

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

Ons kenmerk
945852-148469-Z

Bijlage(n)
1

Uw kenmerk
29689-683

Datum 13 april 2016
Betreft Schriftelijk Overleg (SO) inzake SO 29689-683 Kwantitatief onderzoek naar
risicoselectie en risicosolidariteit

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.*

Geachte voorzitter,

Hierbij stuur ik u de antwoorden op de vragen van de leden van de VVD-, PvdA-,
SP-, CDA- en D66-fracties betreffende het Kwantitatieve onderzoek naar
risicoselectie en risicosolidariteit.

Hoogachtend,

de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

mw. drs. E.I. Schippers

29689

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld -----2016

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond er bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 29 januari 2016 betreffende Kwantitatief onderzoek naar risicoselectie en risicosolidariteit op de zorgverzekeringsmarkt (29689-683). De op 9 maart 2016 toegezonden vragen en opmerkingen zijn met de door de minister bij brief van ----- toegezonden antwoorden hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Lodders
De griffier van de commissie,
Teunissen

Inbreng VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben met interesse kennis genomen van het kwantitatief onderzoek naar risicoselectie en risicosolidariteit op de zorgverzekeringsmarkt. Zij hebben hierover nog enkele vragen en opmerkingen.

De belangrijkste bevindingen

Uit het vervolgonderzoek van de NZa blijkt dat bij 7 van de 74 onderzochte polissen sterke aanwijzingen zijn voor segmentatie op basis van gezondheidsrisico's. Bij 20 van de 74 polissen zijn er minder sterke aanwijzingen voor segmentatie. Bij elkaar opgeteld gaat het om 36% van de polissen. De leden van de VVD-fractie vragen de minister een duiding te geven van sterke en minder sterke aanwijzingen van segmentatie.

Momenteel voert de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een kwalitatief onderzoek naar risicoselectie uit. In dit onderzoek zullen de sterke en minder sterke aanwijzingen van segmentatie geduid worden.

Gesteld wordt dat concerns, die meerdere polissen aanbieden, vaak zowel polissen met positieve als met negatieve resultaten hebben. Daaruit zou blijken dat de resultaten elkaar uitmiddelen. De leden van de VVD-fractie vragen de minister of deze constatering onderbouwd kan worden. In het rapport wordt tevens aangegeven dat het vaker gaat om meerdere polissen met positieve resultaten en één of meerdere polissen met negatieve resultaten. De verwachting is dat dit leidt tot positieve resultaten op de totale populatie. Kan in het vervolgonderzoek worden meegenomen in hoeverre daadwerkelijk sprake is van positieve, neutrale dan wel negatieve resultaten op de totale populatie?

Deze leden vragen verder in hoeverre segmentering niet doelbewust plaatsvindt om daarmee winstmaximalisatie te bereiken. Kan de minister hierop een toelichting geven? Kan de minister aangeven in hoeverre de marktmacht van een concern meespeelt in het doorvoeren van segmentering?

De NZa geeft aan dat segmentering het gevolg is van acties van zorgverzekeraars én verzekerden. In hoeverre segmentering het gevolg is van doelbewuste acties van zorgverzekeraars moet blijken uit het kwalitatieve onderzoek naar risicoselectie. In dit onderzoek wordt verder meegenomen in hoeverre daadwerkelijk sprake is van positieve, neutrale dan wel negatieve resultaten op de totale populatie. Ook wordt in dit onderzoek de constatering dat de resultaten van verschillende polissen binnen een concern elkaar uitmiddelen verder onderbouwd.

Uit het onderzoek blijkt dat verzekerden met een aanvullende verzekering gemiddeld een lager resultaat genereren dan verzekerden zonder een aanvullende verzekering. In beginsel is selectie in aanvullende verzekering wettelijk toegestaan mits het de risicosolidariteit in de zorgverzekeringsmarkt niet ondermijnt. Een ruime meerderheid van de Nederlanders heeft een aanvullende verzekering; vaak bij dezelfde zorgverzekeraar als waar de basiszorgverzekering is afgesloten. De leden van de VVD-fractie vragen in hoeverre nu al inzichtelijk is of, en op welke manier, de toegang tot de basisverzekering wordt bemoeilijkt door de aanvullende verzekering. Zijn er aanwijzingen dat er sprake is van ongewenste vormen van sturing van verzekerden, bijvoorbeeld door een polis in de markt te zetten die verzekerden aanspreekt die naar verwachting winstgevend zijn, voor de basisverzekering via de aanvullende verzekering? Zo niet, in hoeverre wordt dit meegenomen in het kwalitatief onderzoek?

