

Hoofdafdeling(en) : Conjunctuur en Collectieve Sector
Afdeling(en) : Zorg
Samensteller(s) : Olga Erken
Nummer : 84
Datum : 26 januari 2004

Verzekerde Selectie?

De plannen van de overheid behelzen een nieuw zorgstelsel in 2006. De invoering van meer gereguleerde concurrentie en het opheffen van het onderscheid tussen de particuliere- en ziekenfondsverzekering zijn twee belangrijke pijlers waarop de stelselherziening gebaseerd is. De zorgverzekeraar krijgt een meer prominente rol in het nieuwe stelsel en wordt geacht efficiënt zorg in te kopen voor zijn verzekerden op een in toenemende mate concurrerende markt. De hervormingen roepen vragen op over de risicosolidariteit in het nieuwe stelsel. Een belangrijke vraag is in welke mate risicoselectie zal gaan plaatsvinden. In gesprekken met tien zorgverzekeraars en een tweetal andere betrokken organisaties in Nederland is het onderwerp risicoselectie aan bod gekomen.

Het onderzoek leidt tot een aantal conclusies. Allereerst leverde elk gesprek relevante voorbeelden op van risicoselectie op de huidige particuliere markt. Vermoedelijk vindt risicoselectie ook op de ziekenfondsmarkt op beperkte schaal plaats via de aanvullende verzekering. Over de verwachte toename van risicoselectie in het toekomstige stelsel wordt door zorgverzekeraars op verschillende wijze gedacht. Mogelijk neemt risicoselectie toe omdat de onderlinge concurrentie tussen verzekeraars en de risicodragendheid van zorgverzekeraars toeneemt. Daarnaast gaat de aanvullende verzekering een steeds grotere rol spelen. Zorgverzekeraars lijken de opvatting te delen dat het gevaar voor risicoselectie het grootst is in de aanvullende verzekering.

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Samenvatting	4
1 Inleiding	7
1.1 Probleemstelling	8
1.2 Opbouw van het verslag	9
2 Onderzoeksmethode	10
2.1 Type onderzoek en onderzoeksmethode	10
2.2 Selectiecriteria	11
2.3 Analyse van de onderzoeksdata	12
3 Marktbeschrijving van de zorgverzekeringsmarkt	13
3.1 De structuur van de Nederlandse gezondheidszorg.	13
3.2 De particuliere ziektekostenverzekering	15
3.3 De ziekenfondsverzekering	17
3.4 De aanvullende verzekering	18
3.5 Het nieuwe stelsel	19
4 Theoretisch kader	20
4.1 Verzekeren	20
4.2 De verzekeraar	21
4.3 Risicosolidariteit en risicoselectie	23
4.4 Voorbeelden uit Duitsland en Zwitserland	25
4.5 Resumé	26
5 Resultaten	27
5.1 Deelvraag 1	27
5.2 Deelvraag 2	35
5.3 Deelvraag 3	38
5.4 Deelvraag 4	42
5.5 Deelvraag 5	46
6 Conclusie	50
7 Discussie	52
8 Literatuurlijst	54
Bijlage 1: Voorbeeld brief uitnodiging CPB	58
Bijlage 2: Voorbeeld vragenlijst	59

Voorwoord

Dit onderzoek heb ik uitgevoerd bij het Centraal Planbureau in Den Haag, Afdeling Zorg, gedurende de periode april tot december 2003, in het kader van mijn afstuderen aan de Universiteit Maastricht aan de Faculteit der Gezondheidswetenschappen. Het onderzoek werd begeleid door Dr. Ir. R.C.M.H. Douven van het CPB en door Prof. Dr. J.A.M. Maarse en Drs. J.H. van der Made van de Universiteit Maastricht.

Ik ben het Centraal Planbureau (CPB) zeer erkentelijk voor het feit dat mij de gelegenheid geboden is dit onderzoek hier te verrichten. Ik heb veel kunnen leren van de ervaring en kennis van de medewerkers van het CPB. Mijn dank gaat vooral uit naar mijn persoonlijke begeleider Rudy Douven voor zijn begeleiding gedurende het onderzoek en van het schrijven van dit verslag. Daarnaast heeft hij mij een aantal keren vergezeld bij interviews. Verder wil ik alle andere medewerkers van de afdeling zorg bedanken voor de bereidheid zich te allen tijde te verdiepen in mijn vragen. Of het nou ging om een inhoudelijke vraag of het ontwerpen van een tabel. Ook gaat mijn dank uit naar de zorgverzekeraars en andere organisaties die de tijd hebben genomen om met mij een gesprek aan te gaan.

Tenslotte wil ik mijn begeleiders van de Universiteit Maastricht, Prof. Dr. Maarse en Drs. van der Made, bedanken. Mijn speciale dank gaat uit naar Prof. Dr. Maarse die mij telkens weer wist te enthousiasmeren voor het onderwerp en daarmee mijn motivatie wist te prikkelen. Vooral zijn ondersteuning is voor mij gedurende deze tijd van bijzondere betekenis geweest.

Olga Erken

Samenvatting

In dit verslag worden de resultaten gepresenteerd van een onderzoek naar risicoselectie op de Nederlandse zorgverzekeringsmarkt in het huidige stelsel en het toekomstige stelsel.

De invoering van meer gereguleerde concurrentie en het opheffen van het onderscheid tussen de particuliere- en ziekenfondsverzekering zijn twee belangrijke pijlers waarop de stelselherziening gebaseerd is. De zorgverzekeraar krijgt een meer prominente rol in het nieuwe stelsel en wordt geacht efficiënt zorg in te kopen voor zijn verzekerden op een in toenemende mate concurrerende markt. De hervormingen roepen vragen op over de risicosolidariteit in het nieuwe stelsel. Een belangrijke vraag is in welke mate risicoselectie zal gaan plaatsvinden. In gesprekken met tien zorgverzekeraars en een tweetal andere betrokken organisaties in Nederland is het onderwerp risicoselectie aan bod gekomen.

Dit onderzoek is toetsend van aard omdat het probeert te achterhalen in hoeverre risicoselectie activiteiten van zorgverzekeraars, die zijn beschreven in de literatuur, overeenkomen met de praktijk en met de opvattingen van ziekenfondsen en particuliere verzekeraars. Het onderzoek is een combinatie van literatuurstudie en gesprekken met verzekeraars in de praktijk. Daarnaast is het onderzoek kwalitatief van aard en praktijkgericht.

Over risicoselectie is veel geschreven. Onderzoek naar de concrete situatie zoals die zich in de Nederlandse praktijk voordoet is weinig gedaan. Risicoselectie is namelijk een beladen onderwerp en daarom moeilijk te onderzoeken in de praktijk. De kans op sociaal wenselijke antwoorden door zorgverzekeraars is daardoor groot. Dit gegeven is bij dit onderzoek meegenomen als ‘kritische noot’ bij de interpretatie van de data.

Allereerst plaatst dit onderzoek bepaalde vooronderstellingen en beweringen uit de literatuur in een theoretisch kader. Er is sprake van risicoselectie wanneer verzekeraars zich richten (of juist niet richten) op een bepaalde groep verzekerden omdat op deze groep relatief veel winst (of verlies) te behalen is, in vergelijking tot andere risicogroepen. De literatuur beschrijft risicoselectie als een ongewenst neveneffect van het invoeren van meer gereguleerde concurrentie omdat risicoselectie een negatief effect heeft op risicosolidariteit.

Voorbeelden hiervan zijn terug te vinden in landen zoals Duitsland en Zwitserland waar een forse toename van risicoselectie te zien is ten gevolge van gereguleerde concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt. Risicoselectie is maatschappelijk ongewenst omdat het vooral de hoge risico's zoals ouderen en chronisch zieken treft.

Van belang is op te merken dat risicoselectie voor bepaalde groepen helemaal geen ongunstig effect met zich meebrengt. Dit geldt voor de lage risico's en risico's die reeds in het verzekerdenbestand zitten. Risicoselectie kan zich op verschillende manieren manifesteren. Er bestaan directe en indirecte strategieën van risicoselectie. Daarnaast kan risicoselectie plaatsvinden 'aan', 'binnen' en 'buiten de poort'. Ook kan de verzekeraar gebruik maken van het fenomeen adverse selection waarbij verzekerden zichzelf als het ware selecteren.

Het onderscheid tussen verschillende soorten verzekeringen komt terug in de organisatiekenmerken van de zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars zijn over het algemeen hybride organisaties omdat zij verschillende organisatiekenmerken vertonen die zowel voor taak- als marktorganisaties gelden. Ziekenfondsen zijn over het algemeen taakorganisaties en richten zich eerder op publieke doeleinden. Daarentegen zijn particuliere verzekeraars eerder marktorganisaties en richten zich meer op private doeleinden. De prikkel tot risicoselectie is groter bij marktorganisaties. Van ziekenfondsen wordt in toenemende mate verwacht dat zij zich meer als marktorganisaties gaan gedragen. Dit heeft mogelijk effect voor de mate waarin ziekenfondsen geneigd zijn risicoselectie toe te passen op een in toenemende mate concurrerende markt.

