan anderzijds ook het neveneffect zijn van een doelgroepenbenadering waarbij de betreffende verzekeraar zich om andere redenen richt op dit marktsegment.³³

³² Om complicaties te vermijden wordt hier verondersteld dat de risicoverevening de zorgverzekeraars voor alle denkbare risicofactoren beoogt te compenseren. In de praktijk is dit thans het geval; in theorie, dat wil zeggen volgens het Besluit Zorgverzekeringen, zou dit niet het geval moeten zijn en zou alleen verevend moeten worden voor de risicofactoren leeftijd, geslacht en gezondheid. In dat geval zou het logisch zijn de zorgverzekeraars vrij te laten om de overige risicofactoren tot uiting te laten komen in premiedifferentiatie per product (en niet in risicoselectie). Het verbod op premiedifferentiatie laat een dergelijke premiedifferentiatie thans echter niet toe.

³³ Bijvoorbeeld een zorgverzekeraar kan zich specifiek richten op gezonde ouderen aangesloten bij een ouderenbond omdat deze verzekeraar ook gespecialiseerd is in andere (verzekering)producten voor deze doelgroep, bijvoorbeeld reisverzekeringen, buitenlandverzekeringen of lijfrenteverzekeringen. Of een zorgverzekeraar kan zich specifiek richten op ‘vrouwen die de pil gebruiken’ (en die dus naar verwachting lage aan-geboortegerelateerde zorgkosten hebben) omdat deze verzekeraar de pil in zeer grote aantallen zeer goedkoop heeft ingekocht en/of gespecialiseerd is in andere (verzekering)producten voor deze doelgroep, bijvoorbeeld reisverzekeringen en buitenlandverzekeringen.

Gegeven bovenstaande definities zijn het vormen van een collectiviteit (inclusief het uitsluitend toelaten van laagrisico verzekerden tot een collectiviteit, i.e. ‘selectie door de collectiviteit’) en het verlenen door de zorgverzekeraar van collectiviteitskortingen te beschouwen als een vorm van premiedifferentiatie³⁴ én, uitsluitend voor zover bij imperfecte risicoverevening sprake is van onvolledige naar collectiviteitsrisico gedifferentieerde premiekortingen, als een vorm van risicoselectie. De mate waarin sprake is van risicoselectie hangt dus af van de hoogte van de collectiviteitkorting en van de kwaliteit van de risicoverevening. Stel dat de imperfectie van de risicoverevening ruimte biedt voor 5% premiekorting en de collectiviteitkorting bedraagt 8%, dan is geen sprake van risicoselectie. Maar als de imperfectie van de risicoverevening ruimte biedt voor 20% premiekorting en de collectiviteitkorting bedraagt 10%, dan is naast premiedifferentiatie ook sprake van risicoselectie. Bij perfecte risicoverevening is uitsluitend sprake van premiedifferentiatie (vanwege bijvoorbeeld lage administratie-, distributie- en marketingkosten) en niet van risicoselectie.

Risicoselectie en de maatschappelijk beoogde risicosolidariteit, dat wil zeggen het ‘poolen van de kosten van de laag- en hoogrisico verzekerden’, staan op gespannen voet met elkaar. Voor zover de wetgever beoogt dat de kosten van de laag- en hoogrisico verzekerden volledig worden gepoold, wordt dit ondermijnd door risicoselectie. Een veelal onderbelicht probleem is dat de selectieactiviteiten, ook als ze niet succesvol zijn, negatieve gevolgen kunnen hebben voor het goed werken van de zorgmarkten, en daarmee voor het realiseren van de publieke doelen ‘kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg’ (zie paragraaf 3.4).

Voor het kunnen monitoren en meten van risicoselectie op de Nederlandse zorgverzekeringsmarkt en het kunnen schatten van de ernst hiervan is het van belang om inzicht te hebben in:

1. de kwaliteit van de risicoverevening, en de resterende risicoheterogeniteit voor alle denkbare risicogroepen gegeven de risicoverevening en gegeven de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie (i.e. de omvang van de prikkels tot risicoselectie; paragraaf 3.2);
2. de mogelijke vormen van risicoselectie, dat wil zeggen de mogelijke acties die verzekerden en zorgverzekeraars kunnen ondernemen die tot doel of gevolg hebben dat de kosten van de laag- en hoogrisico verzekerden, binnen de risicogroepen die zijn onderscheiden bij de risicoverevening en bij de premiedifferentiatie per zorgverzekeringsproduct, niet volledig worden gepoold (paragraaf 3.3);
3. de mogelijke effecten van bovenbedoelde acties (paragraaf 3.4).

3.2 Prikkels tot risicoselectie

Om inzicht te krijgen in de omvang van de prikkels tot risicoselectie is het nodig om voor alle denkbare (relevante) risicogroepen inzicht te hebben in de voorspelbare winsten en verliezen bij een gemiddelde premie gegeven de risicoverevening en gegeven de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie.

In de afgelopen twintig jaar is het risicovereveningsmodel sterk verbeterd. Tabel 1 geeft voor 45 subgroepen met een oververtegenwoordiging van chronisch zieken het gemiddelde gewogen voorspelbare verlies (GGVV) voor zes vereveningsmodellen die in de periode 1993-2012 bij benadering zijn gehanteerd (Van Kleef *et al.*, 2012). De 45 subgroepen zijn ontleend aan de jaarlijkse gezondheidsenquête van het Centraal Bureau voor de Statistiek.

³⁴ Die door de wetgever is toegestaan voor zover de korting niet hoger is dan 10%.

Zonder risicoverevening zou het GGVV voor de 45 subgroepen uitkomen op 1439 euro. Na verevening op basis van leeftijd en geslacht neemt het GGVV af naar 842 euro, een daling van 41 procent. Door achtereenvolgens de vereveningskenmerken regio, aard van het inkomen, Farmacie Kosten Groepen (FKG's), Diagnose Kosten Groepen (DKG's), Sociaaleconomische Status (SES) en Meerjarig Hoge Kosten (MHK) toe te voegen neemt het GGVV verder af naar 333 euro, een daling van 77 procent ten opzichte van 'geen verevening'. Op basis van deze resultaten kan worden geconcludeerd dat het vereveningsmodel over de periode 1993-2012 sterk is verbeterd, maar dat bepaalde subgroepen momenteel blijkbaar nog steeds voorspelbaar verliesgevend zijn.

Tabel 1. Verbetering vereveningsmodel in de periode 1993-2012¹

Periode	Vereveningskenmerken die zijn toegevoegd	GGVV voor 45 subgroepen in euro's	Procentuele daling GGVV ten opzichte van "geen verevening"	R ² *100 op individuniveau (percentage verklaarde variantie)
-	Geen	1439	-	-
1993-1994	Leeftijd of geslacht	842	41	5,97
1995-2001	Regio	835	42	6,01
	Aard van het inkomen	736	49	6,83
2002-2003	Farmacie Kosten Groepen	475	67	15,92
2004-2007	Diagnose Kosten Groepen	429	70	24,99
2008-2011	Sociaaleconomische Status	426	70	25,04
2012	Meerjarig Hoge Kosten	333	77	29,61

Bron: Van Kleef et al., 2012

¹ Het model bevat niet de geneeskundige GGZ. De definitie van kosten en vereveningskenmerken zijn conform het vereveningsmodel-2012, terwijl het kostenniveau cijfers uit 2009 betreft.

Tabel 2 zoomt in op een aantal subgroepen waarvoor het vereveningsmodel-2012 onvoldoende compenseert. (Bijlage 1 bevat deze informatie voor alle bovengenoemde 45 subgroepen; zie ook Commissie-Don, 2012) Voor de onderscheiden subgroepen wordt aangegeven wat het gemiddelde voorspelbaar financieel resultaat is indien alle verzekerden de gemiddelde premie zouden betalen.

Bij het vereveningsmodel-2012 lijden zorgverzekeraars een gemiddeld voorspelbaar verlies van bijvoorbeeld:

- 426 euro per verzekerde per jaar voor mensen die vorig jaar aangaven last te hebben gehad van ten minste 1 langdurige aandoening (32,6% van de bevolking),
- 686 euro voor mensen met de slechtste score voor fysieke gezondheid (18,8% van de bevolking),
- 292 euro voor mensen met de slechtste score voor psychische gezondheid (18,6% van de bevolking),
- 1008 euro voor mensen met een 'andere langdurige ziekte of aandoening' (8,6% van de bevolking), en

- 270 euro (medicijnen) tot 858 euro (hulpmiddelen) voor mensen met zorggebruik in het voorafgaande jaar (specialist, ziekenhuisopname, fysiotherapeut, wijkverpleging, medicijnen op recept, hulpmiddelen of gezinsverzorging).

Tabel 2. Gemiddeld financieel resultaat in jaar t per persoon per subgroep na toepassing van het vereveningsmodel-2012¹

Subgroep op basis van informatie uit jaar t-1	Schatting procentuele omvang subgroep ten opzichte van Zvw-populatie	Gemiddelde kosten per persoon in jaar t in euro's	Gemiddelde voorspelbare verlies per persoon in jaar t in euro's bij het vereveningsmodel-2012	Totale voorspelbare verlies in miljoenen euro's in jaar t bij het vereveningsmodel-2012 ²
Slechtste score algemene gezondheid	19,6	3932	646	2065
Tenminste één langdurige aandoening	32,6	3100	426	2262
Specialist geconsulteerd in afgelopen twaalf maanden	41,2	2686	333	2232
Slechtste score fysieke gezondheid	18,8	3906	686	2098
Medicijn op recept afgelopen veertien dagen	39,7	2917	270	1745
Fysiotherapie afgelopen twaalf maanden	19,5	2523	358	1140
Hoge bloeddruk	13,7	3532	413	919
Slechtste score psychische gezondheid	18,6	2394	292	884
3 of meer zelf gerapporteerde aandoeningen	12,6%	4037	397	814
Hulpmiddelen gebruikers (12 jaar en ouder)	5,6	4944	858	782
Onvrijwillig urineverlies (incontinentie)	3,8	4196	690	427
AWBZ-indicatie	3,9	5263	380	244
Andere langdurige ziekte of aandoening	8,6%	4309	1008	1406

¹ Kostenniveau 2009, exclusief de vaste kosten ziekenhuiszorg en exclusief de kosten van de geestelijke gezondheidszorg. Alle subgroepen volgen uit de indeling in Van Kleef *et al.* (2012), behalve 'AWBZ-indicatie' die uit Thiel *et al.*, (2012) volgt.

² Berekend als de omvang van de subgroep als fractie van de Zvw-populatie, vermenigvuldigd met het gemiddelde voorspelbare verlies per persoon per jaar voor die subgroepen en vermenigvuldigd met 16,29 miljoen Zvw-verzekerdenjaren.

Bronnen: Van Kleef *et al.*, 2012; Thiel *et al.*, 2012.

Ook op verzekerden met een aandoening waarvoor in zekere mate wordt gecompenseerd via de FKG's en/of DKG's (bijvoorbeeld kanker; zie Bijlage 1) lijden verzekeraars gemiddeld genomen verlies. Een belangrijke oorzaak hiervan kan zijn dat niet alle verzekerden met een dergelijke aandoening bij een FKG en/of DKG zijn ingedeeld omdat voor hen het aantal dagdoseringen/voorschriften van de medicijnen waaraan de betreffende FKG is gekoppeld in het voorgaande jaar niet boven de vereiste drempel uitkwam en/of omdat zij in het voorgaande jaar geen gebruik hebben gemaakt van de klinische zorg waarop de betreffende DKG is gebaseerd.

Omdat het gemiddeld financieel resultaat over alle verzekerden gelijk aan nul is, wordt voor de groepen die complementair zijn aan elk van de in Tabel 2 genoemde groepen, een voorspelbare winst gemaakt.

Voorts concluderen Van Kleef et al. (2012) dat zorgverzekeraars een voorspelbare winst van circa 139 euro per persoon per jaar maken voor hoogopgeleiden inclusief studenten (circa twintig procent van de bevolking; zie Bijlage 1, laatste regels).

Uit de laatste kolom van Tabel 2 blijkt dat het voorspelbare verlies per subgroep op macroniveau kan oplopen tot ruim twee miljard euro voor elk van de subgroepen 'ten minste één langdurige aandoening', 'specialist geconsulteerd in afgelopen twaalf maanden', 'slechtste score fysieke gezondheid' en 'slechtste score algemene gezondheid'. Een voorspelbaar verlies van 1 tot 2 miljard euro geldt voor elk van de subgroepen 'medicijn op recept afgelopen veertien dagen', 'fysiotherapie afgelopen twaalf maanden' en 'andere langdurige ziekte of aandoening'. Opmerking hierbij is dat de mensen in elk van deze subgroepen zeer waarschijnlijk ook sterk zijn vertegenwoordigd in de andere subgroepen, waardoor het optellen van de verliezen van alle subgroepen geen betekenis heeft.

Uit eerder onderzoek blijkt dat het behoren tot een van bovengenoemde risicogroepen, onder gelijk houding van de risicoverevening, niet alleen voorspelkracht heeft voor het eerstvolgende jaar, maar ook, zij het in afnemende mate, voor een reeks van jaren die oploopt tot ten minste 7 jaar (zie bijvoorbeeld Van Vliet en Van de Ven, 1992; Stam en Van de Ven, 2008).

Om aan risicoselectie te doen is het voor zorgverzekeraars niet noodzakelijk om voorspelbaar verliesgevend verzekerden te kunnen identificeren. Het is voor verzekeraars voldoende om op de hoogte te zijn van de kenmerken van deze verzekerden (bijvoorbeeld mensen met chronische aandoening X die veel gebruikmaken van behandeling Y). Met selectieve zorginkoop (bijvoorbeeld het niet inkopen van behandeling Y bij de 15% zorgaanbieders met de beste reputatie op dit terrein) heeft de verzekeraar een effectief instrument in handen om deze verzekerden buiten de deur of buiten een bepaald zorgverzekeringsproduct te houden.

Een combinatie van de resultaten in tabel 1 met figuur 2 geeft een indicatie dat de prikkels tot risicoselectie sinds de introductie van de Zvw per 1 januari 2006 zijn toegenomen: 92 procent financieel risico op een GGvV van 333 euro (2012) geeft per saldo een groter verlies dan 53 procent financieel risico op een GGvV van 429 euro (2006), namelijk 306 respectievelijk 227 euro.

De conclusie is dat de risicoverevening, het financiële hart van de Zvw, nog niet op orde is. De risicoverevening beoogt zorgverzekeraars ex-ante een financiële compensatie te geven voor verzekerden met voorspelbaar hoge zorgkosten, voor zover die samenhangen met

gezondheid (inclusief leeftijd en geslacht). Deze financiële compensatie schiet echter substantieel tekort voor diverse groepen (met substantiële omvang) verzekerden. Bij een imperfecte ex-ante risicoverevening leidt het verbod op premiedifferentiatie bij een gemiddelde premie tot voorspelbare verliezen op bepaalde groepen verzekerden (veelal chronisch zieken).

