

# Risicoselectie bij overstap zorgverzekeraar

De Tweede Kamer is bezorgd over mogelijke risicoselectie op de zorgverzekeringsmarkt. Tot nu toe bestaat er geen enkel hard empirisch bewijs voor het al dan niet optreden van risicoselectie. Maar met een innovatieve methode wordt aangetoond dat risicoselectie wel plaatsvindt.

**WYNAND  
VAN DE VEN**

*Hoogleraar aan de  
Erasmus Universiteit  
Rotterdam*

**RICHARD  
VAN KLEEF**

*Universitair docent  
aan de Erasmus Uni-  
versiteit Rotterdam*

**RENÉ  
VAN VLIET**

*Universitair hoofd-  
docent aan de  
Erasmus Universiteit  
Rotterdam*

**D**e Zorgverzekeringswet (Zvw) geeft iedereen de mogelijkheid om jaarlijks over te stappen naar een andere zorgverzekeraar. Dit stimuleert zorgverzekeraars om goede zorgpolissen aan te bieden tegen gunstige prijzen. Daarbij hebben zij volop de ruimte om de polisvoorwaarden naar eigen inzicht in te vullen. Zo mogen zij in zekere mate zelf bepalen waar, hoe en door wie de zorg wordt verleend. Hoewel deze ruimte is bedoeld om de doelmatigheid en kwaliteit van zorg te bevorderen, biedt het ook mogelijkheden voor risicoselectie.

Risicoselectie is ongewenst omdat het kan leiden tot een afname van de kwaliteit en doelmatigheid van zorg, en tot een afname van de solidariteit (Van de Ven, 2012). De Tweede Kamer is bezorgd over het mogelijk optreden van risicoselectie en de eventuele gevolgen hiervan (Tweede Kamer, 2012). Diverse Kamerfracties hebben de regering gevraagd of de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) als marktmeester meer aandacht aan risicoselectie kan besteden zodat de Tweede Kamer elk jaar de vinger aan de pols kan houden (Tweede Kamer, 2012). Enkele maanden geleden heeft de NZa in haar jaarlijkse Marktscan Zorgverzekeringsmarkt gemeld dat zij geen signalen heeft ontvangen over schending van de acceptatieplicht of andere vormen van risicoselectie die in strijd met

de wet zijn (NZa, 2013). Deze mededeling zal de zorgen van de Tweede Kamer echter niet kunnen wegnemen omdat de meeste vormen van risicoselectie niet in strijd met de wet zijn.

Ondanks jarenlange discussie en bezorgdheid bestaat tot nu toe geen enkel hard empirisch bewijs voor het al dan niet optreden van risicoselectie op de zorgverzekeringsmarkt. Hoewel veel onderzoek is gedaan naar de prikkels tot risicoselectie, de mogelijke vormen en de eventuele gevolgen hiervan (ZonMw, 2009), is het al dan niet bestaan van risicoselectie nog niet aangetoond. Diverse methodologische problemen spelen hierbij een rol. In dit onderzoek worden deze problemen ondervangen door specifiek te kijken naar de in- en uitstroom van verzekerden per zorgverzekeraar (kader 1).

## CONCURRENTIE EN EQUIVALENTIE

In het zorgstelsel is gekozen voor gereguleerde concurrentie tussen zorgverzekeraars. Zonder regulering biedt een concurrerende verzekeringsmarkt nauwelijks ruimte voor risicosolidariteit, dat wil zeggen het poolen van heterogene risico's waarbij sprake is van impliciete kruissubsidies van gezonde verzekerden naar chronisch zieken. Mocht er binnen een bepaalde zorgpolis op een vrije markt toch sprake zijn van solidariteit (heterogene risico's in één pool) dan hebben gezonde verzekerden een financiële prikkel deze polis te verruilen voor een polis waarbij dit niet het geval is. Voor een zorgpolis waarbij geen sprake is van solidariteit zullen gezonde verzekerden immers een lagere premie betalen. Een concurrerende verzekeringsmarkt tendeeert dus naar equivalentie, dat wil zeggen een zo groot mogelijke gelijkheid tussen de inkomsten (premie) en de verwachte uitgaven (zorgkosten) per verzekeringscontract.