Meer dan 99 procent van de verzekerden kiest ervoor de basisverzekering en aanvullende verzekering bij dezelfde zorgverzekeraar af te sluiten. De aanvullende verzekering is – in tegenstelling tot de basisverzekering – onderdeel van de vrije markt ten aanzien van aanbod en prijs. Dit betekent dat zorgverzekeraars vrij zijn om mensen te weigeren voor de aanvullende verzekering. Zoals ik in mijn Kamerbrief van 11 maart jl. beschrijf (Kamerstuk 29689, nummer 689), geldt in 2016 voor slechts 2 procent van alle medische aanvullende pakketten een selectief acceptatiebeleid. Dit duidt erop dat de aanvullende verzekering de toegang tot de basisverzekering vrijwel niet bemoeilijkt. Het is zoals u aangeeft mogelijk dat zorgverzekeraars doelbewust een aanvullende polis op de markt brengen die vooral aantrekkelijk is voor verzekerden die naar verwachting winstgevend zijn voor de basisverzekering. Het kwalitatieve onderzoek van de NZa gaat na of – en zo ja, in welke mate – dit gebeurt.

In de conclusie van het onderzoek wordt gesteld dat de resultaten over de vraag of er wel of geen sprake is van aantasting van risicosolidariteit in perspectief moet worden geplaatst. De leden van de VVD-fractie vragen de minister of in het kwalitatief onderzoek ook wordt gekeken hoe de benoemde andere elementen, waaronder de inkomensafhankelijke bijdragen en zorgtoeslag, effect hebben op de risicosolidariteit in de zorgverzekeringsmarkt.

Risicosolidariteit en inkomenssolidariteit zijn belangrijke uitgangspunten van ons zorgstelsel. De risicosolidariteit wordt geborgd door de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie voor zorgverzekeraars. De NZa zal in haar kwalitatieve onderzoek nagaan in hoeverre zorgverzekeraars doelbewuste acties tot risicoselectie ondernemen. De elementen die u noemt – de inkomensafhankelijke bijdragen en de zorgtoeslag – borgen de inkomenssolidariteit in ons zorgstelsel. Deze elementen hebben echter geen

directe invloed op (de prikkels voor) risicoselectie en zullen dus niet meegenomen worden in het kwalitatieve onderzoek naar risicoselectie.

Beleidsimplicaties

Een van de manieren om risicoselectie te bestrijden is verscherpt toezicht van de NZa. De leden van de VVD-fractie vragen de minister of de NZa op dit moment voldoende instrumenten heeft om risicoselectie aan te pakken, indien blijkt dat vormen van risicoselectie volgens de wet wel zijn toegestaan, maar nadelige gevolgen hebben voor de toegang tot de verzekering.

*De NZa kan via toezicht ingrijpen indien bij de basisverzekering sprake is van een overtreding van de acceptatieplicht of het verbod op premiedifferentiatie. In haar rapport *Rechtmatige uitvoering Zorgverzekeringswet dat de NZa in oktober jl. naar buiten heeft gebracht concludeert de toezichthouder dat er geen indicaties zijn dat zorgverzekeraars de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie overtreden (Kamerstuk 29689-678). Ten aanzien van risicoselectie wacht ik de resultaten van het kwalitatieve onderzoek af, alvorens ik bepaal of aanvullende maatregelen nodig zijn.**

Inbreng PvdA-fractie

De leden van de fractie van de PvdA hebben met belangstelling kennis genomen van het kwantitatieve onderzoek naar risicoselectie door de NZa. Zij lezen dat de NZa sterke aanwijzingen heeft dat er sprake is van segmentatie op de polismarkt. Deze leden vinden het belangrijk als kwalitatief vervolgonderzoek zo snel mogelijk duidelijkheid biedt over het voorkomen van risicoselectie en aantasting van de risicosolidariteit. Zij zijn tevreden over de toezegging dat dit onderzoek ook duidelijkheid zal bieden over de vraag of zorgverzekeraars doelbewust strategieën gebruiken die gericht zijn op risicoselectie en zo ja, welke strategieën worden gebruikt. Zij hopen dit vervolgonderzoek inderdaad nog voor de zomer te ontvangen. Overigens vragen deze leden zich hiernaast af of binnen dit kwalitatieve onderzoek ook de rol van zorgvergelijkingssites wordt meegenomen. Bij het vergelijken van de zorgverzekeringen via de zorgvergelijkingssites wordt gevraagd naar leeftijd, postcode en geslacht. Kan de rol van deze vragen en zorgvergelijkingssites worden opgenomen in het kwalitatieve onderzoek van de NZa? Zo nee, waarom niet?