Het onderzoek leidt tot een aantal opvallende conclusies. Allereerst leverde elk gesprek relevante voorbeelden op van risicoselectie op de huidige particuliere markt. De strategieën zijn terug te vinden in de literatuur. Naast het feit dat zorgverzekeraars soms zeggen zelf deze strategieën toe te passen, worden de meeste selectiestrategieën vooral toegeschreven aan de praktijken van de concurrent. Vermoedelijk vindt risicoselectie ook op de ziekenfondsmarkt op beperkte schaal plaats via de aanvullende verzekering. Dit heeft gevolgen voor de basisverzekering omdat verzekeraars vaak de voorwaarde stellen dat de aanvullende verzekering in combinatie met de basisverzekering van dezelfde maatschappij dient te worden afgenomen. De meeste verzekeraars willen deze zogenoemde 'koppelverkoop' handhaven in het toekomstige stelsel. Over de verwachte toename van risicoselectie in het toekomstige stelsel wordt door zorgverzekeraars op verschillende wijze gedacht. Mogelijk neemt risicoselectie, in vergelijking met het huidige ziekenfonds, toe omdat de onderlinge concurrentie tussen verzekeraars en de risicodragendheid van zorgverzekeraars toeneemt.

Daarnaast gaat door inperking van het basispakket de aanvullende verzekering een steeds grotere rol spelen. Zorgverzekeraars lijken de opvatting te delen dat het gevaar voor risicoselectie het grootst is in de aanvullende verzekering omdat de pakketten steeds meer gedifferentieerd worden aangeboden. Dit ondermijnt niet alleen de risicosolidariteit tussen verzekerden maar kan ook de keuzevrijheid en mobiliteit van verzekerden voor een basisverzekering beperken.

Voor het beleid is het belangrijk hierop te anticiperen en tijdig maatregelen te treffen. De belangrijkste maatregelen zijn een verbod op risicoselectie en een adequaat vereveningssysteem naast een algehele acceptatieplicht. Het moet immers voorkomen worden dat risicoselectie in het nieuwe stelsel een serieus probleem gaat vormen.

1 Inleiding

Op dit moment is de stelselherziening in de gezondheidszorg een belangrijk thema op de politieke agenda. Belangrijke veranderingen vinden plaats in de curatieve zorg en richten zich op de aansturing en financiering van de zorg. Het bevorderen van meer gereguleerde concurrentie in de zorg en de invoering van één basisverzekering vormen de belangrijkste pijlers van de stelselherziening. Het laatste betekent het einde van het onderscheid tussen de particuliere en de ziekenfondsverzekering. Het huidige kabinet Balkenende II wil deze maatregelen per 1 januari 2006 doorvoeren.

In het nieuwe stelsel is sprake van een belangrijke rolverandering voor de zorgverzekeraar. Als het aan het huidige kabinet ligt krijgt de zorgverzekeraar een centrale regierol om te komen tot een doelmatigere wijze van zorginkoop (CPB, 2003). Om dit proces in gang te zetten zullen zorgverzekeraars meer moeten gaan concurreren om verzekerden. Deze onderlinge concurrentie moet ervoor zorgen dat verzekeraars meer hun best doen zich ten opzichte van elkaar te profileren. Verzekerden hebben eenmaal per jaar de kans om te wisselen van verzekeraar. Dit wordt het ‘stemmen met de voeten’ genoemd. Tevens wordt van zorgverzekeraars verwacht dat zij zich meer als marktorganisaties gaan gedragen en gaat de risicodragendheid van verzekeraars omhoog (Lamers *et al.*, 2003).

Deze stelselherziening heeft mogelijk een negatief effect op het sociale karakter van het Nederlandse zorgstelsel. Het bevorderen van meer gereguleerde concurrentie kan namelijk leiden tot een toename van risicoselectie door zorgverzekeraars. Er is sprake van risicoselectie wanneer verzekeraars trachten een gunstig verzekerdenbestand te creëren door ongunstige risico's te weren en gunstige risico's aan te trekken. Risicoselectie heeft een negatief effect op risicosolidariteit en toegankelijkheid van zorg (Buchner en Wasem, 2003; CPB, 2003; Junoy, 1999; Lamers *et al.*, 2003; Newhouse, 1996; Schut, 2003; Van de Ven en Ellis, 2000; Van de Ven *et al.*, 2002). Het handhaven van de toegankelijkheid van de zorg en de onderlinge solidariteit zijn echter twee belangrijke uitgangspunten bij de stelselherziening. Daarom is het van belang meer zicht te krijgen op de manier waarop, en de mate waarin, zorgverzekeraars risicoselectie toepassen in het huidige en mogelijk kunnen toepassen in het toekomstige stelsel.

Dit onderzoek tracht een aantal beweringen uit de literatuur in de praktijk te onderzoeken. Door middel van gesprekken met verschillende zorgverzekeraars en andere betrokken partijen wordt onderzocht welke opvattingen en welk beleid Nederlandse zorgverzekeraars hebben ten aanzien van risicoselectie. Deze vraag wordt gesteld in het kader van het huidige en het toekomstige zorgstelsel. Daarnaast komt de rol van de aanvullende verzekering aan bod aangezien uit de huidige kabinetsbeleid blijkt dat verkleining van het basispakket een belangrijk instrument is

om ook op termijn tot een houdbaar stelsel te komen. Daardoor zal de aanvullende verzekering in de toekomst mogelijk belangrijker worden. Vervolgens is aandacht besteed aan de maatregelen die volgens de zorgverzekeraars zelf nodig zijn om risicoselectie te voorkomen of in te perken.

Een probleem is dat empirische informatie over het gebruik van risicoselectie door de Nederlandse zorgverzekeraar in het huidige stelsel schaars is. Risicoselectie op de zorgverzekeringsmarkt is een beladen en daarom een moeilijk te onderzoeken onderwerp. Dit geldt zowel op de particuliere als op de ziekenfondsmarkt. Daarom bestaat gebrek aan kennis over de wijze waarop en de mate waarin risicoselectie voorkomt. Het is voorstelbaar dat de antwoorden van zorgverzekeraars een sociaal wenselijk karakter hebben. Dit maakt het lastig om in te schatten welke consequenties de invoering van een nieuw verzekeringsstelsel heeft op het selectiebeleid van zorgverzekeraars.

1.1 Probleemstelling

Waarom willen we dit weten?

De doelstelling van het onderzoek is meer zicht te krijgen op de wijze waarop en de mate waarin zorgverzekeraars in Nederland risicoselectie toepassen in het huidige en toekomstige stelsel. Zodoende kan een inschatting gemaakt worden in hoeverre en onder welke omstandigheden het ongewenste neveneffect, namelijk een vermindering van risicosolidariteit door een toename van risicoselectie, zich voor kan doen.

Vraagstelling:

De vraagstelling van het onderzoek luidt als volgt:

Op welke wijze en in welke mate passen zorgverzekeraars in Nederland risicoselectie toe in het huidige zorgstelsel en hoe denken zorgverzekeraars over een mogelijke toename van prikkels tot risicoselectie in het toekomstige zorgstelsel?

De vraagstelling is opgedeeld in de volgende vijf deelvragen:

Op welke wijze en in welke mate passen zorgverzekeraars in Nederland op dit moment risicoselectie toe in de particuliere verzekering?

Op welke wijze en in welke mate passen zorgverzekeraars in Nederland op dit moment risicoselectie toe in de ziekenfondsverzekering?

Op welke wijze en in welke mate passen zorgverzekeraars in Nederland risicoselectie toe in de aanvullende verzekering in het huidige en toekomstige stelsel?

Hoe denken verzekeraars over een mogelijke toename van risicoselectie ten gevolge van de stelselherziening?

Hoe kijken zorgverzekeraars aan tegen de maatregelen ter voorkoming van risicoselectie in het huidige en toekomstige zorgstelsel?

1.2 Opbouw van het verslag

In hoofdstuk 2 komen eerst de aard en de methode van onderzoek aan bod. Tevens besteedt dit hoofdstuk aandacht aan de selectie van de verschillende respondenten en de wijze waarop de resultaten verwerkt zijn. Vervolgens beschrijft hoofdstuk 3 de structuur van de Nederlandse gezondheidszorg waarbij de ziekenfondswet, de particuliere en aanvullende verzekering kort de revue passeren. Ook wordt kort ingegaan op het toekomstige nieuwe stelsel. In hoofdstuk 4 wordt het theoretische kader van het onderzoek beschreven. Aan bod komen de begrippen verzekeren, verzekeraar, risicosolidariteit en risicoselectie. Tevens worden de verschillende vormen van risicoselectie uit de literatuur uitgelegd. Daarnaast komen voorbeelden uit Duitsland en Zwitserland aan de orde. Vervolgens beschrijft hoofdstuk 5 de resultaten. Dit gebeurt aan de hand van de vijf deelvragen in de vraagstelling. Hoofdstuk 6 beschrijft de conclusie en hoofdstuk 7 sluit af met een discussie.

