

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.minvws.nl

**Ons kenmerk**  
DZ-CB-U: 2968344

**Bijlagen**

Datum 8 december 2009  
Betreft lijst van feitelijke vragen over de Zekurpolis

**Uw brief**  
29689-275 Zekurpolis

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

Geachte voorzitter,

Naar aanleiding van mijn brief met de bevindingen NZA monitor Zekurpolis en het onderzoek naar de werking van het risicovereveningssysteem voor portefeuilles met relatief veel jonge/gezonde verzekerden (Kamerstuk 2009-2010, 29689, nr 275, Tweede Kamer) heeft uw Kamer een lijst met feitelijke vragen opgesteld. In deze brief treft u mijn antwoorden op deze vragen. Ik heb ervoor gekozen om bij de beantwoording thematisch te werk te gaan. In de tekst wordt aangegeven, met het vraagnummer, op welke vraag een antwoord wordt gegeven.

**Uitkomsten NZa monitor van de Zekurpolis**

De normgewichten worden bepaald op basis van de meest recente - zo veel mogelijk - uitgedeclareerde kostengegevens van alle zorgverzekeraars op individueel verzekerdeniveau. Voor de risicoverevening 2008, het jaar dat de Zekurpolis in de markt gezet werd, betrof dit de kostengegevens met bijbehorende verzekerdenkenmerken voor het jaar 2005. De basisgegevens 2005 zijn zoveel mogelijk representatief gemaakt voor 2008. Indien UVIT erin slaagt door doelmatige zorginkoop de kosten van Zekurpolishouders lager te laten zijn dan de kosten van verzekerden uit dezelfde doelgroep bij andere verzekeraars, dan zal dit een neerwaarts effect hebben op de gemiddelde kosten van de totale doelgroep. Dit effect wordt in principe zichtbaar in de normgewichten 2011, die worden bepaald op de kostengegevens 2008. Dit betekent dat, indien UVIT door doelmatig werken lagere kosten voor de Zekurpolis realiseert, UVIT hierdoor van 2008 tot 2011 een relatief voordeel behaalt (vraag 8). Gezien het geringe aantal verzekerden met een Zekurpolis verwacht ik slechts een beperkt neerwaarts effect van hun lagere kosten op de gemiddelde kosten van de totale doelgroep en daarmee op de normgewichten. Hierdoor bestaat de mogelijkheid dat ook na 2011 UVIT een relatief voordeel op Zekur kan behalen. Op de mogelijke winsten die op de Zekurpolishouders worden gerealiseerd zijn de ex post compensatiemechanismen van het betreffende vereveningsjaar van toepassing (vraag 9).

De NZa geeft in de monitor ZEKURpolis aan dat evenals bij andere zorgverzekeringen bij de ZEKURpolis sprake is van zelfselectie. Dit houdt in dat een verzekerde een verzekering kiest die bij hem past. De NZa constateert dat

mede door doelgerichte marketing voornamelijk jonge en gezonde verzekerden voor de ZEKURpolis hebben gekozen. Deze jonge en gezonde verzekerden vinden dat Zekur voor hen een passende verzekering is (vraag 10).

**Ons kenmerk**  
DZ-CB-U: 2968344

Er zijn diverse polissen op de markt die zich richten op specifieke doelgroepen, ook via collectiviteiten die gericht zijn op speciale doelgroepen. Een voorbeeld hiervan is de collectiviteit van de Rabobank voor studenten. Daarnaast zien we dat er bij verschillende natura-polissen die op de markt zijn op dit moment selectief wordt gecontracteerd. In de praktijk betekent dit echter toch nog dat minimaal met 95% van de aanbieders een contract gesloten is. Zekur is nog steeds de enige polis waarbij een beperkt aantal ziekenhuizen is gecontracteerd (vanaf 2010 één in elke provincie). Bij verzekeringen als CZ Direct en Take Care Now! van Agis is net als bij Zekur sprake van een selectief aanbod voor wat betreft farmaceutische hulp en hulpmiddelen. Om voor volledige vergoeding in aanmerking te komen moet de verzekerde zich wenden tot een specifieke door de verzekeraar gecontracteerde zorgverlener, die veelal via internet hun diensten aanbieden. Dit maakt deze polissen aantrekkelijk voor jonge verzekerden (vraag 11).