Equivalentie kan op twee manieren worden gerealiseerd. De eerste optie is premiedifferentiatie per product. Op een vrije concurrerende markt kan dit leiden tot premies die per zorgpolis een factor 1000 of meer verschillen, bijvoorbeeld 100 euro voor jonge, gezonde mensen en 100.000 euro voor bepaalde groepen van chronische zieken. De tweede optie is

risicoselectie, dat wil zeggen acties met als doel of gevolg dat het poolen van heterogene risico's (ofwel risicosolidariteit) wordt verhinderd. Risicoselectie kan plaatsvinden door zowel verzekerden als verzekeraars. Een voorbeeld van risicoselectie door verzekerden is dat gezonde mensen vaker een vrijwillig eigen risico kiezen dan chronisch zieken. Een voorbeeld van risicoselectie door verzekeraars is het onaantrekkelijk maken van een zorgpolis voor chronisch zieken met als doel deze groep buiten deze zorgpolis te houden.

Op een vrije concurrerende verzekeringsmarkt staan equivalentie en risicosolidariteit dus op gespannen voet met elkaar en wordt risicosolidariteit permanent bedreigd door premiedifferentiatie en risicoselectie.

### REGULERING EN SOLIDARITEIT

In de Zorgverzekeringswet zijn bepalingen opgenomen om op de concurrerende zorgverzekeringsmarkt zowel inkomenssolidariteit als risicosolidariteit te garanderen. Inkomenssolidariteit vindt plaats via de inkomensafhankelijke bijdragen. Risicosolidariteit vindt plaats via de risicoverevening: een systeem waarmee zorgverzekeraars vooraf worden gecompenseerd voor voorspelbare verschillen in zorgkosten tussen jonge, gezonde verzekerden en ouderen en chronisch zieken (ZonMw, 2009).

Bij een perfecte risicoverevening zou de beoogde risicosolidariteit volledig zijn gerealiseerd. Tegelijkertijd zou er sprake zijn van equivalentie omdat per verzekeringscontract de inkomsten voor een zorgverzekeraar (premie plus vereveningsbijdrage) gelijk zouden zijn aan de verwachte uitgaven (zorgkosten). Het doel van de risicoverevening is om op de concurrerende zorgverzekeringsmarkt equivalentie en risicosolidariteit te laten samengaan. Bij perfecte risicoverevening zou de beoogde risicosolidariteit volledig zijn gerealiseerd zonder dat er prikkels voor premiedifferentiatie en risicoselectie bestaan.

### PRIKKELS TOT RISICOSELECTIE

De huidige risicoverevening is echter nog niet perfect. Zo worden zorgverzekeraars substantieel ondergecompenseerd voor diverse groepen van verzekerden met een relatief slechte gezondheid (NZa, 2013). Tegelijkertijd worden zorgverzekeraars overgecompenseerd voor verzekerden met een relatief goede gezondheid. De risicoverevening slaagt er dus nog niet in om equivalentie te realiseren.

Om te voorkomen dat ondergecompenseerde chronisch zieken een hogere premie moeten betalen dan overgecompenseerde gezonde verzekerden, is in de Zvw een verbod op premiedifferentiatie opgenomen. Dit betekent dat zorgverzekeraars per variant van de zorgverzekering aan iedereen dezelfde premie moeten vragen. Echter, als gevolg hiervan blijft maar één manier over om equivalentie te realiseren, namelijk risicoselectie. In de context van de Zvw kan risicoselectie worden gedefinieerd als "acties (anders dan premiedifferentiatie per product) door verzekerden of verzekeraars met als doel of gevolg dat de beoogde risicosolidariteit niet volledig wordt gerealiseerd" (Van de Ven *et al.*, 2013).

Risicoselectie heeft een aantal belangrijke nadelen. Uit de definitie blijkt al dat selectie-activiteiten kunnen leiden tot een vermindering van de beoogde risicosolidariteit. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn indien chronisch zieken zich als gevolg

## Problemen bij het aantonen van risicoselectie

KADER 1

Het aantonen van risicoselectie vereist het aantonen van "acties (anders dan premiedifferentiatie per product) door verzekerden of verzekeraars met als doel of gevolg dat de beoogde risicosolidariteit niet volledig wordt gerealiseerd".

Het is lastig om het eerste type acties ('met als doel dat') betrouwbaar aan te tonen. Denk bijvoorbeeld aan een zorgverzekeraar die een idee heeft voor zorgverbetering maar deze vanuit financiële overwegingen niet uitvoert omdat hiermee mogelijk verzekerden worden aangetrokken voor wie de risicoverevening gemiddeld ondercompenseert. Deze actie ('het niet uitvoeren van de zorgverbetering') is lastig aan te tonen, laat staan het doel ervan ('het afhouden van financieel-ongunstige verzekerden').

Het onderzoek is daarom beperkt tot het aantonen van het bestaan van het tweede type acties ('met als gevolg dat'). Dit gebeurt door het bepalen van de mate waarin de beoogde risicosolidariteit niet volledig wordt gerealiseerd. Dit is het geval als er zorgverzekeraars zijn die per zorgverzekeringsproduct worden onder- of overgecompenseerd door de risicoverevening.