2 Onderzoeksmethode

Dit hoofdstuk beschrijft de gehanteerde onderzoeksmethode. Allereerst komen type, aard en de methode van het onderzoek aan de orde. Vervolgens komen de selectiecriteria, de non-respons en de methodiek van verwerking van de data aan bod waarbij tevens wordt ingegaan op de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek.

2.1 Type onderzoek en onderzoeksmethode

Over risicoselectie is veel geschreven. Toch is weinig tot niets bekend over de wijze waarop zorgverzekeraars risicoselectie in de praktijk toepassen en in welke mate dit in Nederland voorkomt (Maarse en Paulus, 2003; Schut en Van de Ven, 2002; Van de Ven en Ellis, 2000; Van de Ven *et al.*, 2002). Het blijkt vooral in de ziekenfondsverzekering lastig op empirische wijze te onderzoeken omdat risicoselectie hier niet is toegestaan en een illegale praktijk betreft. Dit maakt risicoselectie door zorgverzekeraars een omstreden onderwerp. Reeds in de inleiding is beschreven dat bij interviews met zorgverzekeraars de kans op sociaal wenselijke antwoorden daarom groot is.

Dit onderzoek is toetsend van aard omdat het probeert te achterhalen in hoeverre risicoselectie activiteiten van zorgverzekeraars, die zijn beschreven in de literatuur, overeenkomen met de praktijk en met de opvattingen van ziekenfondsen en particuliere verzekeraars. Het onderzoek is een combinatie van literatuurstudie en gesprekken met verzekeraars in de praktijk. Daarnaast is het onderzoek kwalitatief van aard en praktijkgericht ('t Hart *et. al.*, 1998).

Allereerst zijn vooronderstellingen en beweringen over risicoselectie uit de literatuur in een theoretisch kader geplaatst. Daarbij is gebruik gemaakt van diverse bronnen, zoals wetenschappelijke literatuur, beleidsstukken en informatiewinning bij diverse deskundigen door middel van korte, al dan niet telefonische, gesprekken. Vervolgens is door middel van interviews met behulp van een gestructureerde vragenlijst getracht antwoord te vinden op de vijf deelvragen (zie paragraaf 1.1).

2.2 Selectiecriteria

Van tevoren is niet precies vastgelegd hoeveel respondenten uiteindelijk benaderd zouden worden omdat onduidelijk was in hoeverre de respondenten bereid waren medewerking te verlenen. Dit hing mede af van de respons en de informatie die de afzonderlijke interviews uiteindelijk zou opleveren. Het omstreden karakter van het onderwerp is hiervoor de oorzaak. De vragenlijst (zie bijlage 2) is vooraf toegezonden aan elke respondent.

De respondenten zijn geselecteerd op basis van de volgende criteria:

- grootte van de zorgverzekeraar, uitgedrukt in het aantal verzekerden.
- type verzekeraar: particulier of ziekenfonds.
- regionaal of landelijk werkgebied.

Als eerste zijn zes grote zorgverzekeraars benaderd met een brief (zie bijlage 1) met een uitnodiging voor een interview met het CPB. Daarna zijn vier kleinere zorgverzekeraars benaderd die een sterk regionaal karakter hebben en drie zorgverzekeraars die uitsluitend een particuliere polis aanbieden. De reden hiervoor is dat gedurende het onderzoek het vermoeden rees dat de antwoorden afhankelijk zijn van de organisatiekenmerken van afzonderlijke zorgverzekeraars.

Uiteindelijk bleek de non-respons minimaal. Slechts drie van de in totaal dertien benaderde zorgverzekeraars zijn geen gesprek aangegaan. Als belangrijkste reden werd gegeven dat hier geen tijd vrij voor kon worden gemaakt. De bereidheid van zorgverzekeraars te praten over risicoselectie blijkt groot. Dit is tegengesteld aan wat in eerste instantie werd verwacht, namelijk terughoudendheid door zorgverzekeraars gezien de gevoeligheid van het onderwerp.

Tevens zijn vragen neergelegd bij het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF), de Consumentenbond en College voor Zorgverzekeringen (CVZ). Met Zorgverzekeraars Nederland en de NPCF zijn eveneens interviews gehouden.

Van de tien ondervraagde zorgverzekeraars behoren vijf tot de grootste zorgverzekeraars van Nederland. Deze zorgverzekeraars bieden zowel een ziekenfondspolis als een particuliere polis aan. Daarnaast zijn twee particuliere zorgverzekeraars en drie kleinere zorgverzekeraars met een sterk regionaal karakter geïnterviewd. Twee van de drie kleinere zorgverzekeraars zijn enkel aanbieders van een ziekenfondspolis en hebben een nauwe samenwerkingsrelatie met een particuliere verzekeraar om daar hun ziekenfondsverzekerden eventueel onder te kunnen brengen wanneer deze over moeten stappen naar een particuliere verzekering.

De vijf geïnterviewde grote zorgverzekeraars hebben gezamenlijk een bestand van ruim 10 miljoen verzekerden. De twee particuliere verzekeraars hebben samen ongeveer 350 000 verzekerden en de drie kleinere zorgverzekeraars hebben gezamenlijk een bestand van ongeveer 700 000 verzekerden. In totaal bieden de ondervraagde maatschappijen dus aan ongeveer 11 miljoen Nederlanders een ziektekostenverzekering, zowel ziekenfonds als particulier. Dat is ongeveer 70% van de markt.

Vanwege de vertrouwelijkheid van de gegevens wordt niet verder ingegaan op de specifieke kenmerken van de maatschappijen. Dit ook op uitdrukkelijk verzoek van enkele verzekeraars.

2.3 Analyse van de onderzoeksdata

De interviews zijn door middel van geluidsopnamen vastgelegd en achteraf verwerkt. De reden hiervoor is geen informatie te missen en zodoende zorgvuldig te kunnen zijn in de verwerking van de data. De interviews zijn aanvankelijk letterlijk schriftelijk uitgewerkt. Vervolgens zijn de antwoorden geordend per deelvraag. Hierbij is vooral gekeken naar de onderlinge samenhang of inconsistentie.

De meeste interviews zijn gehouden door twee personen. De op schrift uitgewerkte interviews zijn vervolgens weer gecontroleerd door een tweede persoon. Dit draagt bij aan de betrouwbaarheid van het onderzoek. Per zorgverzekeraar heeft één interview plaatsgevonden. De interviews hebben gemiddeld een uur geduurd en zijn gehouden met verschillende functionarissen zoals de leden van de Raad van Bestuur, de Directeur van een verzekeringsmaatschappij en één maal met de financieel adviseur van de afdeling marketing.

Hoewel de invalshoeken van deze respondenten kunnen verschillen geven hun functie en opleidingsniveau voldoende reden om te veronderstellen dat hun inzichten van voldoende kwalitatief niveau zijn om dit onderzoek te valideren. Hiermee wordt bedoeld dat ervan uitgegaan wordt dat de respondenten een realistische en representatieve visie hebben op de gang van zaken binnen de verzekeringsmaatschappij die ze vertegenwoordigen.

De kwalitatieve analyse van de resultaten is uiteindelijk in beschrijvende vorm in dit rapport gerapporteerd. Waar mogelijk zijn tabellen gebruikt.