### **Opzet onderzoek werking van het risicovereveningssysteem voor portefeuilles met relatief veel jonge/gezonde verzekerden**

Alvorens uw vragen over het onderzoek naar de werking van het risicovereveningssysteem voor portefeuilles met relatief veel jonge/gezonde verzekerden te beantwoorden, wil ik nogmaals benadrukken dat het gaat om een doorrekening van fictieve verzekerdenportefeuilles. De doorgerekende fictieve portefeuilles kenmerken zich door meer jonge en gezonde verzekerden dan gemiddeld, net zoals de ZEKURportefeuille. Voor de samenstelling van de gezonde en zeer gezonde portefeuilles is gebruik gemaakt van de bevindingen van NZa monitor Zekurpolis. Deze portefeuilles bevatten weinig verzekerden onder de 18 jaar en boven de 45 jaar. De leeftijdsgroep van 18 tot 45 jaar is duidelijk oververtegenwoordigd en daarbinnen komen meer mannen dan vrouwen voor. Verzekerden die hun gezondheid als goed inschatten kiezen relatief vaak voor een vrijwillig eigen risico. Zij zijn gezond en verwachten nauwelijks zorgkosten te maken en daarom willen ze in ruil voor premiekorting zelf meer risico lopen. In het gegevensbestand dat voor het onderzoek naar het risicovereveningssysteem en ook voor dit onderzoek is gebruikt, is informatie aanwezig over het al dan niet hebben van een vrijwillig eigen risico (vraag 6). Uit deze informatie blijkt dat landelijk gezien één procent van de Nederlanders kiest voor een vrijwillig eigen risico van 500 euro (vraag 19). Het vrijwillig eigen risico behoeft dus niet voorspeld te worden op basis van bijvoorbeeld de aard van het inkomen, sociaal economische status of zorgkosten in het voorgaande jaar (vraag 4, 16, 17). Gezonde verzekerden worden nauwelijks bij FKG's of DKG's ingedeeld. De zeer gezonde portefeuille heeft nog meer jonge verzekerden, nog minder verzekerden in een FKG of DKG dan de gezonde portefeuille en nog meer verzekerden kiezen voor een vrijwillig eigen risico. De hoogte van de percentages in tabel 1 is tegen deze achtergrond gekozen (vraag 3, 12, 13, 14, 15).

### **Uitkomsten van het onderzoek**

Verzekerden die kiezen voor een vrijwillig eigen risico van 500 euro betalen de eerste 655 euro zelf (155 euro verplicht eigen risico + 500 euro vrijwillig eigen risico). Deze kosten komen niet voor rekening van de verzekeraar. De verzekeraar geeft in ruil daarvoor de verzekerden een premiekorting. In het onderzoek is de

premiëkorting gesteld op 200 euro. Voor alle drie de doorgerekende portefeuilles zijn de werkelijke kosten onder het vrijwillig eigen risico, dat wil zeggen de kosten onder de 655 euro die de verzekeraar bij de verzekerde in rekening heeft gebracht, vergeleken met de premieëkorting (=200 euro) die de verzekeraar aan de verzekerde heeft gegeven. Uit tabel 2 blijkt bijvoorbeeld dat de verzekerden uit de zeer gezonde portefeuille gemiddeld 26 euro aan zorgkosten zelf betalen vanwege het vrijwillig eigen risico. Daar staat voor deze portefeuille een premieëkorting van gemiddeld 100 euro per verzekerde tegenover (de helft van de portefeuille ontvangt 200 euro korting, de andere helft heeft geen vrijwillig eigen risico en dus geen premieëkorting). Het financieel resultaat op het vrijwillig eigen risico van deze portefeuille bedraagt gemiddeld 26 euro minus 100 euro is minus 74 euro per verzekerde (vraag 18, 21). Indien een verzekeraar een lagere premieëkorting zou geven wordt het financieel resultaat op het vrijwillig eigen risico minder negatief. Een verlaging van bijvoorbeeld 20 euro leidt dan ook bij de gezonde portefeuille tot een niet negatief totaal financieel resultaat (vraag 25). Het totaal financieel resultaat op de zeer gezonde portefeuille is gemiddeld 4 euro per verzekerde. Voor de hele portefeuille is dat 200.000 euro. Hierbij moet wel bedacht worden dat ook een negatief resultaat voor de totale portefeuille binnen de onzekerheidsmarge valt (vraag 22).