De focus van het kwalitatieve onderzoek naar risicoselectie ligt op het gedrag van zorgverzekeraars. Slechts op hoofdlijnen wordt aandacht besteed aan de rol van andere aanbieders van zorgverzekeringen, zoals vergelijkingssites. De AFM, en niet de NZa, houdt toezicht op vergelijkingssites. Dit verklaart dat de NZa in haar kwalitatieve onderzoek niet uitgebreid ingaat op de werkwijze van vergelijkingssites (zoals de vragen die zij aan verzekerden stellen).

De belangrijkste bevindingen

Segmentatie op basis van kenmerken

De leden van de fractie van de PvdA vragen of uit het vervolgonderzoek ook duidelijk wordt wat precies door verzekeraars is gedaan om de selectieve populatie te benaderen en welke middelen daarbij zijn ingezet. Geldt voor alle

polissen waarbij aanwijzingen voor segmentatie waren dat deze binnen één concern niet voor voordeel voor de verzekeraar zorgen? Zijn de aanwijzingen voor segmentatie bij alle concerns in gelijke mate gevonden, of is er sprake van een of enkele concerns die aanwijzingen voor segmentatie laten zien?

De NZa komt in haar kwantitatieve analyse tot de conclusie dat veel concerns met meerdere polissen niet alleen polissen hebben met een positief resultaat, maar ook tenminste één polis met een negatief resultaat. De NZa kan op basis van het kwantitatieve onderzoek niet achterhalen of deze segmentatie het gevolg is van doelbewuste acties van zorgverzekeraars. In haar kwalitatieve onderzoek naar risicoselectie zal de NZa nagaan of zorgverzekeraars doelbewuste acties tot risicoselectie ondernemen, en zo ja welke acties dit dan zijn.

Relatie tussen polissenmerken en polisresultaat

De leden van de fractie van de PvdA vinden het niet erg verrassend dat het kiezen van een vrijwillig eigen risico gepaard gaat met een positief vereveningsresultaat en dat de keuze voor een hoger eigen risico gepaard gaat met een toenemend positief resultaat. Deze leden vragen of het feit dat een hoge korting voor het vrijwillig eigen risico een manier is om voorspelbaar winstgevend verzekerden aan te trekken zou moeten leiden tot het afschaffen van de mogelijkheid voor een vrijwillig hoger eigen risico. Welke voordelen biedt het bestaan van deze mogelijkheid en voor wie?

De leden van de fractie van de PvdA vragen of onderzoek bekend is over de relatie tussen bewust minder gebruik maken van zorg en een hoger vrijwillig eigen risico. Of is het zo dat verzekerden die gekozen hebben voor een hoger vrijwillig eigen risico niet eens voor de keuze komen te staan of zij wel of niet gebruik maken van zorg, zodat er geen enkel rol is voor de remmende werking van het eigen risico, slechts van een voordeel voor een gezonde verzekerde?

De leden van de fractie van de PvdA hebben dezelfde vraag ten aanzien van de mogelijkheid tot het kiezen van een polis met beperkende voorwaarden. Kan aangegeven worden welke voordelen het bestaan van een polis met beperkende voorwaarden heeft en voor wie?

De NZa heeft in haar onderzoek een brede definitie van risicoselectie gehanteerd. Deze definitie bevat niet alleen de doelbewuste acties van zorgverzekeraars, maar ook de acties van zorgverzekeraars die een ander doel hebben en de acties van verzekerden zelf (zelfselectie) die de risicosolidariteit kunnen aantasten. Daarom kan op basis van het kwantitatieve onderzoek niet gesteld worden dat zorgverzekeraars doelbewust het vrijwillig eigen risico als instrument voor risicoselectie gebruiken. Uit het kwalitatieve onderzoek van de NZa zal moeten blijken of – en zo ja, in welke mate – zorgverzekeraars het vrijwillig eigen risico doelbewust als instrument voor risicoselectie gebruiken.