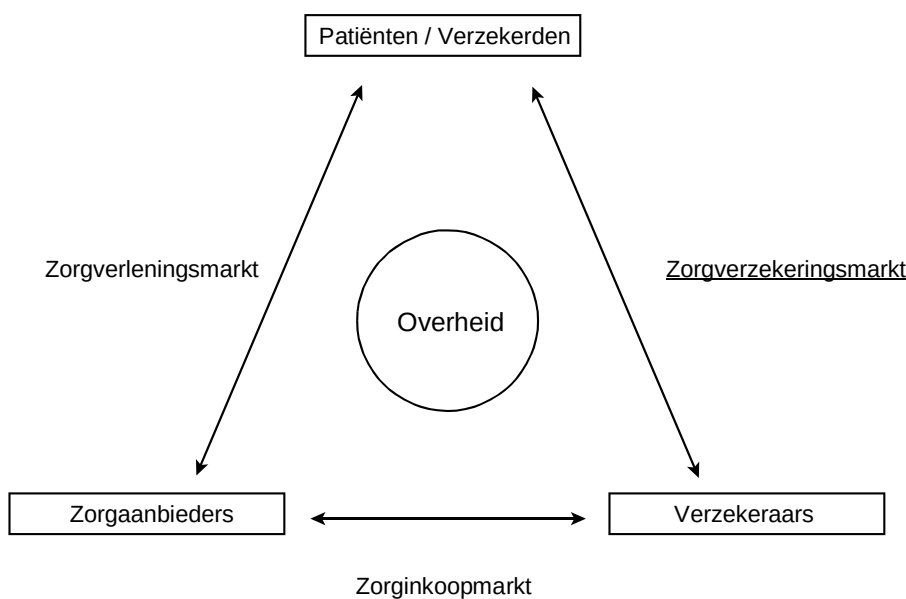
3 Marktbeschrijving van de zorgverzekeringsmarkt

Dit hoofdstuk geeft een korte beschrijving van de structuur van de Nederlandse gezondheidszorg en de verzekeringsmarkt waarbij zowel de ziekenfondsverzekering, de particuliere verzekering, als de aanvullende verzekeringen aan bod komen. Afsluitend wordt kort aandacht besteed aan het nieuwe stelsel.

3.1 De structuur van de Nederlandse gezondheidszorg.

Op de markt voor gezondheidszorg wordt gesproken van drie marktpartijen: de zorgaanbieder, de zorgvrager en de zorgverzekeraar (Lapré, Rutten en Schut, 1999). In de economische analyse van de gezondheidszorg is het gebruikelijk om verschillende deelmarkten en marktpartijen te onderscheiden. Figuur 3.1 illustreert dit.

Figuur 3.1 **Structuur Nederlandse gezondheidszorg**



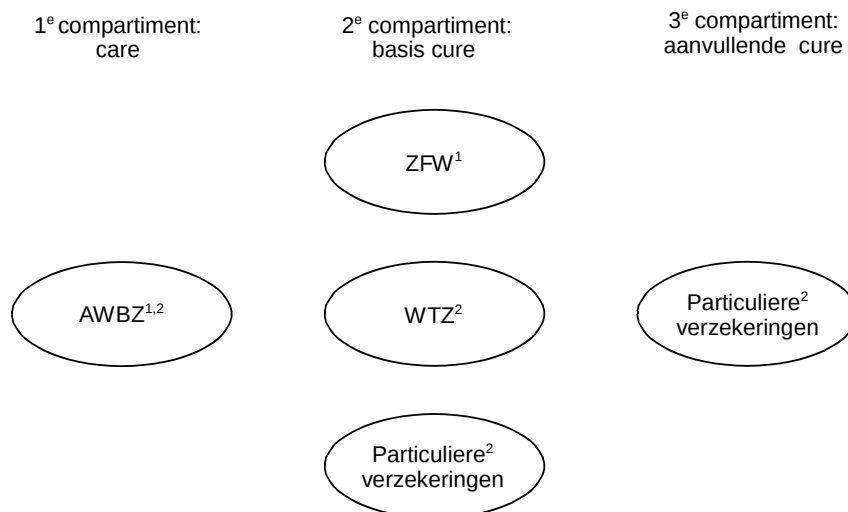
Bron: KPMG, 2002.

Dit onderzoek richt zich op de zorgverzekeringsmarkt. Een belangrijk kenmerk van deze markt is dat vaak sprake is van kennisasymmetrie tussen de verzekeraar en de verzekerde. De verzekerde heeft namelijk over het algemeen meer informatie over zijn gezondheidstoestand dan de zorgverzekeraar. En ander kenmerk van de zorgverzekeringsmarkt is de grote invloed van de overheid die van oudsher geldt. Vanaf de jaren tachtig doet zich echter een verschuiving voor in het voordien gangbare concept van vooral overheidssturing. Aansturing vanuit de markt,

ofwel concurrentie, wordt steeds belangrijker. Verzekeraars worden met kleine stappen steeds meer risicodragend gemaakt. Een belangrijk doel hiervan is het bevorderen van flexibiliteit, doelmatigheid, kostenbeheersing en keuzevrijheid in de zorg (Elsinga en Kemenade, 1997).

Het Nederlandse zorgverzekeringsstelsel kan worden omschreven als het ‘bismarck-type’ omdat de financiering en uitvoering van de gezondheidszorg verloopt via de sociale wetgeving (Maarse, 2002). Het systeem wordt uitgevoerd door wettelijk erkende private organisaties (de zorgverzekeraars) die met aanbieders van zorg afspraken maken over de te leveren zorg. Door het Kabinet Kok I is in 1995 een compartimentering van het verzekeringsstelsel ingevoerd (zie figuur 3.2 en kader). Hiermee wordt getracht een onderscheid te maken tussen noodzakelijke zorg (eerste en tweede compartiment) en niet-noodzakelijk geachte zorg, ondergebracht in de aanvullende verzekering (derde compartiment). Dit onderscheid werd destijds ingesteld in het kader van de toekomstige stelselwijziging gericht op het bevorderen van meer gereguleerde concurrentie. Dit onderzoek richt zich op het tweede en derde compartiment. Het eerste compartiment blijft buiten beschouwing. Aangezien het eerste compartiment vrij is van concurrentie tussen verzekeraars en verzekeraars geen risico lopen over de zorgkosten zijn de prikkels voor risicoselectie beduidend kleiner dan in het tweede en derde compartiment.

Figuur 3.2 Indeling in drie compartimenten



- 1: Uitgevoerd door ziekenfondsen
2: Uitgevoerd door particuliere verzekeraars

Bron: Westerhout, 1999.

Compartimentering van de Nederlandse gezondheidszorg

Eerste compartiment

- *Verplichte Volksverzekering* (AWBZ, 44,1% van de zorguitgaven)

Dit compartiment wordt gefinancierd via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. De AWBZ is een volksverzekering die de gehele bevolking verzekert tegen hoge, bijzondere ziektekosten. De AWBZ omvat ouderenzorg, gehandicaptenzorg, thuiszorg, geestelijke gezondheidszorg en een deel van de preventie. De uitvoering van de AWBZ is vrij van concurrentie tussen de zorgverzekeraars. De premiehoogte van de AWBZ is inkomensafhankelijk.

Tweede compartiment

- *Verplichte Ziekenfondsverzekering* (ZFW, 36,9 % van de zorguitgaven)
- *Vrijwillige privaatrechtelijk particuliere verzekering* (13,7% van de zorguitgaven)
- *Verplichte of vrijwillige publiekrechtelijke particuliere verzekering* (2,8% van de zorguitgaven).

Dit compartiment kent meerdere sturingsconcepten. Naast de overheid geven de verzekeraars sturing aan de zorg. Concurrentie tussen zorgverzekeraars onderling is mogelijk en wordt door de overheid gewenst geacht. De zorg in het tweede compartiment kan worden gekenmerkt als curatieve noodzakelijke zorg waartegen lagere inkomens zich verplicht dienen te verzekeren via de ziekenfondsverzekering (ZFW) en hogere inkomens zich vrijwillig kunnen verzekeren via een particuliere zorgverzekering. De zorgverzekeraars zijn in dit compartiment ook belast met de Wet Toegang Ziektekostenverzekering (WTZ). Via de WTZ worden verzekeraars verplicht particuliere verzekerden met een hoog ziekterisico te verzekeren.

Derde compartiment

- *Vrijwillige aanvullende verzekering* (2,4% van de zorguitgaven)

In de aanvullende verzekering is de zorg ondergebracht die niet via het eerste en tweede compartiment is verzekerd.

Bron: Lamers *et al.* (2003), Vektis (2003).