Mitigerende factoren

Van belang is dat de netto-opbrengsten van risicoselectie ook afhangen van de kosten die zijn verbonden aan selectie. Dit betreft niet alleen de directe kosten die selectie-activiteiten met zich meebrengen, zoals de kosten van de nodige informatieverzameling, actuariële analyses, reclamekosten etc., maar ook de kosten van een eventueel verlies aan reputatie dat risicoselectie met zich mee kan brengen.³⁵ Naarmate risicoselectie meer in de publiciteit komt – bijvoorbeeld door adviescommissies (zoals de Commissie-Don)³⁶, de marktscan Zorgverzekeringsmarkt van de NZa, kritische vragen vanuit de Tweede Kamer, of kritische reacties van consumenten- en patiëntenorganisaties – zullen zorgverzekeraars daar minder snel toe overgaan. Een potentieel mitigerende factor is ook het voornemen van de regering om de ex-ante risicoverevening te blijven verbeteren, waardoor het voor zorgverzekeraars onzeker is in welke mate bepaalde selectiestrategieën ook op termijn profijtelijk zijn. Een daadwerkelijke verbetering van de risicoverevening heeft als belangrijk voordeel dat de kosteneffectiviteit van risicoselectie voor de verzekeraar afneemt, omdat de kosten van selectie(-activiteiten) toenemen terwijl gemiddeld de winst van risicoselectie afneemt.³⁷ Het is echter een onbeantwoorde empirische vraag bij hoeveel imperfectie in de risicoverevening risicoselectie per saldo onrendabel is.

3.3. Instrumenten voor en vormen van risicoselectie

Risicoselectie kan op zeer veel verschillende manieren plaatsvinden. Bij de jaarlijkse keuze voor een zorgverzekeraar kan de burger zich laten leiden, naast de premie, door de wijze waarop een zorgverzekeraar invulling geeft aan het wettelijk omschreven te verzekeren pakket en aan zijn zorgplicht, de vormgeving van het (vrijwillig) eigen risico, de dienstverlening van de zorgverzekeraar, de zorgbemiddeling, de aanvullende verzekeringen (premie, acceptatiebeleid, pakket en voorwaarden), mogelijke collectiviteitskortingen en andere collectiviteitsvoordelen. Omdat zorgverzekeraars oneindig veel varianten van de zorgverzekering mogen aanbieden, bestaan er, ondanks de wettelijke acceptatieplicht, in beginsel ook oneindig veel mogelijke instrumenten voor risicoselectie. Onderstaand wordt een (niet uitputtend) overzicht gegeven.

³⁵ Door uitsluitend te kijken naar de bruto-opbrengsten van risicoselectie (zoals gepresenteerd in Tabel 2) wordt het probleem van risicoselectie dus overschat. Simulatiestudies laten zien dat deze overschatting toeneemt naarmate de risicoverevening beter is (Van Barneveld et al. 2000).

³⁶ Naar aanleiding van de evaluatie van de Commissie-Don heeft zorgverzekeraar VGZ besloten het tussentijds opzeggen bij Blue en Zekur per 2013 niet meer toe te passen, en heeft zorgverzekeraar Achmea besloten dat bij Promovendum en Besured geen toelatingscriteria meer toegepast worden als opleidingsniveau of leeftijd. Promovendum en Besured staan open voor alle geïnteresseerde verzekerden en iedereen komt in aanmerking voor dezelfde collectiviteitskorting (bron: Aanbiedingsbrief rapport Rechtmatigheid uitvoering Zorgverzekeringswet 2011 en Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2012 door Minister Schippers aan de Tweede Kamer dd 26 november 2012).

Hoewel sprake is van een open collectiviteit, is het natuurlijk de vraag hoeveel laagopgeleide 70-jarigen zich zullen aanmelden bij zorgverzekering Besured die zich op de website profileert als 'de studentenzorgverzekering met de laagste premie van Nederland, die zich specifiek richt op studenten en young professionals'.

³⁷ Ook leidt een verbetering van de risicoverevening ertoe dat gemiddeld de standaardafwijkingen van de voorspelde winsten en verliezen per onderscheiden subgroep toenemen, waardoor de onzekerheid over de winstgevendheid van een selectie-strategie toeneemt.

3.3.1. Instrumenten voor zorginkoop

In de afgelopen jaren hebben de zorgverzekeraars in toenemende mate instrumenten tot zorginkoop gekregen en zijn zij ook in toenemende mate zorginkoop-activiteiten gaan ontplooiën. Voor het monitoren van risicoselectie is van belang dat in beginsel *elk instrument voor zorginkoop ook een instrument voor risicoselectie is*.

De functiegerichte omschrijving van het basispakket in de Zvw (zie paragraaf 2.1) houdt in dat in de zorgpolis wordt bepaald welke zorg door wie wordt verleend, waar deze zorg wordt verleend en onder welke voorwaarden. In de zorgpolis wordt dus aangegeven welke persoon of instelling invulling geeft aan een bepaalde verzekeringsaanspraak. Door in de zorgpolis de nadere concretisering van de aanspraken van de verzekerden zodanig te formuleren – binnen het toelaatbare van het in de Zvw functioneel omschreven basispakket – dat de polis niet aantrekkelijk is voor voorspelbaar verliesgevende verzekerden, kan een zorgverzekeraar zich richten op een aantrekkelijk marktsegment van voorspelbaar winstgevende verzekerden. Onderstaand volgen enkele voorbeelden.

Afspraken over kwaliteit en doelmatigheid

Zorgverzekeraars kunnen met de zorgverleners in overeenkomsten afspraken maken over de kwaliteit en doelmatigheid van de verzekerde zorg. Doelmatigheid kan betrekking hebben op de prijs-kwaliteit verhouding van zorg, bijvoorbeeld van de gebruikte implantaten, diagnostische testen, en de in de protocollen vastgelegde therapieën. Een eventuele doelmatigheidsvereiste wordt opgenomen in de zorgpolis.³⁸ Zorginkoopactiviteiten kunnen zodoende gericht zijn op (of als gevolg hebben) het buitensluiten van voorspelbaar-verliesgevende verzekerden.

Aanspraak op geneesmiddelen beperken

De zorgverzekeraar kan in de polis de aanspraken van de verzekerden op geneesmiddelen beperken tot de door hem aangewezen middelen binnen het basispakket onder de voorwaarde dat hij van elke werkzame stof ten minste één middel moet aanwijzen.³⁹ Hierdoor kan een zorgverzekeraar of zorgpolis onaantrekkelijk zijn voor bepaalde groepen hoogrisico verzekerden.

Selectief contracteren en de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg

De Zvw biedt de mogelijkheid aan zorgverzekeraars om (1) selectief alleen met bepaalde zorgaanbieders contracten te sluiten, en (2) de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg te differentiëren. Een zorgverzekeraar kan dan onaantrekkelijk zijn voor voorspelbaar verliesgevende subgroepen indien selectief *geen* contract wordt gesloten met (en geen vergoeding wordt gegeven voor zorg verleend door) de zorgaanbieders met de beste reputatie voor de behandeling van de chronische aandoeningen waarvoor de risicoverevening onvoldoende compenseert. Door een voldoende aantal (niet-excellente) zorgaanbieders te contracteren voldoet de zorgverzekeraar aan de wettelijke zorgplicht. Als alle zorgverzekeraars dit zouden doen, zouden de zorgaanbieders met de beste reputatie op het gebied van chronische ziekten uiteindelijk geen contract met een zorgverzekeraar hebben, en zouden chronisch zieke verzekerden via de zorgverzekering geen toegang hebben tot deze zorgaanbieders. Er is uiteraard geen sprake van ‘goed werkende markten’ als zorgaanbieders de prikkel hebben om niet de beste reputatie voor excellente zorg te verwerven.

³⁸ Besluit Zorgverzekering 28jun05 (p 6, 36-37), Staatsblad 2005 389.

³⁹ Besluit Zorgverzekering 28jun05 (p 6, 42-44), Staatsblad 2005 389.

Naast deze *expliciete* concretisering van de aanspraken kan door selectief contracteren ook sprake zijn van een *impliciete* concretisering van de aanspraken. Verzekeraars kunnen bijvoorbeeld selectief voorkeur-zorgaanbieders contracteren die bepaalde protocollen hanteren of in beginsel alleen geneesmiddelen voorschrijven volgens een bepaald formularium. Deze *impliciete* concretisering van de aanspraken is een krachtig instrument voor (risicoselectie via) marktsegmentatie.

Een voorbeeld van marktsegmentatie door selectief contracteren is de ZEKUR-polis. De polisvoorwaarden van ZEKUR zijn vanwege de zeer selectieve zorginkoop vooral aantrekkelijk voor jong volwassenen zonder kinderen en voor vrouwen in de vruchtbare leeftijd zónder kinderwens. In de vereveningsbijdrage voor vrouwen in de vruchtbare leeftijd is een compensatie opgenomen voor de kosten van zwangerschap en bevalling (circa 7000 euro per bevalling; Otter, 2012). De zorgverzekeraars ontvangen deze compensatie, ongeacht of een vrouw daadwerkelijk een bevalling heeft. Het is dus financieel aantrekkelijk voor een zorgverzekeraar om veel vrouwen in de vruchtbare leeftijd zónder kinderwens te hebben (Douven en Mannaerts, 2008).⁴⁰ Aangezien tot 2013 de ZEKUR-polis niet jaarlijks – zoals gebruikelijk – maar in principe elk moment kon worden opgezegd, konden verzekerden op het moment dat zij ziek of zwanger werden overstappen naar een polis of zorgverzekeraar met een minder selectief inkoopbeleid (zie paragraaf 3.3.11).

Risicoselectie door de zorgaanbieders

In de contracten kunnen zorgverzekeraars en zorgaanbieders niet alleen overeenkomen dat de zorg verleend wordt volgens bepaalde protocollen of formularia, maar ook kunnen zij afspraken maken over de honorering en de honoreringswijze. De afgesloten contracten

Box 1. Moeder met astmatisch kind

Newhouse (1982) bespreekt het voorbeeld van een moeder met een astmatisch kind. Zij maken gebruik van een groep zorgaanbieders die gebudgetteerd is waarbij het budget onvoldoende voor relevante risicokenmerken is gecorrigeerd. Hierdoor is het astmatisch kind voor de groep zorgaanbieders voorspelbaar verliesgevend en heeft de groep er financieel baat bij als de moeder en het kind zich als patiënt uitschrijven.

Hoe zouden de moeder en het kind hiertoe kunnen worden aangezet? Volgens Newhouse zijn er vele manieren waarop een arts zou kunnen bewerkstelligen dat de moeder en het kind zich uitschrijven en elders inschrijven. Men zou de moeder lang kunnen laten wachten voordat ze een afspraak kan maken, of lang laten wachten in de wachtkamer; de arts zou onbeleefd of onpersoonlijk kunnen zijn tijdens de behandeling. Omdat een deel van de medische zorg een persoonlijke interactie tussen de patiënt en de arts is, is het niet moeilijk voor de arts om de kwaliteit van die interactie ongunstig te beïnvloeden. Bovendien lijkt het onmogelijk om via regelgeving af te dwingen dat de arts zich niet op een manier mag gedragen die de moeder aanzet om de praktijk te verlaten; dit gedrag kan zeer subtiel zijn. Maar elke praktijk waar de moeder zich tot wendt heeft dezelfde financiële prikkels. Het zal daarom voor de moeder moeilijk zijn om goede medische zorg voor haar kind te krijgen.

⁴⁰ Indien de vereveningsbijdrage zou worden gewijzigd door achteraf een genormeerde vergoeding te geven voor elke bevalling (van bijvoorbeeld 7000 euro), is deze vorm van risicoselectie niet meer financieel aantrekkelijk.

kunnen de zorgaanbieders prikkels geven om verzekerden/patiënten met hoge voorspelbare verliezen (voor de zorgverzekeraar in de zorgverzekering) aan te moedigen de zorgverzekering of de inschrijving als patiënt te beëindigen. Dergelijke prikkels bestaan bijvoorbeeld als zorgverzekeraars en zorgaanbieders een budget overeenkomen waarbij de budgetparameters identiek zijn aan de parameters van de ex-ante risicoverevening (bijvoorbeeld bij zogenaamde ‘betaling per zorgbundel’ of bij afspraken over risicodeling tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieders). Op deze wijze sluist de zorgverzekeraar als het ware de prikkel tot risicoselectie door naar de zorgaanbieders, die over (meer) subtiele instrumenten tot risicoselectie beschikken (zie bijvoorbeeld Box 1). In de beslotenheid van de spreekkamer kan een zorgaanbieder aan voorspelbaar verliesgevende patiënten het advies geven “Mijn collega in ziekenhuis X heeft zich gespecialiseerd in uw ziekte”, met als gevolg dat de patiënt tevreden de spreekkamer verlaat, maar van zorgverzekeraar moet wisselen om gebruik te kunnen maken van de diensten van de aanbevolen zorgaanbieder.

Verticale integratie

De Zvw biedt de mogelijkheid tot verticale integratie. Zorgaanbieders mogen in beginsel zorgverzekeringen verkopen, en zorgverzekeraars kunnen aanbieders in dienst nemen of deelnemen in een zorginstelling of eigen zorginstellingen hebben (artikel 12.1 en 13.1 Zvw). Bovengenoemde mogelijkheden van risicoselectie via het proces van zorgverlening doen zich bij uitstek voor indien zorgaanbieders zorgverzekeringen aanbieden, of indien een zorgverzekeraar eigen zorginstellingen heeft en/of zorgverleners in loondienst heeft, bijvoorbeeld eigen eerstelijnszorgcentra, eigen apotheken, eigen zelfstandige behandelcentra of eigen ziekenhuizen.

Dezelfde prikkels tot risicoselectie kunnen ook bestaan bij contractuele relaties en vormen van risicodeling die zeer sterk op verticale integratie lijken (‘virtuele integratie door contracten’ in plaats van daadwerkelijke verticale integratie).

Nadere voorwaarden voor zorg

In de zorgpolis kan de zorgverzekeraar nadere voorwaarden voor zorgverlening opnemen. Gedacht kan worden aan toestemmingsvereisten alvorens aanspraak op zorg of vergoeding bestaat, zoals een verwijsbrief (door een daartoe gemandateerde zorgaanbieder) of een second opinion.

Sturen via het eigen risico

Bij algemene maatregel van bestuur kunnen vormen van zorg worden aangewezen waarvan de zorgverzekeraar onder bepaalde voorwaarden kan bepalen dat de kosten geheel of gedeeltelijk buiten het *verplicht* eigen risico vallen (art. 21.3 Zvw). Een zorgverzekeraar kan ervoor kiezen om verzekerden het volle eigen risico in rekening te brengen voor de zorgkosten van zorgaanbieders die de beste reputatie hebben voor de behandeling van chronische ziekten, en geen of slechts een deel van het eigen risico in rekening te brengen voor de zorgkosten van de overige zorgaanbieders.

Ook kan een zorgverzekeraar zelf bepalen welke vormen van zorg of overige diensten niet onder het *vrijwillig* eigen risico vallen (art. 21.4 Zvw). Ook hiermee kan een zorgverzekeraar selectief bepaalde voorspelbaar winstgevende patiëntencategorieën begunstigen door bij ziekenhuisopname selectief voor bepaalde aandoeningen of in bepaalde ziekenhuizen het eigen risico (maximaal €500) te laten vervallen.

3.3.2. Differentiatie van de dienstverlening, zorgbemiddeling en product

Door differentiatie van de dienstverlening kan een zorgverzekeraar aan risicoselectie doen door niet in te spelen op de preferenties van groepen voorspelbaar verliesgevende verzekerden. Bijvoorbeeld, door hen slechte dienstverlening te bieden, lange wachttijden, niet-actieve zorgbemiddeling, brieven en telefoontjes niet (snel) te beantwoorden en lang te wachten met hun rekeningen te vergoeden.