Het vrijwillig eigen risico maakt verzekerden bewust van de kosten van zorg. Afschaffing van het vrijwillig eigen risico zou dan ook leiden tot een stijging van de zorgkosten. U vraagt zich echter af of mensen met een vrijwillig eigen risico überhaupt zorg nodig hebben. Uit de "Zorgthermometer" van Vektis blijkt dat in 2013 9 procent van de verzekerden met een vrijwillig eigen risico van €500, het complete eigen risico (= verplichte plus vrijwillige eigen risico) heeft volgemaakt. Ook mensen met een vrijwillig eigen risico hebben dus zorg nodig. Momenteel laat

ik (aanvullend) onderzoek doen naar het vrijwillig eigen risico. Ik verwacht u na de zomer de resultaten te kunnen sturen.

Bij een budgetpolis heeft de zorgverzekeraar met specifieke zorgaanbieders afspraken gemaakt over de doelmatigheid en/of de kwaliteit van zorg. Deze doelmatigheidsafspraken resulteren in een lagere premie voor verzekerden. Alle verzekerden hebben de mogelijkheid om van deze afspraken te profiteren door voor een budgetpolis te kiezen.

Beleidsimplicaties

De leden van de fractie van de PvdA vragen wanneer er duidelijkheid zal zijn over de mogelijkheden om herverzekering van het vrijwillig eigen risico via de aanvullende verzekering te verbieden en wanneer de Kamer hierover concrete voorstellen tegemoet kan zien.

Ik heb eerder aangegeven dat ik herverzekering van het vrijwillig eigen risico via de aanvullende verzekering ongewenst vind. Omdat via de aanvullende verzekering een selectiebeleid kan worden toegepast, kan herverzekering van dit vrijwillig eigen risico de risicosolidariteit aantasten, aangezien er geen risico tegenover de premiekorting staat.

Herverzekering van het vrijwillig eigen risico blijkt alleen voor te komen bij de polissen voor arbeidsmigranten. Omdat ik dit ongewenst vind, ga ik met zorgverzekeraars in gesprek met als doel te voorkomen dat het vrijwillig eigen risico in de toekomst nog herverzekerd wordt.

Inbreng SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben met grote zorg kennisgenomen van het onderzoek naar kwantitatief onderzoek naar risicoselectie en risicosolidariteit op de zorgverzekeringsmarkt. De uitkomsten zouden volgens hen aanleiding moeten zijn voor de minister om aan de noodrem te trekken. In plaats daarvan zien zij dat de trein van meer marktwerking ondanks het rode sein alsmat doordendert. De steeds verdere toename van risicodragendheid van zorgverzekeraars door de verdere afbouw van de ex post risicoverevening leidt er volgens deze leden toe dat zorgverzekeraars altijd een weg zullen vinden om aan risicoselectie te doen. In de uitkomsten van dit onderzoek zien deze leden hiervan de bevestiging. In plaats van dat de minister ook inziet dat de trein dreigt te ontsporen, kijkt zij liever de andere kant op. Ondanks de zorgwekkende bevindingen in het onderzoek trekt de minister geen conclusies, maar wacht wederom nieuw onderzoek af. Hoeveel onderzoeken moeten er nog komen voordat de minister de gevolgen van haar beleid onder ogen durft te komen? Volgens deze leden zou er, totdat onomstotelijk vast is komen te staan dat er geen risicoselectie plaats vindt, een pas op de plaats gemaakt moeten worden. Zij verwachten een uitgebreide reactie van de minister op de gestelde vragen en geuite zorgen.

Ik ben van mening dat doelbewuste risicoselectie door zorgverzekeraars ongewenst is. Op basis van het kwantitatieve onderzoek van de NZa kan echter niet gesteld worden of zorgverzekeraars doelbewuste acties tot risicoselectie ondernemen. Dit is niet eenvoudig om vast te stellen, omdat veel aspecten een rol

kunnen spelen.¹ Het is immers aannemelijk dat positieve vereveningsresultaten ook voortkomen uit doelmatigheidsafspraken met zorgaanbieders. Ik wacht de resultaten van het kwalitatieve onderzoek van de NZa af, alvorens ik verdere acties overweeg.

Daarnaast zijn verschillende acties reeds in gang gezet, die de prikkels en mogelijkheden tot risicoselectie door zorgverzekeraars verminderen. Een goed werkend risicovereveningsmodel is één van de belangrijkste instrumenten om risicoselectie tegen te gaan. Zoals aangegeven in de brief Kwaliteit Loont (Kamerstuk 31 765, nummer 116) werk ik continu aan verbeteringen in dit model. Daarnaast hebben zorgverzekeraars recentelijk in hun actieplan "Kern-Gezond" acties gepresenteerd die de mogelijkheid tot risicoselectie verminderen.