3.2 De particuliere ziektekostenverzekering

Ruim 35% van de Nederlanders is particulier verzekerd. De particuliere verzekeringsmarkt kent een heterogene structuur. Op deze markt worden alle soorten ziektekostenverzekeringen aangeboden behalve de ziekenfondsverzekering. Deze verzekeringen zijn: de maatschappijpolis, de WTZ-polis, de publiekrechtelijke verzekering, en de aanvullende ziektekostenpolis. Iemand met een inkomen boven een bepaalde inkomensgrens komt in Nederland niet in aanmerking voor een ziekenfondsverzekering en kan zich vrijwillig verzekeren bij een particuliere ziektekostenverzekeraar. Deze inkomensgrens is voor 2004 vastgesteld op 32.600 euro bruto-inkomen op jaarbasis (opgehaald op 26 november 2003 op www.verzekeringssite.nl). De particuliere zorgverzekeraar heft een nominale premie. De particuliere verzekeringsmarkt is in beginsel een vrije markt (Dute en Hermans, 2000). De premiehoogte is mede afhankelijk van

het individuele ziekterisico, leeftijd, gezinssamenstelling, regio¹, pakketsamenstelling² en het eigen risico. Deze factoren worden tevens gebruikt om de schadelastontwikkeling voor het nieuwe jaar te ramen. Daarnaast speelt de concurrentiepositie van de verzekeraar een rol. Voor de particuliere zorgverzekeraar is risicoselectie een gangbare strategie met als doel schadelastbeheersing (Ministerie van VWS, 2001). Verzekerden met een hoog risicoprofiel mogen worden geweigerd voor de individuele ziektekostenverzekeringsovereenkomst, ofwel de maatschappijpolis. In tegenstelling tot de ziekenfondsverzekeraars heeft de particuliere verzekeraar geen acceptatieplicht. Er is dus geen verplichting iedereen die dat wenst een maatschappijpolis aan te bieden. De particuliere zorgverzekeraar is daarnaast belast met de uitvoering van de Wet op de Toegang tot de Ziektekostenverzekering (WTZ). Deze wet is ingevoerd in 1986. Via de WTZ worden particuliere verzekeraars door de overheid in het huidige stelsel verplicht voormalig ziekenfondsverzekerden, bejaarden, studenten en personen met een hoog ziekterisico tegen een wettelijk vastgestelde nominale premie te verzekeren. Het pakket betreft ongeveer hetzelfde verstrekkingenpakket als de ziekenfondsverzekering. Deze polis wordt de standaardpakketpolis (SPP) genoemd. Tabel 3.1 en 3.2 bieden een overzicht van het aantal WTZ-verzekerden en het aantal particuliere verzekerden in Nederland. De particuliere verzekeraar loopt geen risico over de WTZ. De WTZ betreft een omslagregeling waarbij de verzekeraars de zogenaamde overschade van verzekerden kunnen 'poolen'. Particuliere verzekerden dragen verplicht bij aan de kosten van de WTZ (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 1998; Vektis, 2003).

Tabel 3.1 Aantal particulier verzekerden met een maatschappijpolis, eerste kwartaal 2003

Maatschappijpolis	Leeftijd	In duizenden
	20–	1.507.228
	20+	2.862.662
	65+	492.513
Totaal		4.862.403

¹ Delen van het land verschillen in hoogte van kosten; de Randstad is over het algemeen duurder dan noordelijke delen van Nederland.

² Een pakket met een uitgebreidere dekking heeft een hogere gemiddelde schade.

Tabel 3.2 Aantal WTZ-verzekerden, eerste kwartaal 2003

Wtz-polis	Leeftijd	In duizenden
Standaardpolis (SP ^a)	65–	3
	65+	15
Standaardpakketpolis (SPP ^b)	65–	58
	65+	461
Studentenstandaardpakketpolis (SSPP ^c)	20–	56
	20+	117
Totaal		710

^a Alleen voor personen die bij opheffing in 1986 vrijwillig ziekenfondsverzekerd waren. De polis wordt niet meer aangeboden.

^b Voor de aangewezen groepen geldt een acceptatieplicht.

^c Als de SPP maar geldt voor ontvangers van een studiebeurs.

Bron: Vektis (2003).

De publiekrechtelijke verzekering wordt ook tot de particuliere verzekering gerekend. Deze geldt voor verzekerden die vallen onder de zogenoemde ambtenarenregeling. Voor drie groepen ambtenaren geldt een verplichte verzekering, namelijk: de ambtenaren werkzaam bij gemeenten (Instituut Zorgverzekering Ambtenaren, IZA), provincies (Interprovinciale Ziektekostenregeling, IZR) en bij de politie (Dienst Geneeskundige Verzekering Politie, DGVP) (opgehaald op 12 november 2003 op www.zn.nl). Bijna 800.000 mensen in Nederland hebben een publiekrechtelijke verzekering. Deze publiekrechtelijke verzekering blijft in dit onderzoek verder buiten beschouwing.

Ongeveer 55% van de particulier verzekerden valt onder een collectief contract. Hierbij worden kortingen gegeven aan werkgevers als zij al hun personeel bij één zorgverzekeraar onderbrengen. De laatste jaren neemt het aantal collectieve contracten toe.

3.3 De ziekenfondsverzekering

Het doel van de Ziekenfondswet (ZFW), als verplichte werknemersverzekering, is het waarborgen voor de verzekerde van een doeltreffende geneeskundige verzorging en het garanderen van de financiële toegankelijkheid (Hoekman en Houkes, 2000; RVZ, 1998). Iedereen, behalve ambtenaren, komt in aanmerking voor de ZFW bij een inkomen beneden een bepaalde inkomensgrens. Dit geldt ook voor een groep zelfstandigen. Ongeveer 63% van de Nederlandse bevolking is ziekenfondsverzekerd. De premie bestaat uit een nominaal deel en een inkomensafhankelijk deel. De hoogte van de nominale premie wordt door de zorgverzekeraar zelf vastgesteld maar moet voor iedere verzekerde aangesloten bij dezelfde verzekeraar gelijk zijn. Het inkomensafhankelijke deel wordt vastgesteld door de overheid. De overheid bepaalt tevens het verstrekkingenpakket, ook wel het basispakket genoemd. De ziekenfondsverzekeraar mag in het huidige stelsel dus niet differentiëren in pakket of premie.

Bovendien heeft de ziekenfondsverzekeraar, in tegenstelling tot de particuliere verzekeraar, wel een acceptatieplicht. Elke verzekeringsvrager die zich aandient moet worden geaccepteerd. Er is sprake van een risicoverevening tussen de ziekenfondsen. Dit wordt het vereveningssysteem genoemd. Verevening houdt in dat de ziekenfondsen worden gecompenseerd voor een oververtegenwoordiging van hoge risico's in het verzekerdenbestand.

Ook in het ziekenfonds komen collectiviteiten voor. Ruim 11% van de ziekenfondsverzekerden had in 2003 een collectieve verzekering. Het aantal collectiviteiten is veel beperkter dan binnen de particuliere sector. Ook de voordelen zijn vaak veel beperkter. Dit komt omdat de meerwaarde van een collectiviteit binnen de ziekenfondsverzekering vaak alleen maar via de aanvullende verzekering wordt aangeboden (Vektis, 2003).

3.4 De aanvullende verzekering

De aanvullende verzekering wordt tevens aangeboden op de particuliere markt. Ruim 92% van de ziekenfondsverzekerden heeft een aanvullende polis (Vektis, 2003). De aanvullende polis is bij de particuliere verzekering meestal 'verweven' in de maatschappijpolis waardoor vaak niet duidelijk meer is wat het aanvullende deel betreft. De verzekeraar is niet verplicht iedereen te accepteren voor de aanvullende polis. Hier geldt dus ook geen acceptatieplicht. Des te uitgebreider het aanvullende pakket, des te strenger de verzekeraars selecteert op basis van individuele gezondheidstoestand. Bijna alle zorgverzekeraars eisen van de verzekerde dat de hoofdverzekering (ziekenfonds of particulier) wordt afgenomen bij dezelfde maatschappij om aanspraak te kunnen maken op de aanvullende verzekering.

Uit informatie van het Ministerie van VWS blijkt dat de overheid hier nauwelijks invloed op kan uitoefenen omdat het op grond van de Europese schaderichtlijnen niet toegestaan is om als overheid in te grijpen in de particuliere ziektekostenverzekering. Volgens de meeste verzekeraars zijn de voorwaarden van beide polissen op elkaar afgestemd.

Ten slotte neemt de rol van de aanvullende verzekering mogelijk in belang toe in het toekomstige stelsel. Zo heeft het kabinet op 1 januari 2004 het basispakket in het ziekenfonds verkleind. Het is nog maar de vraag of verzekerden zich kunnen herverzekeren voor alle vormen van zorg die uit het basispakket verdwijnen.

In het volgende kader staat een aantal voorbeelden uit verschillende polisvoorwaarden voor de particuliere en aanvullende verzekering.

Voorbeelden uit polisvoorwaarden maatschappijpolis en aanvullende verzekering

Een aanvullende verzekering kunt u alleen afsluiten met: A. Een hoofdverzekering bij....; B. een wettelijke verzekering bij ziekenfonds...

Bent u op de dag dat de verzekering ingaat 45 jaar of ouder dan betaalt u wel een toeslag op de basispremie.

Tandheelkundige zorg

Het recht op uitkering wordt van kracht na ontvangst van de Tandheelkundige Gezondheidsverklaring (TGV) voor elke verzekerde vanaf 9 jaar afzonderlijk en na acceptatie van dit risico door de maatschappij.