Een gebruikelijke manier om de ondercompensatie van een groep verzekerden te bepalen is te kijken naar het verschil tussen de gemiddelde werkelijke kosten en de gemiddelde verwachte kosten (volgens het risicovereveningsmodel) per verzekerde in de betreffende groep (Van Kleef *et al.*, 2012). Maar als deze groep exclusief bestaat uit de portefeuille van een zorgverzekeraar, ontstaat een probleem: het verschil tussen de werkelijke en de verwachte kosten kan worden veroorzaakt door zowel imperfecties in de risicoverevening als (on)doelmatigheid van de betreffende verzekeraar.

Dit probleem kan worden ondervangen door uitsluitend te kijken naar verzekerden die zijn overstapt naar een andere zorgverzekeraar. De essentie is dat voor de instromers bij zorgverzekeraar A het verschil tussen de gemiddelde werkelijke kosten en de gemiddelde verwachte kosten wordt bepaald in het jaar vóór de overstap. Voor de uitstromers bij zorgverzekeraar A wordt dit verschil juist bepaald in het jaar ná de overstap. Met deze aanpak wordt voor zowel de instromers als de uitstromers bij zorgverzekeraar A het berekende verschil tussen de werkelijke kosten en de verwachte kosten niet beïnvloed door de (on)doelmatigheid van zorgverzekeraar A. Dit verschil is daardoor volledig toe te wijzen aan onder- of overcompensatie van de instromers en uitstromers bij zorgverzekeraar A. Een veronderstelling hierbij is dat de instromers afkomstig zijn van verschillende verzekeraars en de uitstromers uitwaaieren over verschillende verzekeraars. Bij de analyse bleek deze veronderstelling juist.

Omdat dit onderzoek zich richt op de "gevolgen" van acties voor de solidariteit wordt idealiter gekeken naar de onder- of overcompensatie in het jaar ná de overstap. Waar dit voor uitstromers wel wordt gedaan, is dat voor instromers niet het geval (om versturende effecten van doelmatigheid uit te schakelen). In dit onderzoek wordt verondersteld dat de onder- of overcompensatie van instromers in het jaar vóór de overstap een betrouwbare indicatie vormt voor de onder- of overcompensatie van instromers in het jaar ná de overstap.

Deze methode stelt hoge eisen aan het benodigde gegevensbestand. Het bestand moet namelijk voldoende informatie bevatten over de verwachte kosten (volgens het vereveningsmodel) en de werkelijke kosten in twee opeenvolgende jaren voor alle verzekerden in Nederland. Ook dient bekend te zijn bij welke zorgverzekeraar(s) een verzekerde in de betreffende jaren was aangesloten. Het unieke gegevensbestand dat voor dit onderzoek ter beschikking stond, bevat deze gegevens. Helaas was geen informatie beschikbaar over het specifieke zorgverzekeringsproduct dat verzekerden voor de betreffende jaren hadden afgesloten. Hierdoor was het niet mogelijk om de analyse uit te voeren voor verzekerden die binnen dezelfde zorgverzekeraar zijn overstapt naar een ander product (Duijmelinck *et al.*, 2013). De risicoselectie die hierbij optreedt, wordt dus niet gemeten.

van risicoselectie concentreren bij bepaalde zorgverzekeraars en daardoor een hogere premie betalen dan gezonde verzekeren. Dit vormt tevens een belemmering voor het gelijke speelveld op de zorgverzekeringsmarkt. Daarnaast kunnen de selectie-activiteiten ook andere, wellicht ernstigere nadelen hebben, zoals verminderde toegankelijkheid voor chronisch zieken tot zorg van goede kwaliteit, verminderde doelmatigheid en instabiliteit in de verzekeringsmarkt (Van de Ven, 2012).

Om risicoselectie tegen te gaan bevat de Zvw een acceptatieplicht. Dit houdt in dat zorgverzekeraars elke aspirant-verzekerde moeten accepteren zonder medische keuring en zonder uitsluitingen (ZonMw, 2009). Ondanks deze bepaling kan risicoselectie op verschillende manieren plaatsvin-

## Tussen de 25 zorgverzekeraars is sprake van forse verschillen in onder- of overcompensatie van de instromers en de uitstromers

den, bijvoorbeeld via de polisvoorwaarden. Benadrukt zij dat risicoselectie kan plaatsvinden door zowel verzekeren (averrechtse selectie) als verzekeraars (gunstige-risicoselectie). Vaak is er sprake van een combinatie (kader 2).