Risicoselectie kan ook plaatsvinden door de administratieve zaken zoals het afsluiten van de verzekering, alle correspondentie en het indienen van declaraties uitsluitend via internet te laten plaatsvinden.

Een andere optie is om de markt te segmenteren via productdifferentiatie: een bepaalde variant van de zorgverzekering aanbieden met een lage premie die aantrekkelijk is voor voorspelbaar winstgevende verzekerden, en een andere variant met een hoge premie die speciaal aantrekkelijk is voor voorspelbaar-verliesgevende verzekerden. Bijvoorbeeld, Zilveren Kruis Achmea biedt de zorgverzekering aan in 3 varianten die van elkaar verschillen in premie en de wijze waarop de verzekerde de zaken rondom de basisverzekering wil regelen (zie website Zilveren Kruis Achmea). Bij de goedkoopste variant regelt de verzekerde zelf haar zaken online, gaan herhaalrecepten en anticonceptie via een internet-apotheek, en worden hulpmiddelen verstrekt via een select aantal leveranciers. Bij de duurste variant ontvangt de verzekerde meer persoonlijke aandacht en speciale services, belt zij haar eigen Gezondheidsconsulent voor al haar zorgvragen, en is sprake van second opinion via Best Doctors en elk jaar preventief onderzoek. De goedkoopste variant is vooral aantrekkelijk voor jonge gezonde mensen die geen of weinig zorggebruik verwachten. De duurste variant is vooral aantrekkelijk voor chronisch zieken met veel zorggebruik. Aldus ontstaat een effectieve marktsegmentatie via productdifferentiatie, waarbij laagrisico verzekerden een lage premie betalen en hoogrisico verzekerden een hoge premie.

3.3.3. Tussentijds opzegbare zorgpolissen

Zorgverzekeraars kunnen zorgpolissen (met beperkte dekking) aanbieden die dagelijks of maandelijks opzegbaar zijn. Een verzekerde kan zo'n polis (met bijvoorbeeld een hoog eigen risico of een beperkt aantal gecontracteerde zorgaanbieders) kiezen als zij nauwelijks of geen zorg gebruikt, en op het moment dat zorg nodig is een andere zorgverzekeraar of zorgpolis kiezen, bijvoorbeeld een polis zonder eigen risico of een polis die de zorg van haar zorgaanbieder wél vergoedt. De zorgkosten komen dan voor rekening van de laatste zorgverzekeraar. Dit kan leiden tot vormen van risicoselectie waar zelfs het beste vereveningsmodel (gebaseerd op jaarlijkse kosten) per definitie niet voor kan corrigeren.⁴¹ Voorbeelden van tussentijds opzegbare polissen in 2012 zijn de ZEKUR- polis en de BLUE- polis van zorgverzekeraar VGZ.

3.3.4. Niet uitvoeren van de AWBZ

Op alle verzekerden met een AWBZ-indicatie in het lopende jaar (circa 800.0000 verzekerden in 2009) lijden de zorgverzekeraars een verlies van gemiddeld 1700 euro per persoon per jaar (Tweede Kamer, 2012b).⁴² Hoewel een zorgverzekeraar vooraf niet precies kan voorspellen wie volgend jaar een AWBZ-indicatie zal krijgen, is dit geen belemmering voor risicoselectie. Een zorgverzekeraar kan bijvoorbeeld besluiten de AWBZ niet uit te voeren in combinatie met het aanbieden van een dagelijks opzegbare zorgverzekering. Verzekerden die verwachten van de AWBZ gebruik te zullen gaan maken, kunnen dan op elk

⁴¹ Als wettelijk wordt vastgelegd dat alle zorgverzekeringen in beginsel 31 december als contractuele einddatum hebben, is het probleem opgelost (ZonMw, 2009, bldz. 143).

⁴² Het in Tabel 2 vermelde verlies van 380 euro heeft betrekking op verzekerden met een AWBZ-indicatie in het vorige jaar.

moment een andere zorgverzekeraar kiezen die de AWBZ wel uitvoert. Als (toekomstig) AWBZ-gebruikers een voorkeur hebben om hun basisverzekering af te sluiten bij een verzekeraar die tevens de AWBZ uitvoert is het voorgaande een effectieve strategie voor risicoselectie.

3.3.5. Selectief adverteren en selectieve marketing

Risicoselectie kan plaatsvinden door selectief te adverteren. Dit kan door ‘direct mailing’ via gekochte adressenbestanden (bijvoorbeeld de emailadressen van studenten), door in ‘ongunstige wijken’ in de grote steden geen huis-aan-huis reclame te verspreiden, of door uitsluitend te adverteren in media gericht op voorspelbaar winstgevende verzekerden. In media gericht op voorspelbaar verliesgevende verzekerden, bijvoorbeeld de nieuwsbrieven/magazines van bepaalde patiënten groepen, wordt (zolang ze voorspelbaar verliesgevend zijn) systematisch niet geadverteerd.

Naast het gekozen medium kan selectief adverteren ook plaatsvinden door de boodschap vooral te richten op de voorspelbaar winstgevende verzekerden. Ook kan een zorgverzekeraar selectief aan een deel van zijn verzekerden een aantrekkelijk aanbod doen (bijvoorbeeld via een aanvullende verzekering) voor het volgend jaar.

3.3.6. Gevolmachtigden, tussenpersonen en aanbieders

Weliswaar bevat de Zvw een verbod op premiedifferentiatie, maar gevolmachtigden die namens een zorgverzekeraar zorgpolissen verkopen, vallen niet onder dit verbod. De Zvw heeft geen betrekking op gevolmachtigden, tussenpersonen en ‘aanbieders van zorgverzekeringen’. Zij kunnen dus elke door hen gewenste korting verlenen aan laagrisico verzekerden omdat zij niet gebonden zijn aan de maximale collectiviteitkorting van 10%. Een voorbeeld is de extra Promovendumkorting van 72 euro (5,5 %) die Promovendum als ‘aanbieder van zorgverzekeringen’ in 2012 verleende bovenop de 9% collectiviteitkorting van zorgverzekeraar Avéro Achmea. Een ander voorbeeld is de extra YouCare-korting van 115 euro (9%) die Aevitae in 2012 als gevolmachtigde van Avéro Achmea verleende aan (uitsluitend) ‘YouCare-verzekerden met een vrijwillig eigen risico van 500 euro’ (i.e. mensen die hun eigen zorgkosten laag inschatten) bovenop de 9% collectiviteitkorting van zorgverzekeraar Avéro Achmea.

Risicoselectie kan ook plaatsvinden door de tussenpersoon die bemiddelt tussen de verzekerden en de zorgverzekeraar. Omdat een tussenpersoon regelmatig bij de mensen over de vloer komt, kent hij hun gezondheidstoestand vrij goed. De aan een zorgverzekeraar gebonden tussenpersoon zou de voorspelbaar verliesgevende aspirant-verzekerden kunnen adviseren om maar liever bij de concurrent een polis af te sluiten, omdat die een voor hen betere verzekeringsdekking biedt of een contract heeft gesloten met voor hen betere zorgaanbieders.

3.3.7. Koppelverkoop

Risicoselectie kan plaatsvinden door koppelverkoop van zorgverzekering en andere verzekeringsproducten. Aan verzekerden die voorspelbaar winstgevend zijn voor de zorgverzekering kan een premiekorting worden gegeven op andere producten uitsluitend indien en voor zolang zij ook de zorgverzekering kopen.⁴³ Deze kortingen kunnen betrekking hebben op bijvoorbeeld een brandverzekering, autoverzekering, rechtsbijstandverzekering, inboedelverzekering of aanvullende verzekeringen. Aan laagrisico verzekerden kan

⁴³ Er is hier sprake van risicoselectie omdat de premiestructuur van de zorgverzekering ongewijzigd blijft. De actie die tot gevolg heeft dat de kosten van de laag- en hoogrisico verzekerden op de zorgverzekeringsmarkt niet volledig worden gepoold, bestaat uit het geven van een korting op andere verzekeringsproducten.

bijvoorbeeld een gratis aanvullende verzekering worden aangeboden die de eigen betalingen onder het verplicht eigen risico vergoedt. Zodra de zorgverzekering wordt opgezegd, eindigen de (hoge) kortingen. Aan verzekerden die voorspelbaar verliesgevend zijn voor de zorgverzekering, worden deze kortingen niet verleend.⁴⁴ Koppelverkoop komt vooral voor in combinatie met een collectiviteit (zie paragraaf 3.3.9).

3.3.8. Aanvullende verzekeringen

Circa 90% van de bevolking heeft een aanvullende verzekering (in 2012). Aanvullende verzekeringen kunnen worden ingezet als een effectief instrument voor risicoselectie binnen de zorgverzekering. Nagenoeg alle mensen met een aanvullende verzekering (99,8%) kopen de aanvullende verzekering en de zorgverzekering bij dezelfde verzekeraar. Voor aanvullende verzekeringen geldt echter geen acceptatieplicht en geen verbod op premiedifferentiatie.

Uit eerder onderzoek⁴⁵ blijkt dat verzekeraars met behulp van gezondheidsverklaringen voor aanvullende verzekeringen zeer goed in staat zijn om een inschatting te maken van het actuariële risico dat een aspirant verzekerde vormt voor de zorgverzekering. Een eerste strategie zou dan kunnen zijn om mensen die voor de zorgverzekering voorspelbaar verliesgevend zijn, voor de aanvullende verzekeringen uitsluitend te accepteren tegen een (veel) hogere premie dan de overige verzekerden. Aldus kunnen de voorspelbare verliezen op de zorgverzekering worden gecompenseerd. Waarschijnlijk is zo'n hoge premie niet aantrekkelijk voor de hoogrisico doelgroep, die daarom een andere zorgverzekeraar zal kiezen. Ook kunnen verzekeraars voor aanvullende verzekeringen uitsluitend verzekerden accepteren die voor de zorgverzekering een voorspelbare winst opleveren. Ten slotte is een subtiele manier van risicoselectie om het pakket van de aanvullende verzekeringen zodanig samen te stellen (bijvoorbeeld een zeer beperkt pakket) dat het uitsluitend aantrekkelijk is voor verzekerden die winstgevend zijn voor de zorgverzekering. Een alternatief zou wellicht kunnen zijn om helemaal geen aanvullende verzekering aan te bieden en zodoende uitsluitend laagrisico verzekerden voor de zorgverzekering aan te trekken. Risicoselectie (ten aanzien van de zorgverzekering) via aanvullende verzekeringen kan dus via *premedifferentiatie* voor de aanvullende verzekeringen, via een *selectief acceptatiebeleid* voor de aanvullende verzekeringen, via de *pakketsamenstelling* van de aanvullende verzekeringen, en via het *niet aanbieden* van een aanvullende verzekering.⁴⁶

De bepaling in de Zvw die het zorgverzekeraars verbiedt om aanvullende verzekeringen te beëindigen of op te zeggen indien de verzekerde de zorgverzekering opzegt (art. 120 Zvw), is niet effectief omdat de verzekeraar de premie voor de aanvullende verzekering sterk kan verhogen indien de zorgverzekering wordt beëindigd.

3.3.9. Collectiviteiten

Aan verzekerden die lid zijn van een collectiviteit mag op de premie van de zorgverzekering een korting van maximaal 10% worden gegeven. Voor collectiviteiten zelf bestaat geen acceptatieplicht. Een collectiviteit, zoals een vereniging, kan dus selectief leden accepteren door bijvoorbeeld toelatingseisen te stellen. Mensen die voorspelbaar verliesgevend zijn voor

⁴⁴ Voor zover ons bekend is er geen enkele wet die dit verbiedt. Vanwege de Europese richtlijnen voor schadeverzekeringen is het ook onwaarschijnlijk dat een (nationaal) wettelijk verbod op een dergelijke koppelverkoop Europeesrechtelijk is toegestaan.

⁴⁵ Prinsze et al. 2005; De Bruijn et al. 2005.

⁴⁶ Aldus kan de acceptatieplicht voor zorgverzekeringen, die moet garanderen dat ook hoogrisico verzekerden van zorgverzekeraar kunnen veranderen, worden ondergraven door risicoselectie via de aanvullende verzekering.

de zorgverzekering, kunnen dus worden geweigerd voor het collectief. Aldus kan door de collectiviteit een substantiële premiekorting worden bedongen, op zowel de zorgverzekering als aanvullende en andere verzekeringen.

In 2012 was ruim 67% van de bevolking aangesloten bij een van de vele collectiviteiten die met een zorgverzekeraar een collectiviteitkorting hebben afgesproken (NZa 2012c, p. 30). Zo kunnen mensen via hun (oude) werkgever, of die van hun partner, de vakbond of via ongeveer twintig patiëntenverenigingen een zorgverzekering afsluiten met collectiviteitkorting. Daarnaast is er een groot aantal gelegenheidscollectiviteiten ontstaan die ook een korting op de zorgverzekering hebben bedongen. De diversiteit is enorm (zie bijvoorbeeld ZonMw 2009, blz. 95). Roos en Schut (2009) geven details over in totaal 176 verschillende open collectiviteiten (exclusief werkgeverscollectiviteiten) in 2009.

De gemiddelde collectiviteitkorting op de basispremie voor de zorgverzekering bedraagt in 2012 7,5% (NZa 2012c, p. 32). Verzekerden met een collectiviteitkorting betalen een premie die gemiddeld 5,8% lager is dan de gemiddelde premie van verzekerden die geen collectiviteitkorting hebben (en die gemiddeld een lagere basispremie betalen). Daarnaast ontvangen leden van een collectiviteit veelal andere kortingen.

Voor werkgevers zijn arbeid-gerelateerde afspraken en de premie(korting) belangrijk (Van Ruth e.a. 2007). Voor patiëntenverenigingen gaat het meer om specifieke zorg voor de betreffende groep patiënten, de service, dekking van de verzekering en de korting op aanvullende verzekeringen. Slechts 3% van de collectief verzekerden heeft een collectieve verzekering via een patiëntenvereniging. De meeste deelnemers aan collectiviteiten (65%) zijn aangesloten bij een werkgeverscollectiviteit.

Roos en Schut (2009) concludeerden dat vooral werkgeverscollectiviteiten, na standaardisatie voor verschillen in leeftijdsopbouw, gemiddeld substantieel minder voorspelbaar verliesgevend verzekerden bevatten dan open collectiviteiten (en individueel verzekerden). Het aandeel verzekerden met een langdurige ziekte of aandoening ligt bij deelnemers aan open collectiviteiten veel hoger dan bij deelnemers aan een werkgeverscollectiviteit (of bij individueel verzekerden). Dit lijkt er op te duiden dat chronisch zieken hun weg naar open collectiviteiten weten te vinden, wat wordt bevestigd door het aanzienlijke aantal mensen dat deelneemt aan een collectiviteit via een patiëntenorganisatie of (thuis)zorginstelling. Voor elke collectiviteit dient apart bepaald te worden in hoeverre sprake is van toegestane premiedifferentiatie of van risicoselectie (zie paragraaf 3.1).