Bereiken 65-jarige leeftijd

De verzekering eindigt met ingang van de eerste maand waarin de verzekerde de 65-jarige leeftijd bereikt. Voor verzekerden woonachtig in Nederland zal aansluitend verzekering plaatsvinden krachtens de Standaardpakketpolis met inachtneming van de op grond van de Wet op de Toegang tot Ziektekostenverzekeringen (WTZ) voor die verzekering geldende regels, premie en voorwaarden. De verzekerde heeft het recht een bestaande aanvullende klassenverzekering naast de Standaardpakketpolis bij te verzekeren.

Het definitief vaststellen van de premie en de acceptatie is voorbehouden aan de maatschappij.

Voor de acceptatie van de verzekering is een volledig ingevuld aanvraagformulier inclusief gezondheidsverklaring nodig. De medische adviseur beoordeelt de gezondheidsverklaring. De acceptatie van de verzekering gebeurt na ontvangst van deze stukken.

Bron: verschillende polisvoorwaarden van zorgverzekeraars.

3.5 Het nieuwe stelsel

Met het nieuwe stelsel wordt het stelsel bedoeld wat beschreven wordt in het hoofdlijnenakkoord van het kabinet CDA, VVD en D66 van 16 mei 2003: 'Meedoen, meer werk, minder regels'. Hierin wordt geen onderscheid meer gemaakt tussen ziekenfondsverzekeringen en particuliere verzekeringen. Er is sprake van de invoering een algemeen geldende brede basisverzekering voor iedereen voor de curatieve zorg. De inhoud van deze brede basisverzekering wordt bepaald door de overheid en de verzekeraar mag geen premie- of pakketdifferentiatie toepassen op individuele kenmerken. Tevens heeft de verzekeraar een acceptatieplicht en mag dus verzekerden geen toegang weigeren tot de basisverzekering. Daarnaast zal de overheid aansturen op de bevordering van geregleerde concurrentie tussen zorgverzekeraars.

4 Theoretisch kader

Dit hoofdstuk beschrijft het theoretische kader van het onderzoek. Als eerste zal het begrip verzekeren aan bod komen. Vervolgens staan we stil bij het type organisatie van de zorgverzekeraar. Daarna komen de begrippen risicosolidariteit en risicoselectie en de verschillende vormen hiervan aan bod. Ten slotte worden deze begrippen geconcretiseerd in een aantal strategieën uit de literatuur welke verzekeraars mogelijk in Nederland en het buitenland hanteren met als doel risicoselectie. In de laatste paragraaf staat de situatie zoals die zich in Duitsland en Zwitserland heeft voorgedaan centraal.

4.1 Verzekeren

Verzekeren heeft te maken met het afkopen van onzekerheid. Het is een complex en dynamisch fenomeen omdat verzekeringen continu aan veranderingen onderhevig zijn. Posthuma (1985, pag. 36) hanteert de volgende definitie van een verzekering: “Een verzekering is het recht op een schadeloosstelling in het geval zich in de toekomst (gedurende de contractstermijn) een (tevorens omschreven) onzekere gebeurtenis zal voordoen. Voor een verzekering is de verzekerde (de vrager) bereid een prijs te betalen aan de verzekeraar (de aanbieder). De verzekeraar is voor deze prijs bereid de garantie tot schadeloosstelling aan de verzekerde te bieden. De feitelijk betaalde prijs van de verzekering is de premie.” Teeuwen (2000) omschrijft het begrip verzekeren als een zuiver kansspel. Het accepteren van een risico betekent voor de verzekeraar dat hij te maken krijgt met een kanstheoretische afwijking van het verwachte gemiddelde risico welke de risicopremie bepaalt.

De particuliere zorgverzekeraar biedt de verzekerde verschillende pakketopties ofwel maatschappijpolissen aan met bijbehorende premiehoogten. Uiteindelijk worden min of meer ‘homogene deelportefeuilles’, de verschillende maatschappijpolissen, gevormd waarbij verzekerden worden geclassificeerd naar combinaties van risicokenmerken. De World Health Organisation (WHO) omschrijft dit als het construeren van zogenaamde poolingarrangementen en formuleert dit als volgt (Smith en Witter, 2001, pag. 4): “The practice of bringing several risks together for insurances purposes in order to balance the consequences of the realization of each individual risk”. Voor een verzekeraar is het van belang een zo groot mogelijk verzekerdenbestand te creëren zodat individuele risico’s op een goede manier gespreid kunnen worden.

Adverse selection is een belangrijk begrip in de verzekeringstechnische theorie. Hiervan is sprake wanneer hoge risicogroepen een prikkel hebben een bredere voorziening te kiezen dan lage risicogroepen. Het gevolg is dat verzekerden zichzelf als het ware selecteren. Een

voorwaarde is dat de verzekerde over meer informatie beschikt dan de zorgverzekeraar. Wanneer de verzekeraar voor een polis slechts een gemiddelde premie vraagt, zullen bredere polissen meer hoge risico's aantrekken en smalle polissen meer lage risico's (CPB, 2003; Lapré *et al.*, 1999).

4.2 De verzekeraar

Het onderscheid tussen verschillende soorten verzekeringen komt terug in de organisatiekenmerken van de zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars zijn over het algemeen hybride organisaties. Hybride organisaties zijn organisaties met een dubbele identiteit omdat ze bestaan uit mengvormen van verschillende organisatiekenmerken (Mintzberg, 2000; Simon, 1999; Verhoef en Simon, 2001). Zorgverzekeraars hebben vaak kenmerken van taakorganisaties en marktorganisaties. Taakorganisaties richten zich over het algemeen meer op publieke doeleinden en marktorganisaties op private doeleinden. Deze verschillende doeleinden kunnen met elkaar op gespannen voet staan. Zorgverzekeraars zijn enerzijds beleidsuitvoerend bezig en dragen een collectieve verantwoordelijkheid en anderzijds zijn ze bewuste spelers op een in toenemende mate concurrerende markt. Particuliere verzekeraars gedragen zich meer als marktorganisaties en ziekenfondsen zijn eerder taakorganisaties, hoewel van de laatste in toenemende mate wordt verwacht dat ze steeds meer als marktorganisaties gaan opereren. Volgens Newhouse (1996) is de prikkel om te gaan selecteren sterker bij een marktorganisatie.

Tabel 4.1 Aantallen ziekenfondsen en particuliere zorgverzekeraars

	1990	1995	2000	2001	2002	2003
Ziekenfonds	37	27	27	25	25	22
Particulier	81	50	50	47	46	43
w.v. <i>privaatrechtelijk</i>	68	47	47	44	43	39
<i>publiekrechtelijk</i>	13	3	3	3	3	4
Totaal	118	77	77	72	71	69

In tabel 4.1 wordt het aantal zorgverzekeraars in Nederland weergegeven. In het huidige Nederlandse zorgstelsel zijn 69 maatschappijen actief wat betreft het aanbieden van een ziektekostenverzekering. Hiervan opereren er 43 op privaatrechtelijk basis. Er zijn 22 ziekenfondsen en 4 publiekrechtelijke zorgverzekeraars (Vektis, aug. 2003).

De meeste zorgverzekeraars bieden zowel een ziekenfonds als een particuliere polis aan, hoewel beide verzekeringssystemen in formeel opzicht gescheiden zijn. Beide verzekeringsvormen, het particuliere deel en het ziekenfondsdeel, zijn dan ondergebracht bij

verschillende rechtspersonen binnen één concern. Er moet een strikte scheiding bestaan van de administratieve systemen van beide rechtspersonen.

Verschillende maatschappijen zijn van oorsprong enkel aanbieders van ziekenfondsen en zijn pas later actief geworden op de particuliere markt. Andersom komt ook voor. Een aantal zorgverzekeraars is de afgelopen jaren met elkaar gefuseerd met als doel schaalvergroting ofwel uitbreiding van het werkgebied. Ook kan een zorgverzekeraar onderdeel zijn van een holding company waarin meerdere verzekeringsproducten worden aangeboden, zoals levensverzekeringen en schadeverzekeringen. Lamers *et al.* (2003) noemt een aantal kenmerken van Nederlandse zorgverzekeraars waaruit blijkt dat het onderscheid tussen particuliere en ziekenfondsverzekering voor de consument niet altijd even duidelijk is. Deze kenmerken staan beschreven in het volgende kader.

Ziekenfondsverzekeraars en particuliere verzekeraars

- werken vaak nauw samen binnen dezelfde holding company;
- worden beide aangestuurd door dezelfde bestuursleden;
- opereren vanuit hetzelfde kantoor;
- opereren vanuit dezelfde balie, internetsite van waaruit beide producten worden verkocht;
- voeren de financiële administratie gescheiden maar wel binnen dezelfde holding;
- verzenden de polisvoorwaarden in één document naar de verzekerde waardoor het onderscheid tussen particulier (aanvullend) en ziekenfonds niet herkenbaar is. Dat geldt meestal ook voor de facturen;
- werken met dezelfde verzekeringsagenten;
- adverteren onder een naam voor beide polissen.