De leden van de SP-fractie willen graag stilstaan bij de term 'risicosolidariteit'. Kan de minister toelichten wat zij hiermee bedoelt? Waarom en door wie is besloten deze term te introduceren? Zij zijn van mening dat solidariteit inhoudt dat mensen die het geluk hebben geen hoge zorgkosten te hoeven maken bijdragen aan de zorgkosten van mensen die de pech hebben ziek te zijn. Ziek worden is immers geen bewuste keuze. Het idee dat mensen die hoge zorgkosten maken hier een steeds groter deel zelf dienen te betalen om de solidariteit tussen ziek en gezond in stand te houden, werpen de leden verre van zich. Dit is feitelijk juist afbraak van solidariteit. Het spelen met misleidende termen hierover nemen deze leden de minister dan ook bijzonder kwalijk. Bovendien is het beeld dat gezonde mensen niet bereid zouden zijn te betalen voor mensen die het minder getroffen hebben qua gezondheid, er één dat niet klopt. Ondanks het door dit kabinet en in haar kielzog de zorgverzekeraars voortdurend ondermijnen van de solidariteit, is het overgrote deel van de premiebetalers wel degelijk bereid mee te betalen aan de zorg voor anderen, zolang dit geld maar zinnig en zuinig wordt besteed. De minister zou er, indien zij werkelijk vreest dat de solidariteit onder druk staat, goed aan doen eens serieus de verspilling in de zorg aan consultant, accountants, bureaucratie en topsalarissen aan te pakken. Is de minister bereid dat laatste te doen? Zij verwachten een uitgebreide reactie van de minister.

Risicosolidariteit is een belangrijk uitgangspunt van ons zorgstelsel. De NZa beschrijft risicosolidariteit als volgt: "Risicosolidariteit houdt in dat mensen met een kleine kans op ziekte evenveel premie betalen als mensen die een grote kans op ziekte hebben". Deze risicosolidariteit wordt geborgd door de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie voor zorgverzekeraars.

U benoemt dat mensen die hoge zorgkosten maken een steeds groter deel hiervan zelf dienen te betalen. Wellicht doelt u hierbij op het eigen risico. Door deze medefinanciering van zorg kunnen de collectieve lasten beperkt blijven. Net als u ben ik van mening dat de uitgaven aan zorg zinnig en zuinig moeten zijn. Er zijn geen concrete aanwijzingen dat de solidariteit onder druk staat en daarom overweeg ik geen aanvullende maatregelen.

¹ Dit is ook onderkend in recente (internationale) literatuur (zie bijvoorbeeld Van de Ven et al. 2016. "How can the regulator show evidence of (no) risk selection in health insurance markets? Conceptual framework and empirical evidence" in: *Health Policy*).

Ik wil benadrukken dat verschillende maatregelen bijdragen aan de toegang tot zorg voor iedereen. Zo worden huishoudens met een laag inkomen via de zorgtoeslag grotendeels gecompenseerd voor zorgkosten. Verder bieden gemeenten collectieve verzekeringen voor minima en chronisch zieken aan, waarbij het verplicht eigen risico wordt herverzekerd of het eigen risico gespreid kan worden betaald. Ook zorgverzekeraars bieden verzekerden de mogelijkheid om het eigen risico gespreid te betalen.

De leden van de SP-fractie constateren dat op basis van het onderzoek andermaal niet geconcludeerd kan worden of er wel (of niet!) sprake is van risicoselectie. Wat was de uitvraag aan de NZa alvorens aan dit onderzoek werd begonnen? Wat is volgens de minister de reden dat de uitkomsten van het onderzoek in zoverre onbevredigend zijn? Is de uitvraag vanuit het ministerie onvoldoende geweest of de onderzoeksopzet van de NZa? Deze leden willen, nu er een derde onderzoek is aangekondigd, weten hoeveel onderzoeken de minister nog nodig denkt te hebben alvorens ook zij tot de conclusie komt die iedereen al lang weet? Volgens deze leden zal het in toenemende mate risicodragend maken van zorgverzekeraars er altijd toe leiden dat zij ertoe aangezet worden aan risicoselectie te doen. De halfslachtige aanpak van de minister, en het niet willen erkennen van de gevolgen van het beleid, zal er volgens deze leden voor blijven zorgen dat de wetgever achter de feiten aan loopt.