Er zijn collectiviteiten die zich nadrukkelijk richten op laagrisico verzekerden, bijvoorbeeld Achmea Health Center, Fitclub (waarbij de leden naar eigen zeggen moeten voldoen aan de Nederlandse fitnorm), en Promovendum en National Academic, die zich richten op HBO-ers, academici en hoger personeel.

Door het oprichten van collectiviteiten die selectief alleen bepaalde (risico)groepen van verzekerden accepteren, kan op eenvoudige wijze het verbod op premiedifferentiatie worden omzeild. Bijvoorbeeld, indien een zorgverzekeraar de premie zou willen differentiëren naar regio kan hij gedifferentieerde collectiviteitkortingen geven aan collectiviteiten die uitsluitend verzekerden accepteren die woonachtig zijn in bepaalde regio's. De in de Zvw geboden mogelijkheid van collectiviteitkortingen biedt dus een wettelijk toegestane mogelijkheid tot marktsegmentatie en bijbehorende differentiatie van de premie(korting).

Zolang de risicoverevening (nog) imperfect is, stimuleert de wettelijk toegestane mogelijkheid om maximaal 10% korting te geven aan collectiviteiten, een toenemend proces van premiedifferentiatie en risicoselectie via marktsegmentatie. Het is naïef om te veronderstellen dat indien de actuariële premiekorting voor een bepaalde collectiviteit 40% bedraagt, op een concurrerende markt op termijn de overige 30% niet voor een belangrijk deel aan de deelnemers van de collectiviteit zullen worden uitgekeerd, bijvoorbeeld via kortingen op andere verzekeringsproducten. Een toenemend aantal collectiviteiten biedt, naast korting voor de zorgverzekering, kortingen (oplopend tot 35%) aan voor aanvullende verzekeringen, auto-, reis-, inboedel-, opstal-, aansprakelijkheid- en motorverzekeringen (Roos en Schut 2009, Bijlage 6). De Zvw bevat dus een sterke prikkel tot premiedifferentiatie (formeel maximaal 10%) en risicoselectie⁴⁷ via marktsegmentatie, maar bevat geen enkel instrument om kortingen groter dan in totaal 10% tegen te gaan. Weliswaar bepaalt artikel 18 Zvw dat de maximum premiekorting voor collectiviteiten 10 procent bedraagt, maar de Zvw verbiedt niet dat extra kortingen worden verleend door gevolmachtigden (bijvoorbeeld de extra YouCare-korting in 2012 verleend door Aevitae als gevolmachtigde van Avéro Achmea; zie paragraaf 3.3.9) of via kortingen op overige verzekeringsproducten (zoals bij Promovendum). Gevolmachtigde verzekeringsagenten, ‘aanbieders van zorgverzekeringen’ en collectiviteiten zijn niet aan de bepalingen van de Zvw gebonden omdat zij zelf geen zorgverzekeraar zijn.⁴⁸

De NZa constateert dat er initiatieven zichtbaar zijn waarbij zorgverzekeraars zelf een rechtspersoon oprichten met het doel voor een groep verzekerden een collectiviteit mogelijk te maken. Dit is toegestaan zolang die rechtspersoon de belangen van de verzekerden in enige vorm behartigt (NZa 2012b, p. 15).

3.4. Effecten van risicoselectie

Bij een ‘perfecte’ risicoverevening bestaat geen (prikkel tot) risicoselectie en zijn chronisch zieken vanwege de grote potentiële doelmatigheidswinst financieel aantrekkelijke klanten voor doelmatige zorgverzekeraars. Voor zover risicoverevening niet perfect is en er prikkels tot risicoselectie bestaan, kunnen maatschappelijk ongewenste effecten optreden. Verzekeraars hebben dan een financiële prikkel om bij de zorginkoop en dienstverlening zo

⁴⁷ Er is hier sprake van risicoselectie omdat de premiestructuur van de zorgverzekering ongewijzigd blijft. De acties die tot gevolg hebben dat de kosten van de laag- en hoogrisico verzekerden op de zorgverzekeringsmarkt niet volledig worden gepoold, bestaan uit marktsegmentatie en het geven van een korting op andere verzekeringsproducten.

⁴⁸ Als voorbeelden van het ondermijnen van het verbod op premiedifferentiatie door risicoselectie door collectiviteiten in 2012 kunnen worden genoemd (gegeven dat studenten, hoogopgeleiden en tijdelijke werknemers uit Europa laagrisico groepen vormen binnen de basisverzekering):

1. Promovendum, een aanbieder van zorgverzekeringen gericht op hoogopgeleiden, weigert laagopgeleiden te accepteren en biedt in 2012 een premiekorting van in totaal circa zestien procent. Dit is meer dan de wettelijk maximaal toegestane collectiviteitkorting van tien procent.
2. Diverse studentenpolissen worden in 2012 aangeboden met de premiekorting van een polis met een hoog vrijwillig eigen risico, maar waarbij uitsluitend aan de doelgroep een gratis aanvullende verzekering wordt aangeboden die vergoeding biedt voor de kosten die onder het eigen risico vallen.
3. Zilveren Kruis en CZ bieden in 2012 via besloten collectiviteiten vergelijkbare polissen aan voor tijdelijke werknemers uit Europa (www.seizoenarbeid.nl).
4. BESURED is een financieel intermediair dat in 2012 uitsluitend studenten en young professionals accepteert, meer korting biedt dan de wettelijk maximaal toegestane collectiviteitkorting van tien procent en dit onderbouwt met: “Studenten en young professionals declareren minder ziektekosten en hebben daarom recht op een lagere premie”. Deze polis is speciaal op maat gemaakt door National Academic, een verzekeringsaanbieder die zich met collectiviteiten specifiek richt op academici en hbo-ers.

weinig mogelijk in te spelen op de preferenties van voorspelbaar verliesgevende verzekerden (paragraaf 3.4.1; zie ook Commissie-Don, 2012). Succesvolle risicoselectie kan leiden tot marktsegmentatie waardoor chronisch zieken een hogere premie betalen dan gezonden (paragraaf 3.4.2; zie ook Commissie-Don, 2012). Ook bestaat het risico dat zorgverzekeraars zich meer concentreren op risicoselectie dan op het bevorderen van doelmatigheid in de zorg (paragraaf 3.4.3).

3.4.1. Bedreiging voor kwaliteit van zorg (en goede dienstverlening)

Risicoselectie vormt een bedreiging voor de kwaliteit van zorg (zie Box 1). Een zorgverzekeraar die bij imperfecte risicoverevening de beste zorgarrangementen voor chronische zieken zou contracteren en daarmee adverteert, zou veel chronisch zieken aantrekken en, voor zover hij voor deze verzekerden onvoldoende wordt gecompenseerd door de risicoverevening, zijn nominale premie moeten verhogen (zie Box 2). Dit verslechtert de marktpositie van de zorgverzekeraar bij het behouden of aantrekken van overige groepen verzekerden. Uiteindelijk zal deze zorgverzekeraar failliet gaan of zich moeten specialiseren in de betreffende chronische zorg en zich richten op het (kleine) marktsegment van chronisch zieken die een zeer hoge nominale premie kunnen en willen betalen.

Een andere zorgverzekeraar die *selectief* géén contracten zou sluiten met zorgaanbieders die de beste reputatie hebben voor de behandeling van chronisch zieken, zou juist weinig chronisch zieken aantrekken en daardoor een lage premie kunnen vragen. Door een voldoende aantal (niet-excellente) zorgaanbieders te contracteren zou deze zorgverzekeraar kunnen voldoen aan de wettelijke zorgplicht. Als alle zorgverzekeraars dit zouden doen, zouden de zorgaanbieders met de beste reputatie op het gebied van chronisch zieken uiteindelijk geen contract met een zorgverzekeraar hebben, en chronisch zieke verzekerden geen toegang (via de zorgverzekering) tot deze zorgaanbieders.

Box 2. Goede reputatie voor chronische zorg kan leiden tot financiële verliezen

Beaulieu et al. (2006) bespreken de casus van een Health Maintenance Organization (HMO) in de Verenigde Staten die een succesvol Diabetes Management Programma heeft opgezet. Dit programma biedt kosteneffectieve diabeteszorg die resulteert in zowel verbeterde gezondheidsuitkomsten voor de diabetespatiënten als lagere zorgkosten. Na enkele jaren bleek de HMO op dit programma financiële verliezen te lijden omdat (1) de HMO juist vanwege dit programma geconfronteerd werd met een toenemende oververtegenwoordiging van diabetespatiënten in zijn verzekerdenportefeuille; en (2) de HMO geen compensatie kreeg voor de hogere kosten van diabetespatiënten in vergelijking tot niet-diabetespatiënten.

Dit voorbeeld illustreert hoe een goede reputatie voor chronische zorg *zónder* adequate compensatie (bijvoorbeeld via ex-ante risicoverevening) een zorgverzekeraar in financiële problemen kan brengen.

Zorgverzekeraars hebben dus geen financiële prikkel om zoveel mogelijk te investeren in zorgvernieuwing en verbetering van de kwaliteit van zorg voor groepen verzekerden voor wie zij structureel een voorspelbaar verlies lijden van honderden euro's per persoon per jaar. Bij de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders spelen veelal ook de lange

termijn relaties een belangrijke rol. Het ligt daarom in de lijn der verwachting dat ook de lange termijn investeringsplannen van de ziekenhuizen en andere zorgaanbieders een rol spelen bij deze onderhandelingen.

Zorgverzekeraar Achmea heeft in 2011 de Tweede Kamer in een brief gewaarschuwd dat de risicoverevening nog niet adequaat is en dat zorgverzekeraars daardoor worden ontmoedigd te investeren in de zorg voor chronische zieken (Achmea, 2011). Zorgverzekeraars realiseren zich kennelijk maar al te goed dat indien zij doen wat de samenleving van hen verlangt, namelijk goede zorg inkopen vooral voor chronisch zieken, zij bij imperfecte risicoverevening hiervoor door de markt financieel worden afgestraft (zie Box 2).

Ook als alle zorgverzekeraars even succesvol zijn in selectie-activiteiten en daarom een identieke portefeuilleopbouw hebben (dat wil zeggen: “geen enkele zorgverzekeraar heeft een selectief verzekerdenbestand”) is wel sprake van risicoselectie, en ook van de nadelige effecten van deze selectie-activiteiten in termen van een bedreiging voor de kwaliteit van zorg. De angst voor een oververtegenwoordiging van voorspelbaar verliesgevend verzekerden in de portefeuille vormt namelijk een permanente financiële prikkel voor een zorgverzekeraar om zich te richten op het laagrisico segment in de markt, met alle consequenties van dien voor de kwaliteit van zorg.

Het is de vraag of zorgverzekeraars die geconfronteerd worden met (grote) financiële prikkels om niet in te spelen op de preferenties van chronisch zieken, hen ook inderdaad slechter (zullen) behandelen en minder goede zorg verlenen. Ethische en morele overwegingen alsmede het verlies van een goede reputatie spelen ook een belangrijke rol.

Patiënten/consumentenorganisaties zullen de ontwikkelingen nauwlettend volgen en aan ongewenste situaties ruime publiciteit geven. Niettemin kunnen ook de meer subtiele en ongreepbare vormen van risicoselectie voor de zorgverzekeraars profijtelijk en voor de chronisch zieken nadelig zijn. Of, en zo ja in welke mate hiervan op dit moment in Nederland sprake is, is (ons) onbekend.

Het enige land waar op dit terrein enige empirische bevindingen beschikbaar zijn, is de Verenigde Staten (VS). In de VS hebben alle 65+ers aanspraak op Medicare (een soort ziekenfondsverzekering). Medicare-verzekerden kunnen kiezen: óf zij ontvangen hun zorg van zelfgekozen artsen en ziekenhuizen die betaald worden per verrichting, óf zij worden lid van een Health Maintenance Organization (HMO). In het laatste geval ontvangen zij al hun zorg van/via de HMO die voor hen een vereveningsbijdrage ontvangt, eventueel aangevuld met een voor alle leden van de HMO gelijke premiebijdrage. De keuze voor een HMO betekent in het algemeen minder keuzevrijheid van arts, maar een breder zorgpakket (met name geneesmiddelen) en minder eigen betalingen. De vereveningsbijdragen die de HMO ontvangt, zijn afhankelijk van leeftijd en regio, maar waren tot 2000 niet afhankelijk van gezondheid. Ook voor niet-Medicare verzekerden ontvangen HMO's een vereveningsbijdrage die tot begin deze eeuw niet afhankelijk was van gezondheid. De bevindingen in de literatuur die betrekking hebben op de jaren '90⁴⁹ geven aanleiding tot

⁴⁹ Nelson et al., (1997) vroegen aan een steekproef van ruim 3000 Medicare-verzekerden bij HMOs of zij hun HMO zouden aanraden aan familie en vrienden. In het algemeen antwoordde 91% van de respondenten positief. Maar als het ging om een advies aan iemand met een ernstig of chronisch gezondheidsprobleem, zou slechts 74% positief adviseren. Een op de vier zou zijn HMO dan niet aanraden.

Riley et al., (1997) onderzochten de gezondheid van de Medicare-verzekerden die een HMO verlieten. Zij maakten een onderscheid tussen degenen die naar een andere HMO gingen en degenen die naar de traditionele zorgaanbieders met betaling-per-verrichting gingen. De gezondheid van de laatste groep bleek veel slechter te

enige bezorgdheid wanneer zorgverzekeraars geconfronteerd worden met sterke financiële prikkels om niet in te spelen op de preferenties van chronisch zieken.

3.4.2. *Bedreiging voor solidariteit*

Risicoselectie vormt een bedreiging voor de solidariteit. Voor zover risicoselectie (bij imperfecte risicoverevening) succesvol is en tot marktsegmentatie leidt waarbij de laagrisico en hoogrisico verzekerden elk hun eigen zorgpolis met eigen kostendekkende premie hebben, betalen de hoogrisico verzekerden een hogere premie dan de laagrisico verzekerden. Bijvoorbeeld, indien een zorgverzekeraar zich specialiseert in zorg voor voorspelbaar verliesgevende chronisch zieken zal hij een hoge kostendekkende premie moeten vragen. Het gevolg hiervan is dat de kosten van de laag- en hoogrisico verzekerden niet volledig worden gepoold waardoor onbedoelde premieverschillen tussen de hoog- en laagrisico verzekerden ontstaan. Een ander gevolg is dat deze goede zorg financieel ontoegankelijk is voor de chronisch zieken die de hoge premies niet kunnen betalen.

3.4.3. *Bedreiging voor doelmatigheid*

Een derde gevolg van de prikkels tot risicoselectie is dat het voor zorgverzekeraars financieel aantrekkelijker kan zijn meer tijd, energie en menskracht te besteden aan een portefeuilleopbouw met zo weinig mogelijk hoogrisico verzekerden dan aan het bevorderen van doelmatigheid. Een *doelmatige* zorgverzekeraar met relatief veel hoogrisico verzekerden kan een slechtere financiële marktpositie hebben dan – en daardoor worden weggeconcurrerd door – een *ondoelmatige* zorgverzekeraar met relatief weinig hoogrisico verzekerden.