### HET OPTREDEN VAN RISICOSELECTIE

Vanwege diverse methodologische problemen is het optreden van risicoselectie lastig aan te tonen. Deze problemen zijn ondervangen door te kijken naar de overstappers op de zorgverzekeringsmarkt (kader 1). Een overstapper is gedefinieerd als een verzekerde die voor de zorgverzekering op 1 januari bij een andere zorgverzekeraar is verzekerd dan op 31 december in het voorgaande kalenderjaar.

De empirische analyse richt zich op de overstap per 1 januari 2009. Per zorgverzekeraar is voor zowel alle instromers als alle uitstromers de onder- of overcompensatie berekend, uitgaande van het vereveningsmodel van 2012. Bij de instromers gaat het om de onder- of overcompensatie in het jaar vóór de overstap (2008) en bij de uitstromers om de onder- of overcompensatie in het jaar ná de overstap (2009). Wanneer deze onder- en overcompensaties significant verschillen van nul kan worden geconcludeerd dat de beoogde risicosolidariteit niet volledig wordt gerealiseerd en er dus sprake is van risicoselectie.

De resultaten van de empirische analyse zijn weergegeven in tabel 1 en worden gepresenteerd in termen van overcompensatie (waarbij negatieve overcompensatie duidt op ondercompensatie). Tussen de 25 zorgverzekeraars is sprake van forse verschillen in onder- of overcompensatie van de instromers en de uitstromers per 1 januari 2009. In het jaar voor de overstap varieert de gemiddelde overcompensatie per instromer per zorgverzekeraar van -45 euro tot +201 euro. In het jaar na de overstap varieert de gemiddelde overcompensatie van de uitstromers van -192 tot +129 euro. De meest opvallende bevinding betreft zorgverzekeraar 25 waarvoor zowel de overcompensatie van de instromers in het jaar voor de overstap als de ondercompensatie van de uitstromers in het jaar na de overstap het grootst is. Dit laatste is, gezien vanuit deze zorgverzekeraar, financieel gunstig omdat de ondercompensatie niet ten laste komt van hemzelf, maar van andere zorgverzekeraars. Voor de meeste zorgverzekeraars zijn de in tabel 1 getoonde onder- of overcompensaties significant verschillend van nul, en is met ten minste 95 procent zekerheid sprake van risicoselectie.

DISCUSSIE

Deze conclusie roept nieuwe vragen op die met het hier verrichte onderzoek niet kunnen worden beantwoord. Om alle gevolgen van de waargenomen risicoselectie te kennen, is het noodzakelijk de precieze selectie-activiteiten te kennen

Onder- en overcompensaties, in euro<sup>1</sup>

TABEL 1

Zorgverzekeraar (in 2009)	Instromers op 1 januari 2009 Gemiddelde overcompensatie in het jaar vóór de overstap (2008)	Uitstromers op 1 januari 2009 Gemiddelde overcompensatie in het jaar ná de overstap (2009)
1	123 **	-27
2	35	-54
3	-45	-142
4	39 **	17
5	77 **	-5
6	68 **	66 **
7	45 **	129 **
8	60 **	78 **
9	132	-47
10	70 **	-12
11	-10	-35
12	81 **	41 **
13	108 **	5
14	75 **	55 **
15	112 **	13
16	13	40
17	81 **	38
18	123 **	89 **
19	197 **	26
20	115 **	58 **
21	163 **	-50
22	126 **	57
23	116 **	-3
24	76	30
25	201 **	-192 **

\*\* Significant op vijfprocentniveau

<sup>1</sup> Zorgverzekeraars zijn geordend naar oplopende 'overcompensatie' in 2009 per niet-overstapper (met voor zorgverzekeraar 25 de hoogste 'overcompensatie'). Bij deze analyse is geen rekening gehouden met de kosten van geestelijke gezondheidszorg. Ook is geen rekening gehouden met de bandbreedte-regeling.

die aan de waargenomen risicoselectie ten grondslag liggen. Risicoselectie kan bijvoorbeeld plaatsvinden via zorginkoop, selectieve marketing, koppelverkoop, de aanvullende verzekeringen, collectiviteiten, de vormgeving van het eigen risico, de premiekorting bij het vrijwillig eigen risico, de dienstverlening van de zorgverzekeraar, de zorgbemiddeling, de aanvullende verzekeringen (premie, acceptatiebeleid, pakket en voorwaarden), mogelijke collectiviteitskortingen en andere collectiviteitsvoordelen (Van de Ven *et al.*, 2013). Geen van deze vormen van risicoselectie is in strijd met de wet. Hoewel de conclusie is dat er in 2009 bij het overstappen naar een andere zorgverzekeraar aantoonbaar sprake was van risicoselectie, kan op basis van het verrichte onderzoek geen conclusie worden getrokken over de precieze selectie-activiteiten die hieraan ten grondslag liggen. Daarom valt niet te zeggen in welke mate de waargenomen risicoselectie een bedreiging vormt voor de publieke belangen in de zorg.