In de brief Kwaliteit loont d.d. 6 februari 2015 is het verzoek aan de NZa om risicoselectie te onderzoeken opgenomen. Het onderzoeken van risicoselectie is uiterst complex en vergt een gefaseerde en zorgvuldige onderzoeksopzet. Verder wil ik graag opmerken dat de NZa dit onderzoek over meerdere jaren zal herhalen. Op deze manier kan een goed beeld gevormd worden over het al dan niet voorkomen van risicoselectie op de zorgverzekeringsmarkt.

De leden van de SP-fractie merken op dat de belangrijkste bevinding van de NZa is dat in maar liefst 10% van de onderzochte polissen sterke aanwijzingen bestaan voor segmentatie op basis van gezondheidsrisico's. Mensen die een verhoogd eigen risico nemen, niet aanvullend zijn verzekerd, met polissen met beperkte voorwaarden, leveren de verzekeraars geld op bij de verevening. In plaats van aan de noodrem te trekken besluit de minister het zoveelste onderzoek af te wachten. Deze leden vragen de minister waarom het van belang is te weten of dit komt door doelbewuste acties van verzekeraars. Hoe denkt de minister überhaupt ooit aan te kunnen tonen of er al dan niet sprake is van opzet? Is het niet, ongeacht of er van opzet sprake is, veel meer van belang dat er aan risicoselectie wordt gedaan? Welke maatregelen is de minister bereid te treffen om dit aan te pakken?

De NZa heeft in haar onderzoek een brede definitie van risicoselectie gehanteerd. Deze definitie bevat niet alleen de doelbewuste acties van zorgverzekeraars, maar ook de acties van zorgverzekeraars die een ander doel hebben en de acties van verzekerden zelf (zelfselectie) die de risicosolidariteit kunnen aantasten. Deze laatstgenoemde acties zijn niet ongewenst, omdat het bijvoorbeeld voortkomt uit verschillen in voorkeuren van verzekerden. Daarom richt het kwalitatieve onderzoek van de NZa zich op de doelbewuste acties van zorgverzekeraars. Ik wacht de resultaten van het kwalitatieve onderzoek van de NZa af, alvorens ik aanvullende acties overweeg.

De leden van de SP-fractie constateren uit het onderzoek van de NZa dat het vrijwillig eigen risico een manier is om voorspelbaar winstgevende verzekerden aan te trekken. Als de minister daadwerkelijk vindt dat risicoselectie ongewenst is maakt zij per direct een eind aan het vrijwillig eigen risico. Is de minister bereid dat te doen? Is de minister, evenals deze leden, bezorgd over het feit dat het aantal mensen dat het eigen risico vrijwillig verhoogt explosief is gestegen van 6% in 2012 naar 12% in 2015? Hoe rijmt de constatering dat het vrijwillig eigen risico een instrument kan zijn voor risicoselectie, met de lovende woorden van de minister hierover? De leden verwachten een uitgebreide beantwoording op de gestelde vragen (Aanhangsel van de Handelingen, Vergaderjaar 2015-2016, nr. 1731).

Uit het onderzoek kan niet worden geconcludeerd dat zorgverzekeraars doelbewust het vrijwillig eigen risico als instrument voor risicoselectie gebruiken. U geeft aan dat het percentage verzekerden met een vrijwillig eigen risico is gestegen van 6% in 2012 naar 12% in 2015. Ik vind het geen slechte ontwikkeling dat steeds meer mensen voor een vrijwillig eigen risico kiezen. Het vrijwillig eigen risico maakt mensen namelijk bewust van de kosten van zorg. Afschaffing van het vrijwillig eigen risico zou dan ook leiden tot een stijging van de zorgkosten. Ik ben dan ook niet van plan het vrijwillig eigen risico af te schaffen.

Het vrijwillig eigen risico mag echter niet de risicosolidariteit van ons zorgstelsel aantasten. Daarom laat ik momenteel onderzoeken wat de invloed van het vrijwillig eigen risico is op de risicosolidariteit. Verder ga ik met zorgverzekeraars in gesprek met als doel te voorkomen dat het vrijwillig eigen risico in de toekomst nog herverzekerd wordt.