Ook als alle zorgverzekeraars even succesvol zijn in selectie-activiteiten en daarom een identieke portefeuilleopbouw hebben (dat wil zeggen: “geen enkele zorgverzekeraar heeft een *selectief* verzekerdenbestand”) is wel sprake van risicoselectie, en ook van de nadelige effecten van deze selectie-activiteiten in termen van een bedreiging voor de doelmatigheid. De angst voor een oververtegenwoordiging van voorspelbaar verliesgevende verzekerden in de portefeuille vormt namelijk een *permanente* financiële prikkel voor een zorgverzekeraar om zich te richten op het laagrisico segment in de markt, met alle consequenties van dien voor de doelmatigheid.

3.4.4. *Conclusie*

Vanuit maatschappelijk oogpunt is (het bestaan van substantiële prikkels tot) risicoselectie ongewenst omdat

1. risicoselectie de toegang tot kwalitatief goede zorg (via de zorgverzekering) kan bedreigen en een rem kan zetten op innovaties en kwaliteitsverbetering in de zorg

zijn dan van de eerste groep, hetgeen een indicatie zou kunnen zijn voor een slechte reputatie van de HMOs onder chronisch zieken.

Ware et al., (1996) kwamen tot de bevinding dat voor chronisch zieken ouder dan 64 jaar met een laag inkomen de kans op een verslechtering van de gezondheidstoestand over een 4-jaars periode ruim twee keer zo groot was voor degenen in een HMO dan voor degenen die hun zorg ontvingen in de traditionele gezondheidszorg met betaling-per-verrichting (68% versus 27%; $P < 0,001$).

Davis en Schoen (1998) melden bevindingen dat binnen HMOs in het bijzonder gezinnen met een gezinslid met slechte gezondheid, met een serieuze ziekte in het laatste jaar of met een chronische ziekte geneigd zijn om hun HMO als matig of slecht te beoordelen wat betreft de toegankelijkheid tot specialistische zorg.

Op basis van een literatuurstudie naar de toegankelijkheid tot zorg binnen HMOs voor kwetsbare personen, concludeert Miller (1998) dat, hoewel de resultaten niet eenduidig zijn, er genoeg negatieve resultaten zijn die een bezorgdheid rechtvaardigen omtrent de toegankelijkheid tot goede zorg voor HMO-verzekerden met chronische ziekten en aandoeningen.

- omdat zorgverzekeraars worden ontmoedigd bij zorginkoop te investeren in projecten waarmee zij relatief veel verliesgevende verzekerden verwachten aan te trekken;
2. risicoselectie de beoogde solidariteit kan bedreigen als gezonde verzekerden en chronisch zieken zich concentreren in verschillende polissen (die een relatief lage respectievelijk hoge premie zullen hebben); en
 3. risicoselectie de doelmatigheid kan bedreigen omdat risicoselectie voor de zorgverzekeraars op korte termijn een meer effectieve manier kan zijn om de schadelast te reduceren dan het bevorderen van doelmatigheid in de zorg.⁵⁰

⁵⁰ Voorts levert elke euro die aan risicoselectie wordt besteed (en niet aan zorg) een welvaartsverlies op.

4. Methoden om risicoselectie te meten

4.1. Het aantonen van de afwezigheid van risicoselectie

De in paragraaf 3.1 gegeven definitie van risicoselectie luidt:

“acties (anders dan premiedifferentiatie per product) door verzekerden of verzekeraars met als doel of gevolg dat de kosten van de laag- en hoogrisico verzekerden niet volledig worden gepoold”,

waarbij de groepen laag- en hoogrisico verzekerden moeten worden gezien *binnen de risicogroepen die zijn onderscheiden bij de risicoverevening en bij de toegestane premiedifferentiatie per zorgverzekeringsproduct*.

Het aantonen van de *afwezigheid* van risicoselectie is onmogelijk.

Bij perfecte risicoverevening zal risicoselectie afwezig zijn. Het aantonen van perfecte risicoverevening is echter praktisch onmogelijk. Perfecte risicoverevening betekent dat er geen laag- en hoogrisico verzekerden zijn. Omdat in beginsel oneindig veel subgroepen denkbaar zijn binnen de risicogroepen die zijn onderscheiden bij de risicoverevening, is het onmogelijk om alle subgroepen in beeld te brengen en daarmee de afwezigheid van risicoheterogeniteit aan te tonen. Dit betekent dat ook het aantonen van de afwezigheid van de *prikkels* tot risicoselectie onmogelijk is.

Ook bij imperfecte risicoverevening is het aantonen van de afwezigheid van risicoselectie onmogelijk. In beginsel zijn oneindig veel acties denkbaar die als risicoselectie kunnen worden gekwalificeerd (zie paragraaf 3.3). Het is onmogelijk de afwezigheid van al deze acties aan te tonen. Ook het aantonen van een *gelijke* portefeuilleopbouw per zorgverzekeringsproduct is geen bewijs van de afwezigheid van risicoselectie. Een *gelijke* portefeuilleopbouw geeft wel aan dat er geen sprake is van ‘acties *met als gevolg* dat de kosten van de laag- en hoogrisico verzekerden niet volledig worden gepoold’, maar is geen bewijs van de afwezigheid van ‘acties *met als doel* dat de kosten van de laag- en hoogrisico verzekerden niet volledig worden gepoold’. Een *gelijke* portefeuilleopbouw kan immers betekenen dat alle zorgverzekeraars even succesvol zijn in het toepassen van risicoselectie. En deze selectie-acties kunnen nadelige gevolgen hebben (zie paragraaf 3.4).

Hoewel het aantonen van de afwezigheid van risicoselectie dus onmogelijk is, kan wel sprake zijn van *indicaties* van de afwezigheid van (bepaalde vormen van) risicoselectie. Als bijvoorbeeld zorgverzekeraars voor alle groepen chronisch zieken adverteren met: “Kom bij ons! Want wij hebben de beste zorgarrangementen voor u gecontracteerd!” is dit een indicatie van de afwezigheid van ernstige vormen van risicoselectie.

4.2. Signalen van risicoselectie

Bij perfecte risicoverevening is geen sprake van risicoselectie.

Bij imperfecte risicoverevening bestaan *prikkels* tot risicoselectie. Voor het meten van deze *prikkels* is het van belang inzicht te hebben in het gemiddeld financieel resultaat, bij een gemiddelde premie, per persoon in relevante subgroepen binnen de risicogroepen die zijn onderscheiden bij de risicoverevening. Dit is een dynamisch proces vanwege de veranderingen (meestal verbeteringen) in de risicoverevening van jaar op jaar, zoals geïllustreerd in Tabel 1. Ook is van belang dat in beginsel oneindig veel subgroepen kunnen worden onderscheiden, zodat de informatie zoals weergegeven in Tabel 2 en Bijlage 1 niet noodzakelijk een volledig beeld geven. Voorts is van belang dat het aantonen van de aanwezigheid van *prikkels* tot

risicoselectie niet betekent dat risicoselectie daadwerkelijk plaatsvindt. Ook geldt dat hoe beter de risicoverevening is, des te minder mogelijkheden er zijn voor risicoselectie die per saldo winstgevend is.

Het aantonen van de aanwezigheid van risicoselectie bij imperfecte risicoverevening is niet eenvoudig omdat het moeilijk is de kostenverschillen als gevolg van risicoselectie te onderscheiden van de kostenverschillen als gevolg van doelmatigheidsverschillen. Het feit dat na correctie voor de risicokenmerken die zijn opgenomen in de risicoverevening, de zorgkosten van zorgverzekeraar A per verzekerde lager zijn dan die van zorgverzekeraar B is niet noodzakelijk een indicatie van de aanwezigheid van risicoselectie, omdat zorgverzekeraar A ook doelmatiger kan zijn dan zorgverzekeraar B.⁵¹ Wel is het mogelijk een lijst met signalen op te stellen die elk (en zeker in samenhang) zouden kunnen duiden op risicoselectie. Maar ook een combinatie van sterke signalen hoeft nog geen 100%-sluitend bewijs te vormen (zie Box 3).

Box 3. Altijd die twijfel, altijd die twijfel

In een commentaar op een artikel waarin (voor de zoveelste keer) aannemelijk wordt gemaakt dat aanbod-geïnduceerde vraag in de zorg bestaat, wijst Victor Fuchs (1986) er op dat het zeer lastig is een 100%-sluitend bewijs te leveren. Ook al zijn er zeer veel signalen die duiden op aanbod-geïnduceerde vraag, het is altijd mogelijk met een tegenargument te komen. Vervolgens schrijft hij:

Dit doet me altijd denken aan die Fransman die zijn vrouw van ontrouw verdacht. Toen hij zijn vriend vertelde dat deze kwellende onzekerheid zijn leven ruïneerde, adviseerde zijn vriend hem om een privédetective in de arm te nemen om de zaak voor eens en altijd op te lossen. De Fransman vond dit een goed idee en een paar dagen later kwam de detective met het volgende rapport: ‘Toen u op een avond niet in de stad was, zag ik dat uw vrouw zich kleepte in nauwsluitende zwarte kleding, parfum opdeed, en naar de lokale bar ging. Ze dronk een aantal glazen met de pianospeler en toen de bar sloot gingen ze naar uw huis. Ze zaten in de zitkamer, dronken nog een paar glazen, dansten, en kusten.’ De Fransman luisterde gespannen toen de detective vervolgde: ‘Vervolgens gingen ze naar boven naar de slaapkamer, ze kleedden elkaar uit, en gingen naar bed. Daarna deden ze het licht uit en kon ik niets meer zien.’ De Fransman verzuchtte: ‘Altijd die twijfel, altijd die twijfel.’

Onderstaand volgt een opsomming van suggesties om signalen te verkrijgen die op risicoselectie zouden kunnen duiden.

Selectieve in- en uitstroom

- Nagaan of sprake is van een selectieve in- en/of uitstroom van verzekerden per zorgverzekeraar of zorgpolis.⁵² Indien de jaarlijkse instroom van verzekerden een significante oververtegenwoordiging bevat van laagrisico verzekerden en/of de jaarlijkse

⁵¹ Of omdat zorgverzekeraar A als gevolg van regulering in het verleden (bijvoorbeeld de Ziekenfondswet) een selectief ‘gunstig’ verzekerdenbestand heeft. (De relevantie van deze mogelijke verklaring neemt elk jaar verder af.)

⁵² Voor de wijze waarop dit kan worden nagegaan, zie paragraaf 4.3.

uitstroom van verzekerden een oververtegenwoordiging bevat van hoogrisico verzekerden is sprake van risicoselectie.

- Nagaan of sprake is van een selectief verzekerdenbestand per zorgverzekeraar of zorgpolis.⁵³ Indien het verzekerdenbestand van een zorgverzekeraar of zorgpolis een significante oververtegenwoordiging bevat van laagrisico verzekerden is sprake van risicoselectie.
- ‘Mystery’-aanmeldingen als verzekerde doen (of informatie opvragen): telefonisch, via internet, en schriftelijk bij diverse zorgverzekeraars en zorgpolissen: enerzijds als een zeer gezond persoon, anderzijds als iemand met veel chronische aandoeningen.
- Interviews houden met verzekerden die van zorgverzekeraar zijn overstapt. Was u niet tevreden met de door de zorgverzekeraar gecontracteerde kwaliteit zorg? Had u het gevoel niet welkom te zijn (bijvoorbeeld weggepest of onbeleefd behandeld)?

Zorginkoop

- Onderzoek doen naar zorginkoop:
 - Hoe wordt invulling gegeven aan de samenstelling van het wettelijk (functioneel) omschreven te verzekeren pakket?
 - Hoe wordt invulling gegeven aan de zorgplicht?
 - Worden geneesmiddelen in beginsel uitsluitend via een internet-apotheek vergoed?
 - Welke ‘selectieve’ vergoeding van geneesmiddelen?
 - Welke zorgaanbieders worden selectief wel/niet gecontracteerd?
 - Welke vergoeding voor de niet-gecontracteerde zorgaanbieders (tussen 0 tot 100%)?
 - Welke toestemmingsvereisten zijn opgenomen in de polis?
- Interviews houden onder (leden, bestuur) patiëntenverenigingen: Bij welke zorgverzekeraars / zorgpolissen heeft u veel / weinig / geen invloed op de zorginkoop of de samenstelling van de aanvullende verzekeringen? Heeft u het gevoel bij bepaalde zorgverzekeraars / zorgpolissen zeer welkom of juist niet welkom te zijn (bijvoorbeeld weggepest of onbeleefd behandeld)?
- Interviews houden met zorgaanbieders die gespecialiseerd zijn in chronische aandoeningen en van wie de kosten niet goed in de risicoverevening verevend worden: is het moeilijk om een contract te krijgen met zorgverzekeraars? Welke zorgverzekeraars in het bijzonder?
Idem overige zorgaanbieders (als controlegroep).
- Bij serieuze aanwijzingen van risicoselectie die leidt tot kwaliteitsvermindering:
 - De contracten tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieders opvragen;
 - Inzicht krijgen in welke financiële prikkels voor de zorgaanbieders zijn overeengekomen in de contracten met de zorgaanbieders;
 - Onderzoeken of sprake is van verticale integratie;
 - De notulen opvragen van de onderhandelingen van de zorgaanbieders met de zorgverzekeraars;
 - Zorgverzekeraars vragen op basis van welke criteria de gecontracteerde zorgaanbieders zijn geselecteerd;
 - Nagaan of de gehanteerde zorginkoop-instrumenten ook worden gebruikt voor het doel waarvoor ze zijn bedoeld. Met andere woorden: zouden de instrumenten ook gebruikt worden bij perfecte risicoverevening?

⁵³ Voor de wijze waarop dit kan worden nagegaan, zie paragraaf 4.3.

- Kliklijn opzetten; kan bijvoorbeeld worden gebruikt door medewerkers werkzaam bij een zorgverzekeraar die ethische problemen hebben met het gedrag van de zorgverzekeraar en de hen opgedragen werkzaamheden ('klokkenluiders').

Zorgbemiddeling en dienstverlening

- Onderzoeken of sprake is van selectieve dienstverlening van de zorgverzekeraar aan zijn verzekerden door het inzetten van een
 - 'mystery'-patiënt/verzekerde met chronische aandoening (zwaar verliesgevend);
 - 'mystery'-patiënt/verzekerde met een niet-chronische aandoening (bijvoorbeeld gebroken been).

Selectief adverteren en selectieve marketing

- Het analyseren van de marketingactiviteiten van alle zorgverzekeraars en gevolmachtigden, bijvoorbeeld:
 - In welke media wordt geadverteerd?
 - Welke marketingstrategie wordt gehanteerd?
 - Wie is de doelgroep?
 - Hoe profileert een zorgverzekeraar / zorgpolis zich?
 - Voelen juist hoogrisico verzekerden zich door de wijze van profileren niet aangesproken?
 - Notulen van de afdeling marketing opvragen.

Aanvullende verzekeringen

- Nagaan of sprake is van risicoselectie via het acceptatiebeleid (selectie?, gezondheidsverklaring?), de samenstelling van het pakket (bijvoorbeeld: geen kraamzorg, wel de pil?) of de premie en voorwaarden van de aanvullende verzekeringen (zie paragraaf 3.3.8);
- Nagaan of een zorgverzekeraar geen of uitsluitend zeer beperkte aanvullende verzekeringen aanbiedt (waardoor hij onaantrekkelijk is voor hoogrisico verzekerden);
- Nagaan of een zorgverzekeraar buitenproportioneel uitgebreide gezondheidsverklaringen hanteert voor de aanvullende verzekeringen?