De waargenomen risicoselectie is een onderschatting van de werkelijke risicoselectie bij de overstap per 1 januari 2009. Er is namelijk alleen nagegaan in hoeverre sprake is van risicoselectie bij het overstappen naar een andere zorgverzekeraar. Het overstappen naar een andere variant van de zorgverzekering bij dezelfde zorgverzekeraar is buiten beschouwing gebleven. Ook is risicoselectie niet waargenomen voor zover het effect op de gemiddelde onder- of overcompensatie van de overstappers per zorgverzekeraar per saldo nul is, of voor zover er bij alle zorgverzekeraars sprake is van identieke selectie-activiteiten zodat verzekerden hierdoor niet worden aangezet tot overstapgedrag. Het effect van deze vormen van risicoselectie op het goed functioneren van de zorgmarkten kan echter hetzelfde zijn als het effect van de risicoselectie die wél in dit onderzoek is waargenomen. Ten slotte is bij het berekenen van de over- en ondercompensaties geen rekening gehouden met de kosten van de geestelijke gezondheidszorg.

Ofer bij de overstap per 1 januari 2014 sprake zal zijn van meer of minder risicoselectie dan bij de overstap per 1 januari 2009 is lastig in te schatten. Enerzijds zijn de prikkels tot risicoselectie naar verwachting afgenomen door verbetering van de risicoverevening. Anderzijds zijn deze prikkels juist weer toegenomen door de verhoging van het financieel risico voor zorgverzekeraars, voor zowel de kosten van de somatische zorg als de kosten van de geestelijke gezondheidszorg. Tegelijkertijd zijn de mogelijke vormen van risicoselectie toegenomen door de grotere variëteit aan zorgverzekeringen.

## Onterechte vooroordelen

KADER 2

Benadrukt zij dat risicoselectie niet alleen betrekking heeft op acties van zorgverzekeraars maar ook op acties van verzekerden. Ook gaat het niet alleen over “acties met als doel dat...” maar ook over “acties met als gevolg dat de beoogde risicosolidariteit niet volledig wordt gerealiseerd”. Het is dus onjuist om risicoselectie uitsluitend te associëren met doelbewuste acties van zorgverzekeraars. Zo is het bijvoorbeeld goed mogelijk dat zorgverzekeraars selectief contracteren met het exclusieve doel om doelmatigheid te bevorderen, maar met als ‘neveneffect’ dat hiermee de wensen van specifieke groepen verzekerden worden beantwoord die zich voorsorteren richting dit product. De selectieve instroom en de marktsegmentatie die hierdoor optreden, zijn een gevolg van enerzijds de actie door de zorgverzekeraar (selectief contracteren) die niet was bedoeld om aan risicoselectie te doen en anderzijds de actie van de verzekerde (keuze van de polis).

## LITERATUUR

- Duijmelinck, D.M.I.D., R.C.J.A. van Vliet, R.C. van Kleef en W.P.M.M. van de Ven (2013) *Overstapgedrag van subgroepen van verzekerden*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Kleef, R.C. van, R.C.J.A. van Vliet en W.P.M.M. van de Ven (2012) Risicoverevening tussen zorgverzekeraars: Kwantificering modelverbeteringen 1993–2011. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 90, 312–326.
- NZa (2013) *Marktscan Zorgverzekeringsmarkt en beleidsbrief; weergave van de markt 2009–2013*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- Tweede Kamer (2012) *Verslag van een algemeen overleg*, 29689(414).
- Tweede Kamer (2013) *Brief van Minister E.I. Schippers betreffende NZa Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2013*. Briefkenmerk 43173-108832-Z, 29 augustus.
- Ven, W.P.M.M. van de (2012) Risicoselectie bedreiging voor kwaliteit van zorg. *ESB*, 97(4637), 358–361.
- Ven, W.P.M.M. van de, R.C. van Kleef en R.C.J.A. van Vliet (2013) *Hoe kan de NZa risicoselectie op de zorgverzekeringsmarkt meten?* Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- ZonMw (2009) *Evaluatie Zorgverzekeringswet en Wet op de zorgtoeslag*. Den Haag: ZonMw.