Ons kenmerk  
DZ-CB-U: 2968344

In mijn eerder genoemde brief geef ik aan dat een verzekeraar op alle drie de portefeuilles geen systematische winsten of verliezen kan verwachten 'louter' op grond van de specifieke samenstelling wat betreft leeftijd, geslacht, FKG, DKG en het percentage verzekerden met een vrijwillig eigen risico. Met het woord louter in deze zin bedoel ik 'uitsluitend' (vraag 23). Indien subgroepen worden gevormd op basis van kenmerken, die niet als vereveningscriterium in het ex ante risicovereveningsmodel zijn opgenomen, bestaat de mogelijkheid dat voor bepaalde subgroepen een winst of verlies optreedt (vraag 7). Zo blijkt bijvoorbeeld uit de Overall Toets 2010 dat voor de 15% verzekerden met de laagste kosten in het voorgaande jaar een gemiddelde winst van ruim 300 euro kan worden behaald. In het onderzoek naar de werking van het risicovereveningssysteem voor portefeuilles met relatief veel jonge/gezonde verzekerden is informatie over kosten in het voorgaande jaar niet betrokken (vraag 20). Kosten in het voorgaande jaar zijn in het onderzoek niet meegenomen vanwege de verkeerde prikkel, die hiervan kan uitgaan. Hogere kosten ten gevolge van ondoelmatig handelen moeten immers niet kunnen leiden tot een hogere vereveningsbijdrage. Daarnaast is niet duidelijk of de lage kosten van verzekerden in enig jaar structureel dan wel incidenteel laag zijn (vraag 5).

Een verzekeraar kan winst behalen door doelmatiger te werken dan zijn concurrenten. In het geval van Zekur vermoed ik dat doelmatigheidsvoordelen worden verwacht van het selectief contracteren. De exacte motivatie van UVIT om de Zekurpolis in de markt te zetten is een bedrijfsgeheim van UVIT. U begrijpt dat ik niet beschik over dergelijke informatie (vraag 23, 24).

### Overig

U heeft mij gevraagd aan te geven wanneer het ex ante vereveningsmodel kan worden uitgebreid met een vereveningscriterium meerjarige lage schade. Op dit moment laat ik een verkennend onderzoek uitvoeren naar meerjarig lage kosten als vereveningscriterium. Afhankelijk van de uitkomsten van dit onderzoek zal ik

beoordelen of dit criterium verder kan worden ontwikkeld. Indien dit het geval zal blijken te zijn, verwacht ik dat een dergelijk criterium op zijn vroegst in 2012 onderdeel is van het ex ante risicovereveningsmodel (vraag 2).

**Ons kenmerk**  
DZ-CB-U: 2968344

U vraagt hoe binnen de risicoverevening 2010 rekening gehouden wordt met door verzekeraars werkelijke betaalde (couvert) prijzen voor medicijnen. De NZa heeft in het protocol Vereveningsonderzoek Zorgverzekeringswet opgenomen dat zorgverzekeraars inkoop-kortingen en bonussen op individueel verzekerdeniveau moeten verrekenen. Toerekening van kosten die niet op verzekerdeniveau bekend zijn (macroboekingen) zijn niet toegestaan. Indien de bonussen echter niet op individueel verzekerdeniveau bekend zijn, moeten deze via een verdeelsleutel worden toegerekend aan de individuele verzekerde. De onderbouwing van de verdeelsleutel moet adequaat zijn vastgelegd (vraag 1).

Ik vertrouw erop uw vragen hiermee afdoende beantwoord te hebben.

Hoogachtend,  
de Minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,

dr. A. Klink