Collectiviteiten

- Nagaan of sprake is van een selectief verzekerdenbestand per collectiviteit. Indien een collectiviteit een oververtegenwoordiging bevat van laagrisico verzekerden is sprake van risicoselectie.
- Nagaan wie de doelgroep is.
- Nagaan wat het doel is van (het opzetten van) de collectiviteit? Welke soorten doelgroepencontracten, en hun omvang?
- Nagaan of er naast de collectiviteitskorting sprake is van overige financiële voordelen voor de leden van de collectiviteit? Bijvoorbeeld een (bovenmatige) extra korting (op andere verzekeringsproducten) verleend door de gevolmachtigde? Zo ja, hoeveel?

Overige suggesties:

- Interviews houden bij zorgverzekeraars: doet één van uw concurrenten aan risicoselectie? Wie? Hoe?
- Signalen analyseren die worden ontvangen via de klachtenlijn van de NZa;
- Het monitoren van zorgverzekeraars:

- notulen opvragen van de vergaderingen van de RvB, afdeling marketing, afdeling zorginkoop, etc.;
- gesprekken met de RvB, de medewerkers op de afdeling marketing en de afdeling zorginkoop;
- wat is de omvang van (het budget van) de afdeling marketing versus de afdeling zorginkoop?
- Het analyseren van nadere voorwaarden in de zorgpolissen die kunnen duiden op risicoselectie:
 - Selectieve vormgeving van het (vrijwillig) eigen risico;
 - Is de zorgverzekering tussentijds (dagelijks, maandelijks) opzegbaar?
 - Voert de zorgverzekeraar de AWBZ niet uit?
 - Is sprake van financiële voordelen via koppelverkoop?
- Nagaan of tussenpersonen of gevolmachtigden selectief aan laagrisico verzekerden financiële voordelen bieden.

Het daadwerkelijk meten van alle bovengenoemde signalen is zeer omvangrijk. Voor toezichthouder NZa is het daarom van belang een inschatting te maken van de waarschijnlijkheid van het optreden van bepaalde vormen van risicoselectie en van de ernst van de effecten van de diverse vormen van risicoselectie, zowel op korte als lange termijn. Op basis hiervan kunnen prioriteiten worden gesteld.

4.3. Het meten van de mate van risicoselectie

De monitoring en het meten van risicoselectie is een dynamisch proces. Activiteiten die dit jaar worden gekwalificeerd als risicoselectie, hoeven dit, als de risicoverevening wordt verbeterd, volgend jaar niet meer te zijn. Een *conditio-sine-qua-non* voor elk toezicht op (en monitoring van) risicoselectie is het hebben van inzicht in de kwaliteit van de risicoverevening en inzicht in welke subgroepen bij de vigerende vereveningsformule de laag- of hoogrisico verzekerden vormen, en in welke mate. Andere prioriteiten voor het jaarlijks monitoren en meten van risicoselectie op de zorgverzekeringsmarkt betreffen het meten van de (non-)selectiviteit van verzekerdenbestanden en de in- en uitstroom. Onderstaand wordt hierop ingegaan.

Wie zijn de laag- en hoogrisico subgroepen?

Bij (de interpretatie van) alle bovengenoemde signalen van risicoselectie is per definitie sprake van *laag- en hoogrisico* groepen. Een cruciale voorwaarde voor het meten van (de mate van) risicoselectie is daarom dat bekend is welke subgroepen van verzekerden in welke mate laagrisico of hoogrisico zijn, of te wel: welke subgroepen zijn gegeven de vigerende risicoverevening bij een gemiddelde premie voorspelbaar winstgevend of verliesgevend, en in welke mate? Voor de risicoverevening-2012 geven Tabel 2 en Bijlage 1 een antwoord op deze vraag (zie ook Commissie-Don, 2012). De ervaring in de afgelopen 20 jaar met de risicoverevening in Nederland is dat de vereveningformule vrijwel nooit in twee opeenvolgende jaren gelijk is gebleven. Voortdurend is sprake geweest van verbeteringen in de vereveningformule waardoor de gemiddelde voorspelbare verliezen op de hoogrisico groepen en de gemiddelde voorspelbare winsten op de laagrisico groepen afnamen (zie Tabel 1).⁵⁴ De verwachting is dat ook de komende jaren de risicoverevening jaarlijks zal worden

⁵⁴ In sommige jaren is als gevolg van (ingrijpende) beleidswijzigingen van de regering ook sprake geweest van een verslechtering van de risicoverevening door een verslechtering van de kwaliteit van de gegevensbestanden waarop de vereveningformule wordt berekend; of door een verschuiving van ziekenhuiszorg van de vaste kosten – met 100% nacalculatie – naar de variabele kosten – met minder dan 100% nacalculatie (per 2012: 0%).

verbeterd.⁵⁵ Voor het meten van (de mate van) risicoselectie in enig jaar is het daarom van cruciaal belang inzicht te hebben in de voorspelbare winsten en verliezen voor relevante subgroepen (zoals in Tabel 2 en Bijlage 1) gegeven de vigerende vereveningformule bij een gemiddelde premie. Deze resultaten geven ook een indicatie van hoe groot de prikkel tot risicoselectie is.

Selectief bestand per zorgverzekeraar of zorgpolis

Een eerste methode om te meten of bij een bepaalde zorgverzekeraar of zorgpolis sprake is van een selectief verzekerdenbestand is het houden van een (gezondheids)enquête onder de betreffende verzekerden. Op deze manier kan worden bepaald, gegeven de vigerende vereveningformule en gegeven dat bekend is wie de laag- en hoogrisico subgroepen zijn (zie boven), of sprake is van een oververtegenwoordiging van laag- of hoogrisico verzekerden in het betreffende verzekerdenbestand. De enquêtevragen moeten zodanig zijn dat de verzekerden kunnen worden ingedeeld in de relevante subgroepen (zoals in Tabel 2 en Bijlage 1).

Omdat dit een vrij kostbare methode is, kan het verstandig zijn deze methode alleen te hanteren bij een sterk vermoeden van ernstige risicoselectie.

Een tweede en goedkopere methode is het meten hoe winstgevend of verliesgevend het betreffende verzekerdenbestand is bij een gemiddelde premie bij de vigerende vereveningformule. De hiervoor benodigde gegevens zijn routinematig beschikbaar en kunnen door de NZa worden opgevraagd.⁵⁶ Een voordeel van deze methode is de relatief lage kosten zodat deze methode geschikt is voor het jaarlijks monitoren van de zorgverzekeringsmarkt. Een nadeel is dat de waargenomen winsten en verliezen het gevolg kunnen zijn van zowel risicoselectie als (on)doelmatigheid, zodat deze methode vooral signalen van risicoselectie oplevert. Bij voldoende (overige) signalen van risicoselectie (zie ook paragraaf 4.2) kan de eerstgenoemde methode uitsluitel bieden.

Selectieve in- en uitstroom

Bovengenoemde twee methoden kunnen mutatis mutandis ook worden toegepast om te meten of sprake is van een selectieve in- en uitstroom per zorgverzekeraar of zorgpolis.

Bij de in- en uitstroom speelt de vraag hoe doelmatigheid en risicoselectie te scheiden minder dan op portefeuille niveau.⁵⁷

Selectieve collectiviteit

Bovengenoemde twee methoden kunnen mutatis mutandis ook worden toegepast om te meten of per collectiviteit sprake is van een selectief bestand. Voor de vraag of sprake is van risicoselectie is ook de collectiviteitskorting van belang (zie paragraaf 3.1.2).

⁵⁵ In 2013 is de risicoverevening verbeterd ten opzichte van 2012 doordat de DKGs niet langer alleen gebaseerd zijn op de diagnoses bij ziekenhuisopnamen, maar ook op de diagnoses van poliklinische zorg. Hierdoor is het percentage verzekerden dat onder een DKG valt, gestegen van 2% in 2012 naar 8% in 2013.

⁵⁶ Deze gegevens hebben wel een vertraging van 3 jaar.

⁵⁷ Hoewel ook hier geldt: altijd die twijfel ... Wellicht hebben verzekerden die doelmatig van de zorg gebruik maken een voorkeur voor een doelmatige zorgverzekeraar ('instroom') en hebben verzekerden die ondoelmatig van de zorg gebruik maken een voorkeur voor een ondoelmatige zorgverzekeraar ('uitstroom').

5. Conclusie, discussie en aanbevelingen

5.1. Conclusies

In dit rapport staat de volgende vraag centraal: **“Op welke manieren is het voor de NZa mogelijk om risicoselectie op de zorgverzekeringsmarkt te meten?”**

Belangrijke deelvragen zijn: Wat is risicoselectie? Wat zijn de mogelijke vormen van risicoselectie en wat zijn de effecten daarvan? Op welke manier kan de NZa de aan- of afwezigheid van risicoselectie aantonen; en in geval van aanwezigheid de mate van risicoselectie meten?

5.1.1. Definitie risicoselectie

Risicoselectie wordt gedefinieerd als:

“acties (anders dan premiedifferentiatie per product) door verzekerden of verzekeraars met als doel of gevolg dat de kosten van de laag- en hoogrisico verzekerden niet volledig worden gepoold”.

Het is van belang de groepen *laag- en hoogrisico* verzekerden te bezien binnen de risicogroepen die zijn onderscheiden bij de risicoverevening en bij de toegestane premiedifferentiatie per zorgverzekeringproduct.

Ook is van belang dat risicoselectie zowel selectie door de verzekerde (‘antiselectie’) als selectie door de verzekeraar (‘gunstige-risicoselectie’) omvat. Bij veel vormen van risicoselectie is sprake van beide: zowel acties van de verzekerden als acties van de zorgverzekeraar. Bijvoorbeeld de zorgverzekeraar biedt verschillende zorgpolissen aan en de verzekerden kiezen via zelfselectie hun favoriete zorgpolis.

De risicoverevening beoogt zorgverzekeraars vooraf te compenseren voor voorspelbare kostenverschillen tussen verzekerden voor zover die verschillen samenhangen met gezondheid (inclusief leeftijd en geslacht). Naarmate het ex-ante vereveningssysteem de zorgverzekeraars beter compenseert voor risicoheterogeniteit (die niet in de premiedifferentiatie tot uiting mag komen), neemt (de prikkel tot) risicoselectie af. Bij perfecte risicoverevening bestaat geen risicoselectie. Hoewel Nederland internationaal gezien een relatief goede risicoverevening heeft, is de verevening nog niet goed genoeg. Voor diverse groepen (met substantiële omvang) van hoogrisico verzekerden schieten de financiële compensaties in 2012 substantieel tekort. Bij een imperfecte risicoverevening leidt het verbod op premiedifferentiatie bij een gemiddelde premie tot voorspelbare verliezen op bepaalde groepen hoogrisico verzekerden (veelal chronisch zieken; zie Tabel 2 en Bijlage 1). Bijgevolg worden verzekerden en zorgverzekeraars geconfronteerd met substantiële prikkels tot risicoselectie.

5.1.2. Mogelijke vormen van risicoselectie en de effecten daarvan

Er zijn tientallen vormen van risicoselectie mogelijk. Omdat zorgverzekeraars oneindig veel varianten van de zorgverzekering mogen aanbieden, hebben zij, ondanks de wettelijke acceptatieplicht, in beginsel ook oneindig veel instrumenten voor risicoselectie. Een belangrijke taak die zorgverzekeraars geacht worden te vervullen is zorg inkopen namens hun verzekerden. In de afgelopen jaren hebben de zorgverzekeraars in toenemende mate instrumenten tot zorginkoop gekregen en zijn zij ook in toenemende mate zorginkoop-activiteiten gaan ontplooien. Voor het monitoren van risicoselectie is van belang dat in beginsel *elk instrument voor zorginkoop ook een instrument voor risicoselectie is*. Via selectieve zorginkoop zijn dus veel vormen van risicoselectie mogelijk. Andere vormen van

risicoselectie zijn bijvoorbeeld selectieve marketing, koppelverkoop, de aanvullende verzekeringen en collectiviteiten.

Vanuit maatschappelijk oogpunt is (het bestaan van substantiële prikkels tot) risicoselectie ongewenst omdat

1. risicoselectie de toegang tot kwalitatief goede zorg (via de zorgverzekering) kan bedreigen en een rem kan zetten op innovaties en kwaliteitsverbetering in de zorg omdat zorgverzekeraars worden ontmoedigd bij zorginkoop te investeren in projecten waarmee zij relatief veel verliesgevende verzekerden verwachten aan te trekken;
2. risicoselectie de beoogde solidariteit kan bedreigen als gezonde verzekerden en chronisch zieken zich concentreren in verschillende polissen met elk een kostendekkende premie; en
3. risicoselectie de doelmatigheid kan bedreigen omdat risicoselectie voor de zorgverzekeraars op korte termijn een meer effectieve manier kan zijn om de schadelast te reduceren dan het bevorderen van doelmatigheid in de zorg.

Gezien deze mogelijke gevolgen van risicoselectie kan het bestaan van financiële prikkels tot risicoselectie worden getypeerd als een potentieel-ernstig probleem (ZonMw 2009).

5.1.3. Aantonen/meten van de aan- of afwezigheid van risicoselectie

Het aantonen van de *afwezigheid* van risicoselectie is onmogelijk.

Het aantonen van de *aanwezigheid* van risicoselectie bij imperfecte risicoverevening is niet eenvoudig omdat het moeilijk is de kostenverschillen als gevolg van risicoselectie te onderscheiden van de kostenverschillen als gevolg van verschillen in doelmatigheid. Wel bestaan er veel signalen (zie paragraaf 4.2) die elk, en zeker in samenhang, kunnen duiden op risicoselectie. Signaaltoezicht is niet ongebruikelijk voor de NZa. Maar ook een combinatie van sterke signalen hoeft nog geen 100%-sluitend bewijs te vormen.

Het daadwerkelijk meten van alle mogelijke signalen is zeer omvangrijk. Voor toezichthouder NZa is het daarom van belang een inschatting te maken van de waarschijnlijkheid van het optreden van bepaalde vormen van risicoselectie en van de ernst van de effecten van de diverse vormen van risicoselectie, zowel op korte als lange termijn. Op basis hiervan kunnen prioriteiten worden gesteld.

De monitoring en het meten van risicoselectie is een dynamisch proces. Activiteiten die dit jaar worden gekwalificeerd als risicoselectie, hoeven dit, als de risicoverevening wordt verbeterd, volgend jaar niet meer te zijn. Een *conditio-sine-qua-non* voor elk toezicht op (en monitoring van) risicoselectie is het hebben van inzicht in de kwaliteit van de risicoverevening en inzicht in welke subgroepen bij de vigerende vereveningformule de laag- of hoogrisico verzekerden vormen, en in welke mate.

Voor het jaarlijks monitoren en meten van risicoselectie op de zorgverzekeringsmarkt is het meten van de (non-)selectiviteit van verzekerdenbestanden (op het niveau van zorgverzekeraars, zorgpolissen en collectiviteiten) en de in- en uitstroom van belang. In paragraaf 4.3 zijn methoden aangegeven waarmee de NZa dit jaarlijks in beeld kan brengen (bijvoorbeeld ten behoeve van de marktscan Zorgverzekeringsmarkt).