Inbreng CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie maken graag gebruik van de mogelijkheid vragen te stellen over Kwantitatief onderzoek naar risicoselectie en risicosolidariteit op de zorgverzekeringsmarkt. De minister stelt dat er op basis van dit onderzoek nog geen conclusies te trekken zijn over risicoselectie (zowel door verzorgverzekeraars en verzekerden) en de risicosolidariteit. Hiervoor, zo stelt de minister, is verder kwalitatief onderzoek nodig, dat in de zomer van 2016 gereed zal zijn en naar de Kamer zal worden gestuurd. De leden de CDA-fractie begrijpen de stellingname van de minister op die manier dat de aanwijzingen die de NZa gevonden heeft verder ingevuld/onderbouwd dienen te worden, en dat daarbij ook andere bevindingen betrokken worden. De minister is het toch met de leden van de CDA-fractie eens dat niet op het nulpunt wordt gestart? De minister heeft eerder toch ook signalen ontvangen van indirecte/verkapte risicoselectie, zoals die uit het onderzoek van juni 2015 over de verhouding tussen de aanvullende verzekering en de basisverzekering bij de sturing van verzekerden blijkt, of emeritus hoogleraar Van de Ven van het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg die diverse onderzoeken heeft gedaan naar indirecte risicoselectie. Daarin staat dat er wel degelijk indirecte risicoselectie plaatsvindt. Graag ontvangen zij een reactie van de minister op dit punt.

Het klopt dat eerdere onderzoeken ook aandacht hebben besteed aan risicoselectie op de zorgverzekeringsmarkt. Het onderzoeken van risicoselectie is

echter uiterst complex en vergt een gefaseerde en zorgvuldige onderzoeksopzet. Uit eerdere onderzoeken kan niet worden geconcludeerd of – en zo ja, hoe – zorgverzekeraars doelbewuste acties tot risicoselectie ondernemen. Daarom zal het kwalitatieve onderzoek van de NZa, dat naar verwachting rond de zomer verschijnt, dit verder onderzoeken.

Dan lezen de leden van de CDA-fractie vervolgens dat de NZa de brede definitie van risicoselectie heeft gehanteerd. Kan de minister het verschil aangeven tussen de term indirecte risicoselectie en de brede definitie van risicoselectie? Deze leden hebben wel enigszins begrip voor de keuze van een brede definitie, maar ziet de minister net als deze leden dat de acties van verzekerden (die de risicosolidariteit kunnen aantasten) anders geïnterpreteerd dienen te worden dan de eventuele bewuste of onbewuste acties van zorgverzekeraars? Dit zijn toch andere grootheden!

In haar kwantitatieve onderzoek naar risicoselectie heeft de NZa inderdaad een brede definitie van risicoselectie gehanteerd. Deze definitie bevat niet alleen de doelbewuste acties van zorgverzekeraars, maar ook de acties van zorgverzekeraars die een ander doel hebben en de acties van verzekerden zelf (zelfselectie) die de risicosolidariteit kunnen aantasten. Bij de doelbewuste acties van zorgverzekeraars kan zowel sprake zijn van directe als indirecte risicoselectie. Van directe risicoselectie is bijvoorbeeld sprake indien een zorgverzekeraar de acceptatieplicht voor de basisverzekering overtreedt. Daarnaast kan een zorgverzekeraar ook indirect (bijvoorbeeld via de aanvullende verzekering) sturen op risico's.

Ik ben het met u eens dat de acties van verzekerden, anders geïnterpreteerd moeten worden dan de doelbewuste acties van zorgverzekeraars. Dit geldt mijns inziens ook voor de acties van zorgverzekeraars die een ander doel hebben. De NZa zal in haar kwalitatieve onderzoek naar risicoselectie daarom focussen op de doelbewuste acties van zorgverzekeraars.

De minister stelt in de begeleidende brief bij het kwantitatieve onderzoek van de NZa dat verzekerden voor polissen met beperkte voorwaarden kiezen als ze verwachten weinig zorgkosten te maken (zelfselectie), en dat dit ook geldt voor mensen die kiezen voor een hoog vrijwillig eigen risico, omdat zij niet verwachten veel zorgkosten te maken. De leden van de CDA-fractie vragen in hoeverre dit niet met de financiële draagkracht te maken heeft. Wordt deze vraag (de beschikbare financiële middelen van de diverse groepen) meegenomen in het kwalitatieve derde deel van dit onderzoek? Vindt de minister dat de stimulatie om zorgaanbieders te raadplegen met wie doelmatigheidsafspraken zijn gemaakt - naast het sturen op prijs - nu bijdraagt aan de risicosolidariteit, of dat juist tot risicoselectie leidt?

Inkomenssolidariteit is een belangrijk uitgangspunt van ons zorgstelsel. Dit wordt geborgd door de inkomensafhankelijke bijdragen en de zorgtoeslag. De financiële draagkracht van verzekerden heeft echter geen invloed op (de prikkels voor) risicoselectie en zal dus niet meegenomen worden in het kwalitatieve onderzoek naar risicoselectie.