Bron: Lamers *et al.* (2003).

4.3 Risicosolidariteit en risicoselectie

Risicosolidariteit is de solidariteit tussen hoge en lage individuele ziekterisico's (Maarse en Paulus, 2003; Van de Ven en Ellis, 2000). Deze vorm van solidariteit komt tot uitdrukking bij de ziekenfondsverzekering waar de premies onafhankelijk worden geheven van het individuele ziekterisico en door het feit dat hier een acceptatieplicht geldt. In de premiestelling wordt geen verschil gemaakt tussen ziek en gezond, jong en oud, man of vrouw, enzovoort.

Het solidariteitsprincipe neemt in de Nederlandse gezondheidszorg van oudsher een belangrijke plaats in. Maarse *et al.* (2003) omschrijft het begrip als een 'container concept'. In de literatuur is van een eenduidige betekenis van het begrip solidariteit geen sprake. Kirkels (1990) beschrijft solidariteit als een normatief begrip waarmee hij bedoelt dat het begrip maatstaven ter beoordeling van menselijke verhoudingen ten opzichte van elkaar en van deze verhoudingen belichamende patronen van samenleven formuleert. In een verzekeringsstelsel kan solidariteit op diverse manier vorm krijgen (Teeuwen, 2000). Naast risicosolidariteit is inkomenssolidariteit een belangrijke vorm. Risico- en inkomenssolidariteit zijn beide vormen van subsidiërende solidariteit (SER, 2000; Ter Meulen, Arts en Muffles, 2001; Vroonhof, Muijnk en Zwinkels, 2002). Bij risicosolidariteit betalen relatief gezonde personen een hogere premie dan ongezonde personen en bij inkomenssolidariteit betalen relatief rijkere personen een hogere premie dan relatief armere personen. Inkomenssolidariteit blijft in dit onderzoek buiten beschouwing.

De risicosolidariteit wordt ondermijnd wanneer verzekeraars er in slagen, op welke wijze dan ook, hoge risicogroepen uit te sluiten of af te stoten (Van de Ven en Ellis, 2000). Op dat moment is sprake van risicoselectie. Verzekeraars doen aan risicoselectie wanneer zij zich richten (of niet richten) op een bepaalde groep verzekerden omdat op deze groep relatief veel winst (of verlies) te behalen is, in vergelijking tot andere risicogroepen (CPB, 2003).

Junoy (1999); Maarse *et al.* (2003); Morone (2000); Newhouse (1996) beschrijven risicoselectie als een ongewenst neveneffect van het invoeren van meer gereguleerde concurrentie omdat risicoselectie een negatief effect heeft op risicosolidariteit. Risicoselectie is maatschappelijk ongewenst omdat het vooral de hoge risico's zoals ouderen en chronisch zieken treft. Daarnaast brengt risicoselectie maatschappelijk gezien alleen kosten met zich mee, immers iedereen dient verzekerd te zijn. Overigens dient hierbij wel opgemerkt te worden dat voor bepaalde groepen verzekerden risicoselectie helemaal geen ongunstig effect heeft. Dit geldt voor de lage risico's en de risico's die reeds in een verzekerdenbestand zitten. Volgens Light (1992) is risicoselectie immoreel omdat het negatieve consequenties heeft voor de lage sociale klasse, de oudere werknemers, mensen met een chronische aandoening en hoge risicogroepen

Het CPB (2003) beschrijft een aantal manieren waarop zowel ziekenfonds als particuliere verzekeraars op dit moment en in het nieuwe stelsel risicoselectie kunnen toepassen. Ook het zorgverzekeringssysteem van een land is bepalend voor de wijze waarop zorgverzekeraars risicoselectie toepassen. Van de Ven *et al.* (2002) en Van de Ven en Ellis (2000) beschrijven een aantal strategieën waarvan bekend is dat zorgverzekeraars in Duitsland en Zwitserland deze aanwenden met risicoselectie als doel. Deze komen in grote lijnen overeen met de strategieën die zorgverzekeraars in Amerika toepassen welke door Light (1992) beschreven worden. Deze strategieën of instrumenten houden over het algemeen minder rekening met de wensen van hoge risico's in de polis of dienen ter uitsluiting van hoge risico's. Daarnaast richten de strategieën zich ook op de wensen van de lage risicogroepen met als doel deze juist aan te trekken. In het volgende kader staan de belangrijkste strategieën uit de literatuur op een rijtje.

Selectiestrategieën in de literatuur

- 'Wegpesten van verzekerden' d.m.v. bekibbelen op kwaliteit en serviceverlening aan bepaalde groep verzekerden.
- Onvoldoende verlenen van service in verliesgevende regio's.
- Internetfondsen met als doel vooral goede risico's te benaderen.
- Verzekering koppelen aan andere verzekering (b.v. levensverzekeringen).
- Softwareprogramma's met als doel een inschatting te kunnen maken tussen hoge en lage risico's, b.v. als sprake is van telefonisch contact.
- Bonussen voor medewerkers bij werven van lage risico's en weren van hoge risico's.
- Vergoedingen van kosten buiten het algemene verstrekkingenpakket om bepaalde groepen te lokken.
- Premiedifferentiatie; afschrikken van hoge risicogroepen door hogere premie te vragen.
- Weglaten van vergoedingen voor bepaalde medicatie.
- Selectief contracteren van zorgaanbieders (b.v. psychologen die goed zijn aangeschreven niet contracteren of zorgaanbieders kiezen die moeilijk toegankelijk zijn of onbekend zijn).
- Selectie via de collectieve verzekeringen.
- Marketingstrategieën, zoals het bieden van een aantrekkelijk pakket voor lage risico's (b.v. lidmaatschap fitnessclub).
- Selectie via het aanvullende pakket.
- Alleen contracteren van zorgaanbieders in 'gezonde' gebieden/ regio's.
- Verzekeringsagenten proberen mensen met hoge risico's alternatieve aanbieders te laten kiezen.
- Weigeren, uitsluiten of weggooien van verzekerden.
- Het hanteren van wachttijden.
- Inspelen op adverse selection.
- Het buitensluiten of benadelen van bepaalde beroepsgroepen.
- Gedetailleerde, onduidelijke regels opstellen om claims rechtsgeldig te maken ('gotcha claims').

Bron: CPB (2003); Light (1992); Van de Ven *et al.* (2002); Van de Ven en Ellis (2000).

Een belangrijke nuancering hierbij is dat het nog maar de vraag is of verzekeraars sommige van de genoemde selectiestrategieën hanteren uit oogpunt van marketingstrategieën of puur aanwenden met als doel risicoselectie. De scheidslijn hiertussen is uiterst dun.

Risicoselectie kan plaatsvinden ‘aan, binnen en buiten de poort’. Van risicoselectie ‘aan de poort’ is sprake bij het actief weigeren van een aanvraag door de verzekeraar op basis van de individuele risico-informatie die de verzekeraar krijgt bij aanmelding. Een voorbeeld van risicoselectie ‘binnen de poort’ is het ‘wegpesten’ van verzekerden door te knibbelen op service en de kwaliteit van de zorg. Gericht adverteren en het koppelen van zorgverzekeringen aan andere verzekeringen, bijvoorbeeld levensverzekeringen, zijn voorbeelden van risicoselectie ‘buiten de poort’ (CPB, 2003).

Newhouse (1996) en Van de Ven en Ellis (2000) noemen risicoselectie ook wel cream skimming wanneer verzekeraars actief weigeren hoge risico’s te verzekeren en lage risico’s juist aan willen trekken. Daarnaast kunnen verzekeraars bewust inspelen op adverse selection wanneer zij weten welke verzekerden hoge of lage risico’s vormen. In deze situatie zijn (vooral particuliere) verzekeraars geneigd om het aanbod van verzekeringen zo te organiseren dat de dekking van een pakket enkel interessant is voor de lage risico’s. Het eruit ‘pikken’ van de lage risico’s wordt ook wel cherry-picking genoemd. De verzekeraar probeert zich op zodanige wijze te profileren teneinde lage risico’s naar zich toe te trekken (Buchner en Wasem, 2003).

4.4 Voorbeelden uit Duitsland en Zwitserland

Dat risicoselectie wel degelijk op een buitensporige manier kan worden toegepast ten gevolge van stelselherziening, blijkt uit voorbeelden uit Duitsland en Zwitserland.