5.2. Discussie

Als gevolg van de Zvw hebben zorgverzekeraars zowel meer instrumenten voor risicoselectie als meer prikkels tot risicoselectie gekregen dan de voormalige ziekenfondsen hadden (voor

2006). De meeste in paragraaf 3.3 genoemde *instrumenten* tot risicoselectie die de zorgverzekeraars thans ter beschikking staan, waren afwezig onder de voormalige Ziekenfondswet. De *prikkel* tot risicoselectie is toegenomen doordat prijsconcurrentie tussen zorgverzekeraars na invoering van de Zvw aanzienlijk is toegenomen (Douven en Schut 2006), en doordat de ex-post kostencompensaties sinds 2006 fors zijn gereduceerd (zie Figuur 2). Hiermee is de druk op de zorgverzekeraars om kosten te besparen sterk toegenomen. Eén van de methoden om de rendementen te verbeteren is het aantrekken van voorspelbaar winstgevend en het weren van voorspelbaar verliesgevend verzekerden. De toegenomen prijsconcurrentie zorgt dus voor sterke prikkels voor risicoselectie.

5.2.1. Beperkte risicoselectie in het verleden is geen garantie voor de toekomst

Hoewel er op grond van de beschikbare gegevens geen aanwijzingen zijn dat zorgverzekeraars in de eerste jaren na invoering van de Zvw (per 1 januari 2006) meer dan beperkt gebruik hebben gemaakt van de ruime mogelijkheden voor risicoselectie, vormt gedrag uit het verleden, mede op basis van de volgende overwegingen (mede ontleend aan Van de Ven en Ellis, 2000), geen enkele garantie voor de toekomst:

1. De eerste jaren na invoering van de Zvw hadden de zorgverzekeraars maar beperkt zicht op het risicoprofiel van hun verzekerden in relatie tot het vereveningssysteem. Ook bestond er wellicht nog enige onbekendheid met de financiële consequenties van de imperfecties van de risicoverevening voor de bedrijfsvoering. In de loop der jaren is deze onbekendheid afgenomen. De komende jaren zullen zorgverzekeraars steeds beter inzicht krijgen in welke groepen verzekerden ten opzichte van het vigerende vereveningssysteem voorspelbaar winst- en verliesgevend zijn.
2. In de eerste jaren na 2006 waren de verschillen tussen de aangeboden zorgverzekeringen nog vrij gering. Van de mogelijkheid tot selectief contracteren en selectief vergoeden van niet-gecontracteerde zorgaanbieders was bijvoorbeeld nauwelijks sprake. Gegeven de vrijwel onbeperkte variatie in zorgverzekeringsovereenkomsten die de Zvw biedt, mag verwacht worden dat de divergentie in aangeboden zorgverzekeringen, en de opties voor risicoselectie die deze pakketdifferentiatie met zich meebrengt, in de komende jaren zal toenemen.
3. De toenemende productdifferentiatie maakt het voor chronisch zieken in toenemende mate interessant om van zorgverzekeraar te veranderen. Bij een imperfect vereveningssysteem neemt daardoor voor zorgverzekeraars het belang van risicoselectie toe.
4. Veel bestuurders en leidinggevendenden binnen zorgverzekeraars worden gedreven door sociale motieven en handelen (nog) in de geest van de voormalige ziekenfondsverzekering, waarin velen van hen werkzaam zijn geweest. De huidige zorgverzekeraars zijn echter geen 'uitvoeringsorgaan van een sociale-verzekeringwet' (zoals de voormalige ziekenfondsen) maar particuliere ziektekostenverzekeraars op een markt met felle prijsconcurrentie. Het is niet realistisch te denken dat zorgverzekeraars ongevoelig zijn voor de voorspelbare winsten en verliezen die het gevolg zijn van onvoldoende compensatie in de risicoverevening. Zodra een zorgverzekeraar begint met profijtelijke risicoselectie, zullen de andere zorgverzekeraars uit concurrentie-overwegingen niet achter kunnen blijven. Eén van de hoofdconclusies van een studiereis van ambtenaren van het ministerie van Financiën naar de VS in 2002 luidde: "Ons is voorgehouden dat in een concurrerende markt iedere mogelijkheid voor risicoselectie door verzekeraars zal

worden gebruikt”.⁵⁸ Of dit (ook) in Nederland het geval zal zijn, hoe snel, en in welke mate, valt niet te voorspellen.

5. Een argument kan zijn dat maatschappelijk ongewenste vormen van risicoselectie niet zullen voorkomen vanwege ethische overwegingen en vanwege normen en waarden. Maar de huidige ethische opvattingen en de huidige normen en waarden kunnen veranderen indien het gehele zorgsysteem (meer) concurrerend wordt.
6. In de periode 2006-2012 zijn de financiële prikkels tot risicoselectie per saldo toegenomen (Van Kleef et al., 2012).⁵⁹

5.2.2. Mitigerende factoren

Een potentieel mitigerende factor is het verlies aan reputatie dat risicoselectie met zich kan meebrengen. Naarmate risicoselectie meer in de publiciteit komt – bijvoorbeeld door kritische consumenten- en patiëntenorganisaties of door de toezichthouder – zullen zorgverzekeraars daar minder snel toe overgaan. Een tweede potentieel mitigerende factor is het voornemen van de regering om de ex-ante risicoverevening in de komende jaren te blijven verbeteren, waardoor het voor zorgverzekeraars onzeker is in welke mate bepaalde selectiestrategieën ook op termijn profijtelijk zijn.

5.2.3. Ook niet-succesvolle risicoselectie is een risico

Risicoselectie is de Achilleshiel van een zorgstelsel gebaseerd op gereguleerde concurrentie. Indien risicoselectie optreedt, kan het leiden tot een afname van de kwaliteit van zorg voor chronisch zieken, een afname van de solidariteit, en een afname van de doelmatigheid (zie paragraaf 5.1). Een veelal onderbelicht probleem is dat de selectie-activiteiten, ook als ze niet succesvol zijn, negatieve gevolgen kunnen hebben voor het goed werken van de zorgmarkten, en daarmee voor het realiseren van de publieke doelen ‘kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg’. Denk bijvoorbeeld aan een verzekeraar die niet investeert in de kwaliteit van zorg voor chronisch zieken met als doel deze mensen buiten de deur te houden: ook als deze selectieactiviteit niet succesvol blijkt te zijn gaat het wel ten koste van de kwaliteit van zorg.

Risicoselectie is dus een belangrijk aandachtspunt voor toezichthouder NZa die goedwerkende zorgmarkten bewaakt en toezicht houdt op de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg.⁶⁰

5.2.4. Het grootste risico van risicoselectie

Zorgverzekeraar Achmea heeft in 2011 de Tweede Kamer in een brief gewaarschuwd dat de risicoverevening nog niet adequaat is en dat zorgverzekeraars daardoor worden ontmoedigd te investeren in de zorg voor chronische zieken (Achmea, 2011). Tot nu toe hebben regering en parlement weinig aandacht besteed aan deze noodkreet van de grootste zorgverzekeraar. Zorgverzekeraars realiseren zich kennelijk maar al te goed dat indien zij doen wat de samenleving van hen verlangt, namelijk goede zorg inkopen vooral voor chronisch zieken, zij

⁵⁸ Bron: verslag dd 19 februari 2002 van studiereis gezondheidszorg ministerie van Financiën naar de VS (26 januari – 7 februari 2002).

⁵⁹ Hoewel enerzijds de risicoverevening is verbeterd (Tabel 1), is anderzijds het financieel risico voor de zorgverzekeraars in deze periode sterk vergroot (zie Figuur 2), waardoor per saldo de financiële prikkels tot risicoselectie zijn toegenomen.

⁶⁰ NZa-bestuursvoorzitter Langejan heeft tijdens het Skipr-event-2012 aangegeven het toezicht op zorgverzekeraars als zijn belangrijkste rol te zien. “Er is geen geldstroom in de zorg die niet via de verzekeraars loopt. Het is dus logisch dat de NZa wil dat de zorgverzekeraars de taak als marktmeester uitvoeren en de NZa houdt daar weer toezicht op. Getrapt toezicht via de verzekeraar is de enige optie die er bestaat. Onze belangrijkste rol is het om vast te stellen of zorgverzekeraars hun taken goed uitvoeren.” (bron: Skipr, 14 december 2012, <http://www.skipr.nl>)

hiervoor door de markt financieel worden afgestraft (zie ook Box 2). Omdat de kwaliteit van zorg naast de toegankelijkheid en betaalbaarheid ervan, een publiek belang is dat de overheid dient te waarborgen, doet de overheid er goed aan deze onmogelijke spagaat waarin de zorgverzekeraars zich thans bevinden snel te beëindigen.⁶¹

Het maatschappelijk debat over risicoselectie wordt veelal gedomineerd door een beperkt financieel voordeel voor leden van collectiviteiten, zoals hoogopgeleiden en studenten, maar het grootste risico van risicoselectie zit in het afhouden van verliesgevende verzekerden zoals chronisch zieken. Als zorgverzekeraars bijvoorbeeld investeringen in goede kwaliteit zorg voor voorspelbaar verliesgevende verzekerden structureel achterwege laten, kan deze sluipende, onzichtbare vorm van risicoselectie op termijn tot gevolg hebben dat de zorg voor (bepaalde groepen) chronisch zieken langzaam maar zeker verschaalt. Aangezien een dergelijke ontwikkeling onzichtbaar is en niemand weet hoe goed de zorg zou zijn geweest als de prikkels correct waren geweest, zal de angst voor reputatieschade niet effectief zijn om dit te voorkomen. De waarschuwing van de grootste zorgverzekeraar dat de niet-adequate risicoverevening uiteindelijk kan leiden tot een verschraling van de kwaliteit van zorg voor chronisch zieken moet serieus worden genomen. Voorkomen moet worden dat over 10 jaar een Staatscommissie concludeert dat het structureel achterblijven van de kwaliteit van zorg voor bepaalde groepen chronisch zieken in vergelijking met andere typen zorg of in vergelijking met het buitenland het gevolg is van imperfecte risicoverevening en risicoselectie.

5.3. Aanbevelingen

Onderstaand volgt een zevental aanbevelingen. Deze aanbevelingen hebben achtereenvolgens betrekking op *prioriteiten stellen* (aanbeveling 1), *permanente monitoring* (aanbeveling 2 tot en met 5) en *toezicht en handhaving* (aanbeveling 5 tot en met 7).

Aanbeveling 1: Prioriteiten stellen

Het daadwerkelijk meten van alle mogelijke signalen van risicoselectie is zeer omvangrijk. Voor toezichthouder NZa is het daarom van belang een inschatting te maken van de waarschijnlijkheid van het optreden van bepaalde vormen van risicoselectie en van de ernst van de effecten van de diverse vormen van risicoselectie, zowel op korte als lange termijn (zie paragraaf 3.4). Op basis hiervan kunnen prioriteiten worden gesteld.

Aanbeveling 2: Permanente monitoring

Zodra zorgverzekeraars voor alle groepen chronisch zieken adverteren met “kom bij ons want wij hebben de beste zorg voor u gecontracteerd” geeft de markt een indicatie dat de risicoverevening op orde is. Zolang dit niet het geval is, verdient het aanbeveling⁶² de zorgverzekeringsmarkt permanent goed te monitoren en hierover jaarlijks te rapporteren.

Aanbeveling 3: Meten van de prikkels tot risicoselectie

Een conditio-sine-qua-non voor elk toezicht op (en monitoring van) risicoselectie is het hebben van inzicht in de kwaliteit van de risicoverevening en inzicht in welke subgroepen bij

⁶¹ Als mogelijke oplossingsrichtingen kunnen worden genoemd: het verbeteren van het ex-ante vereveningssysteem, bepaalde vormen van ex-post kostencompensaties aan de zorgverzekeraars voor hoogrisico verzekerden, en het vervangen van het verbod op premiedifferentiatie door een premiebandbreedte (bijvoorbeeld de maximumpremie per zorgverzekeraar per modelpolis mag niet meer bedragen dan tweemaal of driemaal de minimumpremie) in combinatie met zorgsubsidies voor hoogrisico verzekerden (ZonMw, 2009).

⁶² Zie ook Commissie-Don (2012).

de vigerende vereveningformule de laag- of hoogrisico verzekerden vormen, en in welke mate.⁶³ Dit geeft inzicht in de prikkels tot risicoselectie.

Aanbeveling 4: Meten van de (non-)selectiviteit van verzekerdenbestanden en de jaarlijkse in- en uitstroom

Een hoge prioriteit kan worden gegeven aan het meten van de (non-)selectiviteit van de verzekerdenbestanden en van de jaarlijkse in- en uitstroom per zorgverzekeraar, zorgpolis en collectiviteit.⁶⁴ Methoden hiervoor zijn besproken in paragraaf 4.3. Dit geeft inzicht in de mate waarin de kosten van de laag- en hoogrisico verzekerden niet volledig worden gepoold.

Aanbeveling 5: Signaaltoezicht

Vanwege de mogelijke negatieve effecten van risicoselectie op het realiseren van de publieke belangen in de zorg (zie paragraaf 3.4) verdient het aanbeveling dat het toezicht op risicoselectie een standaard onderdeel is van het signaaltoezicht door de NZa, en dat hierover jaarlijks wordt gerapporteerd.

Er zijn 10-tallen signalen van risicoselectie denkbaar die elk, en zeker in samenhang, kunnen duiden op risicoselectie (zie paragraaf 4.2). Op basis van de metingen van (de prikkels tot) risicoselectie (zie aanbeveling 3 en 4) en van de ontvangen en waargenomen signalen kunnen periodiek prioriteiten worden gesteld voor nader signaaltoezicht, bijvoorbeeld in de vorm van gerichte enquêtes, (wenkbrauw)gesprekken met betrokkenen of het opvragen van relevante documenten.⁶⁵

Aanbeveling 6: Transparantie zorgkwaliteit en zorginkoop-criteria

Een groot potentieel risico van risicoselectie is een sluipend en onzichtbaar proces van geleidelijke vermindering van investeringen in goede kwaliteit zorg voor groepen patiënten van wie de kosten onvoldoende via de risicoverevening worden gecompenseerd. Wij onderschrijven de volgende twee aanbevelingen van de Commissie-Don (2012):

- Scherp en gericht toezicht door de NZa op de kwaliteit van de ingekochte zorg kan voorkomen dat bepaalde vormen van zorg verwaarloosd worden doordat zij onvoldoende compensatie vinden in het vereveningsstelsel;
- De zorgverzekeraars zouden in hun contractportfolio transparant moeten maken welke zorgkwaliteit daadwerkelijk bij de diverse polissen wordt geleverd. Dit zal het reputatiemechanisme versterken waardoor verzekeraars ervan weerhouden worden om het zorgaanbod voor bepaalde groepen te verwaarlozen.

De NZa kan bijdragen aan het realiseren hiervan.

Aanbeveling 7: Adequaat handhavingsinstrumentarium

Het optreden van risicoselectie kan een bedreiging vormen voor het goed werken van de zorgmarkten (zie paragraaf 3.4). De NZa heeft als missie om goedwerkende zorgmarkten te maken en bewaken. De regering en de Tweede Kamer zien een rol voor de NZa op het terrein van het tegengaan van risicoselectie (Tweede Kamer 2012c). Omdat de meeste vormen van

⁶³ Dit inzicht kan worden verkregen door bijvoorbeeld een jaarlijkse update van Tabel 2 en Bijlage 1.