Een hoger positief vereveningsresultaat kan bij een polis met beperkende voorwaarden (i.e. "budgetpolis") ontstaan doordat de zorgverzekeraar doelmatigheidsafspraken heeft gemaakt met (een selectief aantal) zorgaanbieders. Vervolgens worden verzekerden bij deze polissen – bijvoorbeeld door de gedeeltelijke vergoeding voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders – gestimuleerd om deze zorgaanbieders te raadplegen, hetgeen bijdraagt aan de betaalbaarheid van de zorg. Verzekerden die kiezen voor een budgetpolis betalen gemiddeld een lagere premie dan andere verzekerden. Hier staat echter tegenover dat deze verzekerden beperkende voorwaarden accepteren. Zo zullen zij de zorgkosten deels zelf moeten betalen als ze een niet-gecontracteerde zorgaanbieder willen raadplegen.

De leden van de CDA-fractie lezen dat de NZa stelt dat er op basis van dit onderzoek niet gesteld kan worden of zorgverzekeraars doelbewust acties ondernemen wat leidt tot risicoselectie. Het blijft de vraag, zo stelt de minister, of zorgverzekeraars van te voren wisten dat zij bij het op de markt brengen van polissen al bekend waren met de vereveningsbijdragen en hierop hebben geanticipeerd. Deze leden gaan ervan uit dat dit verder onderzocht wordt en dat de Kamer hierover ook in/voor de zomer geïnformeerd zal worden.

De NZa neemt deze vraag mee in haar kwalitatieve onderzoek naar risicoselectie, dat naar verwachting rond de zomer zal verschijnen.

De leden van de CDA-fractie begrijpen dat er ook in de zomer een onderzoek komt naar het vrijwillig eigen risico. De minister is voornemens herverzekering via het vrijwillig eigen risico via aanvullende verzekering te verbieden en wil daar vorm aan geven. Deze brief is van eind januari 2016 en wij zijn nu enkele weken verder. Kan de minister aangeven hoe zij dit wil gaan doen, en op welke termijn de Kamer hier meer informatie over ontvangt?

Momenteel laat ik de invloed van het vrijwillig eigen risico op de risicosolidariteit onderzoeken. Dit onderzoek verwacht ik na de zomer naar uw Kamer te kunnen sturen.

Herverzekering van het vrijwillig eigen risico blijkt alleen voor te komen bij de polissen voor arbeidsmigranten. Omdat ik dit ongewenst vind, ga ik met zorgverzekeraars in gesprek met als doel te voorkomen dat het vrijwillig eigen risico in de toekomst nog herverzekerd wordt.

Inbreng D66-fractie

De leden van de D66-fractie ondersteunen het initiatief van de minister om de NZa te vragen in haar toezicht expliciet een aantal onderwerpen mee te nemen, waaronder risicoselectie. Zij reageren hierbij dan ook graag op de tweede rapportage over het kwantitatieve onderzoek.

Allereerst willen de leden van de D66-fractie kenbaar maken dat zij risicoselectie bijzonder ongewenst vinden. De solidariteit in het stelsel moet voorop blijven staan, zonder drempels voor toegang tot de basisverzekering. Interessant vinden zij dan ook de bevindingen van de NZa waarbij zij concludeert dat er wel degelijk sprake lijkt te zijn van segmentatie op de polismarkt, maar dat niet, op basis van het huidige onderzoek, aangetoond kan worden of de risicosolidariteit aangetast

wordt, of dat er sprake is van risicoselectie. Naar de rapportage van de NZa, waarin zij hiervoor een aantal aanbevelingen doet, wordt door de leden van de D66-fractie uitgekeken.

De leden van de D66-fractie ondersteunen de gekozen lijn van het vervolgonderzoek van de NZa, waarbij zij onder andere specifiek zal ingaan op de basispolissen die sterke aanwijzingen voor segmentatie op basis van gezondheidsrisico's van verzekerden tonen. Ook zijn zij benieuwd naar de vervolgonderzoeken als het gaat om de budgetpolissen en de verzekerden met een vrijwillig eigen risico met beperkende voorwaarden. De leden van de D66-fractie ondersteunen het belang van de minister om inzicht te krijgen of bovenstaande daadwerkelijk het gevolg is van doelbewuste acties van zorgverzekeraars.

Ik bedank de leden van de D66-fractie voor hun reactie. Ik verwacht het kwalitatieve onderzoek van de NZa rond de zomer naar uw Kamer te kunnen sturen.