⁶⁴ De gegevens voor het meten van de (non-)selectiviteit van de verzekerdenbestanden en van de jaarlijkse in- en uitstroom per zorgverzekeraar zijn routinematig beschikbaar en kunnen door de NZa worden opgevraagd. De gegevens voor het meten van de (non-)selectiviteit van de verzekerdenbestanden en van de jaarlijkse in- en uitstroom per zorgpolis en collectiviteit zijn thans nog niet routinematig beschikbaar.

⁶⁵ Van het vooraf bekend maken van deze prioriteiten kan al een preventieve werking uitgaan (vergelijk de jaarlijkse aankondiging door de Belastingdienst van de onderwerpen die komend jaar verscherpt zullen worden gecontroleerd).

risicoselectie niet strijdig zijn met de wet ⁶⁶, is het op voorhand niet duidelijk of de NZa over voldoende handhavingsinstrumenten beschikt. Het verdient daarom aanbeveling om voor een aantal concrete voorbeelden van maatschappelijk ongewenste risicoselectie die zich mogelijk zouden kunnen voordoen, na te gaan of de NZa over voldoende handhavingsinstrumenten beschikt om hier tegen op te treden. Indien mocht blijken dat dit niet het geval is, verdient het aanbeveling dat de wetgever de NZa voorziet van adequate wettelijke instrumenten om op te treden tegen risicoselectie die het realiseren van de publieke belangen 'kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg' belemmert.

⁶⁶ Het weigeren van verzekeren en het uitsluiten van bestaande aandoeningen zijn wettelijk verboden door de wettelijke acceptatieplicht. Hierop ziet de NZa toe in het kader van het toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zvw (NZa 2012b). Vrijwel alle overige vormen van (subtiele) risicoselectie zoals genoemd in paragraaf 3.3 zijn niet wettelijk verboden.

Referenties

- Achmea (2011), Brief van Achmea aan de leden van de Vaste Commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 7 september 2011 (opvraagbaar bij de griffier).
- Beaulieu, N., D.M. Cutler, K. Ho, G. Isham, T. Lindquist, A. Nelson, and P. O'Connor (2006). The Business Case for Diabetes Disease Management for Managed Care Organizations, *Forum for Health Economics & Policy* 9 (1): 1-36.
- Besluit Zorgverzekering. Staatsblad 2005, 389.
- Commissie Don (2012) Commissie Evaluatie Risicoverevening Zorgverzekeringswet, Den Haag, juni 2012
- Davis, K. en C. Schoen, (Summer 1998). "Assuring quality, information, and choice in managed care", *Inquiry* 35: 104-114.
- Douven, R.C.M.H. en H. Mannaerts (2008) Doelmatige zorg versus risicoselectie. *Economisch Statistische Berichten*, 91: 132-135.
- Douven, R.C.M.H. en F.T. Schut (2006) Premieconcurrentie tussen zorgverzekeraars, *Economisch Statistische Berichten*, 91: 272-275.
- Duijmelinck, D.M.I.D., R.C.J.A. van Vliet, R.C. van Kleef & W.P.M.M. van de Ven. 2013a. *Overstapgedrag van subgroepen van verzekerden*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Duijmelinck, D.M.I.D., T. Laske-Aldershof, I. Mosca, W.P.M.M. van de Ven. 2013b. *Belemmeringen voor subgroepen van verzekerden om over te stappen naar een andere zorgverzekering*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Fuchs, V.R., Physician-induced-Demand: A Parable, *Journal of Health Economics* 5 (1986) 367.
- Lamers, L. M., R. C. J. A. van Vliet en W.P.M.M. van de Ven (2000). "Farmacie Kosten Groepen: een goede voorspeller van toekomstige ziektekosten gebaseerd op medicijngebruik in het verleden." *TSG* 78(8): 479 - 487.
- Miller, R.H. (August 1998, Part II). "Healthcare organizational change: implications for access to care and its measurement." *Health Services Research* 33(3): 653-680.
- Nelson, L., R. Brown, M. Gold, A. Ciemnecki en E. Docteur (March/April 1997). "Access to care in Medicare HMOs, 1996" *Health Affairs* 16(2): 148-156.
- Newhouse, J.P., 1982, Is competition the answer? *Journal of Health Economics*, 1, 109-115.
- Newhouse, J.P. (1996). Reimbursing health plans and health providers: efficiency in production versus selection. *Journal of Economic Literature* 34: 1236-1263.

- NZa (2012a). Beleidsregel TH/BR-006 Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars (Zvw), Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht, juni 2012.
- NZa (2012b). Samenvattend rapport Rechtmatigheid uitvoering Zorgverzekeringswet 2011, Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht, september 2012.
- NZa (2012c). Marktscan Zorgverzekeringsmarkt; Weergave van de markt 2008-2012, Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht, juni 2012.
- Otter B. The Dutch risk equalization model and predictable profits: are students and higher educated individuals profitable? Afstudeerscriptie. 2012. Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Riley, G.F., M. J. Ingber, C. G. Tudor, (Sept/Oct 1997). "Disenrollment of Medicare beneficiaries from HMOs." Health Affairs 16(5), 117-124.
- Roos A, Schut F.T. (2009) Evaluatie aanvullende en collectieve ziektekostenverzekeringen 2009, rapport, iBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Ruth L van, J.D. De Jong, P.P. Groenewegen. De rol van collectiviteiten in het nieuwe zorgstelsel. Utrecht: NIVEL, 2007.
- Stam P.J.A., W.P.M.M. van de Ven (2008) Evaluatie risicoverevening tussen zorgverzekeraars. Prikkel tot risicoselectie? Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen 2008;86:92-100.
- Thiel, J.H., M.M. van Asselt en R. Goudriaan (2012) Een analyse van de vereveningsresultaten van geïndiceerde AWBZ-cliënten in de Zorgverzekeringswet. Onderzoeksrapport. Den Haag: APE.
- Tweede Kamer (2011) Brief van de minister van volksgezondheid, welzijn en sport. 32620 (6).
- Tweede Kamer (2012a) Brief van de minister van volksgezondheid, welzijn en sport. 29689 (308).
- Tweede Kamer (2012b) Brief van de minister van volksgezondheid, welzijn en sport. 29689 (388).
- Tweede Kamer (2012c) Verslag van een algemeen overleg, 29689 (414).
- Tweede Kamer, Brief van Minister E.I. Schippers betreffende Risicoverevening, 6 maart 2012, kamerstuk 29689-380.
- Van de Ven, W. P.M.M. and R.P. Ellis (2000). Risk adjustment in competitive health plan markets. Handbook of Health Economics. A. J. Culyer and J. P. Newhouse, Elsevier Science B.V. 1A: 755 - 845.

- Van Kleef, R.C., R.C.J.A. van Vliet en W.P.M.M. van de Ven (2012) Risicoverevening 2012: Een analyse van voorspelbare winsten en verliezen op subgroepniveau. Onderzoeksrapport. Rotterdam: iBMG.
- Van Vliet, R.C.J.A., E.M. van Barneveld en W.P.M.M. van de Ven (1994). "Diagnose Kosten Groepen. Een veelbelovend verdeelcriterium voor normuitkeringen." Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg 72: 38 - 46.
- Van Vliet, R.C.J.A. and W.P.M.M. van de Ven, 1992, Towards a capitation formula for competing health insurers; an empirical analysis, Social Science and Medicine 34, 1035-1048.
- Ware, J.E., M.S. Bayliss, W.H. Rogers, M. Kosinski en A.R. Tarlove (October 2, 1996). "Differences in 4-year health outcomes for elderly and poor, chronically ill patients treated in HMO and fee-for-service systems, JAMA 276(13), 1039-1047.
- ZonMw (2009) Evaluatie Zorgverzekeringswet en Wet op de zorgtoeslag. Den Haag: ZonMw.

Bijlage 1. Gemiddeld financieel resultaat in jaar t per persoon per subgroep na toepassing van het vereveningsmodel-2012 (Kostenniveau-2009; exclusief de vaste kosten ziekenhuiszorg en de kosten van de geneeskundige GGZ)

Bron: Van Kleef et al. (2012)

Subgroep op basis van informatie jaar t-1	Schatting omvang subgroep (in %) ^a	Gemiddelde kosten per persoon in euro's ^b	Gemiddeld resultaat per persoon in euro's zonder verevening	Gemiddeld resultaat per persoon in euro's na risicoverevening op basis van vereveningsmodel-2012	Totale voorspelbare verlies in miljoenen euro's in jaar t bij het vereveningsmodel-2012 ^c
<i>Algemene gezondheidsindicatie (alle leeftijden)</i>					
Slechtste score algemene gezondheid	19,6%	3932	-2275**	-646**	-2065
Ernstig overgewicht	9,1%	2514	-896**	-88	-131
Ten minste 1 langdurige aandoening	32,6%	3100	-1466**	-426**	-2262
<i>Functionele beperkingen (12 jaar en ouder)</i>					
Beperkt in het horen	2,4%	3492	-1848**	-211	-82
Beperkt in het zien	3,7%	2917	-1287**	172	105
Beperkt in beweeglijkheid	6,3%	5562	-3861**	-706	-719
Beperkt in het praten	0,2%	1766	-168	32	1
Beperkt in het kauwen	3,5%	3916	-2260**	-177	-101
<i>Gezondheidsindicatie op basis van SF-12 vragenlijst (12 jaar en ouder)</i>					
Slechtste score fysieke gezondheid	9,4%	4746	-3067**	-754**	-1149
Slechtste score fysieke gezondheid	18,8%	3906	-2250**	-686**	-2098
Slechtste score psychische gezondheid	9,3%	2774	-1148**	-479*	-728
Slechtste score psychische gezondheid	18,6%	2394	-779**	-292*	-884
<i>Beperking Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (55 jaar en ouder)</i>					
Ten minste 1 keer slechtste score ADL	3,4%	5489	-3790**	101	57
<i>Zelfgerapporteerde aandoening ooit (12 jaar en ouder)</i>					
Suikerziekte	4,0%	4564	-2890**	201	130
Beroerte, hersenbloeding of herseninfarct	1,9%	5098	-3410**	-607	-191
Hartinfarct	1,9%	7597	-5840**	-2230**	-692

Subgroep op basis van informatie jaar t-1	Schatting omvang subgroep (in %) ^a	Gemiddelde kosten per persoon in euro's ^b	Gemiddeld resultaat per persoon in euro's zonder verevening	Gemiddeld resultaat per persoon in euro's na risicoverevening op basis van vereveningsmodel-2012	Totale voorspelbare verlies in miljoenen euro's in jaar t bij het vereveningsmodel-2012 ^c
Kanker	4,7%	4512	-2839**	-573	-438
<i>Zelfgerapporteerd aandoening laatste 12 maanden (12 jaar en ouder)</i>					
Migraine of regelmatig ernstige hoofdpijn	10,8%	1801	-203	-107	-188
Hoge bloeddruk	13,7%	3532	-1886**	-413*	-919
Vernauwing van de bloedvaten in buik of benen	1,8%	5022	-3335**	-319	-94
Astma, chronische bronchitis, longemfyseem, CARA	6,1%	3384	-1742**	-321	-321
Psoriasis	1,9%	2244	-633*	206	64
Chronisch eczeem	3,1%	1709	-113	-29	-15
Duizeligheid met vallen	2,3%	3966	-2308**	-342	-130
Ernstige of hardnekkige darmstoornissen, langer dan 3 maanden	2,7%	3729	-2078**	-768*	-340
Onvrijwillig urineverlies (incontinentie)	3,8%	4196	-2532**	-690*	-427
Gewrichtsslijtage (artrose, slijtagereuma) van heupen of knieën	10,3%	3675	-2025**	-401	-676
Chronische gewrichtontsteking (ontstekingsreuma, chronische reuma, reumatoïde artritis)	4,0%	3839	-2184**	-467	-307
Ernstige of hardnekkige rugaandoening (incl. hernia)	8,4%	2707	-1084**	-163	-224
Andere ernstige of hardnekkige aandoening van nek of schouder	7,9%	2573	-953**	-86	-111
Andere ernstige aandoening van elleboog, pols, hand	4,6%	3119	-1484**	-216	-163
Andere langdurige ziekte of aandoening	8,6%	4309	-2642**	-1008**	-1406
<i>Comorbiditeit (12 jaar en ouder)</i>					
2 Zelfgerapporteerde aandoeningen	11,1%	2819	-1193**	-571*	-1033
3 Of meer zelfgerapporteerde aandoeningen	12,6%	4037	-2377**	-397*	-814
<i>Zorggebruik (alle leeftijden)</i>					
Huisarts afgelopen 12 maanden	73,3%	1857	-257**	-77	-920
Specialist afgelopen 12 maanden	41,2%	2686	-1063**	-333**	-2232
Ziekenhuisopname afgelopen 12 maanden	6,8%	4231	-2566**	-446	-495
Fysiotherapeut afgelopen 12 maanden	19,5%	2523	-904**	-358**	-1140

Subgroep op basis van informatie jaar t-1	Schatting omvang subgroep (in %) ^a	Gemiddelde kosten per persoon in euro's ^b	Gemiddeld resultaat per persoon in euro's zonder verevening	Gemiddeld resultaat per persoon in euro's na risicoverevening op basis van vereveningsmodel-2012	Totale voorspelbare verlies in miljoenen euro's in jaar t bij het vereveningsmodel-2012 ^c
Wijkverpleging afgelopen 12 maanden	1,4%	6436	-4711**	-579	-133
Medicijn op recept afgelopen 14 dagen	39,7%	2917	-1288**	-270**	-1745
<i>Zorggebruik (4 jaar en ouder)</i>					
Bril of contactlenzen	37,2%	2295	-682**	-70	-424
Hoorapparaat of geluidsversterker	3,4%	4629	-2954**	-612	-336
<i>Zorggebruik (12 jaar en ouder)</i>					
Hulpmiddelen	5,6%	4944	-3260**	-858*	-782
<i>Zorggebruik (14 jaar en ouder)</i>					
Gezinsverzorging afgelopen 12 maanden	2,8%	6087	-4372**	-321	-145
<i>Zorggebruik (16 jaar en ouder)</i>					
Volledig kunstgebit	10,7%	4051	-2391**	-400*	-699
Gewogen gemiddelde voorspelbare resultaat over alle boven onderscheiden subgroepen (= 2^e kolom van Tabel 3)	-	3072	-1439	-333	-
<i>Volgt HBO/WO-opleiding of heeft een HBO/WO-opleiding voltooid</i>					
Mannen	10,3%	1175	407**	86	144
Vrouwen	9,9%	1228	355**	194**	311
Totaal	20,1%	1201	382**	139*	455

a Ten opzichte van de gehele bevolking.

b Exclusief de vaste kosten van ziekenhuiszorg en de kosten van de geneeskundige GGZ.

c Berekend als de omvang van de subgroep als fractie van de Zwv-populatie vermenigvuldigd met het gemiddelde voorspelbare verlies per persoon per jaar voor die subgroepen vermenigvuldigd met 16,29 miljoen Zwv-verzekerdenjaren.

*: $p < 0,05$, **: $p < 0,01$

Erasmus Universiteit Rotterdam
instituut Beleid & Management Gezondheidszorg

Bezoekadres

Burgemeester Oudlaan 50
3062 PA Rotterdam

Postadres

Postbus 1738
3000 DR Rotterdam

Tel. (010) 408 8555
Internet www.bmg.eur.nl
E-mail research@bmg.eur.nl

ISBN 978-94-90420-36-9