In Duitsland heeft de introductie van marktwerking geleid tot belangrijke verschuivingen in de verzekeringsmarkt zoals een enorme fusiegolf tussen zorgverzekeraars en een forse toename van risicoselectie door zorgverzekeraars (Busse, 2000; Maarse, 2002). In de jaarverslagen van het Bundesversicherungsanstalt (BVA) en de Landesversicherungsamt van de deelstaat Nordrhein Westfalen (LVA NRW), de toezichthouders op de sociale ziektekostenverzekering, worden tal van voorbeelden gegeven van ongewenst gedrag van verzekeraars. Voorbeelden zijn: vergoedingen van kosten die niet tot het verstrekkingenpakket horen, vergoedingen van artsen die niet tot de sociale ziektekostenverzekering zijn toegelaten, contracteren van buitenlandse internet farmacie, restitutie van een deel van de premie aan de werkgever, misleidende reclame en informatievervalsing en vergoeding van zorg in het buitenland zonder goedkeuring.

In Zwitserland heeft de ziektekostenverzekering vanaf 1994 belangrijke hervormingen doorgemaakt door de invoering van een nieuwe wet, de zogeheten Krankenversicherungsgesetz (KVG). Het belangrijkste doel van deze wet was een dam op te werpen tegen het verdergaande proces van de 'Entsolidarisierung' dat reeds vele jaren aan de gang was. Hiermee wordt bedoeld dat een einde moest komen aan de verdere uitholling van de onderlinge solidariteit. De bedoeling van de KVG was dus juist niet het bevorderen van marktwerking maar het disciplineren ervan teneinde de solidariteit in de zorg te herstellen. De onbeheersbare concurrentieslag tussen zorgverzekeraars heeft geleid tot een forse mate van risicoselectie. Deze concurrentieslag was vooral gericht op goede risico's; de jonge gezonde mensen. Zij werden bijvoorbeeld door kleinere verzekeraars met lage premies weggelokt met als gevolg dat grotere maatschappijen met een grotere groep slechte risico's achterbleven. Oudere verzekerden zaten vast aan een eerder gesloten polis omdat wachttijden, uitsluitingsclausules en leeftijdsgrenzen tot de normale praktijk gingen behoren. Daarnaast werden er voor vrouwen hogere premies gevraagd dan voor mannen in verband met hogere kosten die vrouwen zouden maken (Maarse, 2002).

4.5 Resumé

In dit hoofdstuk zijn de belangrijkste begrippen uit de literatuur aan de orde geweest. Zowel de begrippen verzekeren als verzekeraars zijn aan bod gekomen waarbij aandacht is besteed aan de verschillende organisatietypen van de zorgverzekeraars. Vervolgens is toegewerkt naar een concretisering van het begrip risicoselectie. Daarbij zijn mogelijke selectiestrategieën besproken. Afsluitend is het nieuwe stelsel aan bod gekomen en zijn voorbeelden uit Duitsland en Zwitserland kort beschreven.

5 Resultaten

Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten. Deze zijn per deelvraag uitgewerkt. Per deelvraag is ingeleid met een korte beschrijving van de actuele kennis. Bij de uitwerking van de resultaten zijn verschillende quotes in tekstblokken verwerkt ter illustratie.

5.1 Deelvraag 1

Op welke wijze en in welke mate passen zorgverzekeraars in Nederland op dit moment risicoselectie toe in de particuliere verzekering.

5.1.1 Risicoselectie op de particuliere zorgverzekeringsmarkt.

Risicoselectie vindt plaats in de huidige particuliere verzekeringsmarkt (CPB, 2003). Voor de particuliere zorgverzekeraar is risicoselectie een gangbare concurrentiestrategie met als voornaamste doel kosten- of schadelastbeheersing (Ministerie van VWS, 2001). Verzekeraars proberen concurrentievoordeel te halen door de kosten te beperken en hun imago te verbeteren. Zowel het inspelen op adverse selection door het aanbieden van verschillende pakketopties met hoge premies voor slechte risico's, als cream skinning komen voor op de particuliere markt. Verzekeraars proberen de slechte risico's te weren of onder te brengen in de Wet op de Toegang tot de Ziektekostenverzekering (WTZ). Jongeren, alleenstaanden en zelfstandigen onder de vijftig ziet men als gunstige risico's. Ouderen, chronisch zieken en gezinnen met kinderen brengen juist kosten met zich mee. Voor verzekeraars die met tussenpersonen werken is het moeilijker risicoselectie toe te passen. Zij worden namelijk onder druk gezet door de tussenpersoon om mensen toch te accepteren (IOO, 2000). De particuliere verzekeraar mag in beginsel de polis niet opzeggen. Daarnaast kunnen onderhandelbare collectieve contracten leiden tot impliciete risicoselectie. Vermoedelijk zullen de ziektekosten en de premies bij een groep ambtenaren bijvoorbeeld lager worden geschat door een verzekeraar dan een groep mijnwerkers (Ministerie van VWS 2001). Binnen collectieven is er vaak sprake van risicosolidariteit. Bij ruim 90% van de collectieve contracten worden nieuwe werknemers zonder medische selectie geaccepteerd (Schut, 2000).

5.1.2 Resultaten

De meeste respondenten associëren risicoselectie direct met het gevoerde acceptatiebeleid van een zorgverzekeraar. Vrijwel alle zorgverzekeraars passen risicoselectie toe op de particuliere zorgverzekeringsmarkt. Dit vindt vooral plaats voor de particuliere maatschappijpolissen en in mindere mate voor de collectieve verzekeringen. Op het moment dat iemand een aanvraag doet voor een maatschappijpolis is het altijd gebruikelijk om eerst het individuele risico vast te stellen. Dit gebeurt door middel van het afnemen van een medische vragenlijst. Boven de 65

jaar krijgt iedere nieuwe verzekeringsvrager automatisch een standaardpakketpolis (SPP) aangeboden in plaats van een maatschappijpolis. Meestal ligt de grens echter al bij 55 jaar. Er zijn verschillende mogelijkheden wat betreft het al dan niet aanbieden van de SPP. Dit is afhankelijk van de herkomst van de verzekeringsvrager. De volgende twee voorbeelden zijn regelmatig genoemd:

De verzekerde moet het ziekenfonds verlaten omdat de inkomensgrens wordt overschreden. De verzekerde was voor die tijd verzekerd bij dezelfde of een andere maatschappij.

De verzekerde heeft op dit moment een maatschappijpolis bij een andere particuliere verzekeraar en wil graag overstappen van verzekeraar.

Volgens alle respondenten bieden de verzekeraars in het eerste voorbeeld een Standaardpakketpolis (SPP) aan wanneer uit medische selectie blijkt dat de verzekeringsvrager niet in aanmerking komt voor een maatschappijpolis omdat sprake is van een hoog risico. In het tweede voorbeeld mag de verzekeraar volgens een aantal respondenten geen SPP aanbieden wanneer sprake is van een hoog risico. Dit heeft mogelijk tot gevolg dat het voor de verzekeringsvrager bij weigering voor de maatschappijpolis onmogelijk is nog van polis te wisselen. Het actief weigeren van verzekerden is de meest extreme vorm van risicoselectie ‘aan de poort’.

Kinderen worden automatisch bijgeschreven op de polis van de ouders bij de geboorte. Meestal geldt als voorwaarde dat de aanvraag binnen twee maanden na de geboorte plaatsvindt. Wanneer ouders door de ziekenfondsgrens heen gaan, geldt voor de kinderen bij de meeste zorgverzekeraars hetzelfde beleid als voor volwassenen.

Mogelijk krijgen ernstig zieke kinderen ook een SPP aangeboden. Ze worden dus niet zonder meer geaccepteerd voor een maatschappijpolis. Eén respondent gaf aan dat zwangere vrouwen ‘vroeger’ automatisch in de WTZ belandden om de hoge kosten van een geboorte te kunnen afwenden. Volgens de respondent gebeurt dat nu niet meer.

Daarnaast gelden er leeftijdgebonden intredetoeslagen voor de maatschappijpolis op het moment dat iemand zich op latere leeftijd aanmeldt voor een maatschappijpolis. De gedachte hierachter is dat iemand die zich meldt op hogere leeftijd, meer risico met zich meebrengt. Hoe ouder, hoe hoger de intredetoeslag. Volgens één respondent is dit een ‘marktgewoonte’. Zorgverzekeraars hebben daarom onderling een solidariteitsprotocol voorgesteld waarin geprobeerd wordt deze zogenaamde marktgewoontes te doorbreken met als doel de risicosolidariteit te bevorderen. Dit moet leiden tot een toename van de mobiliteit van vooral oudere verzekerden. 95% Van de aangesloten zorgverzekeraars bij Zorgverzekeraars Nederland

en het Verbond van Verzekeraars (de Vereniging van de particuliere verzekeraars) heeft zich aan dit protocol willen verbinden. Drie belangrijke punten van deze code zijn: 1) geen intredetoeslagen meer; 2) de range binnen een maatschappijpolis tussen verschillende leeftijden mag niet te groot zijn en wordt verbonden aan een bepaalde premiebandbreedte; 3) de samenhang tussen collectiviteiten en de individuele maatschappijpolis moet worden verkleind, de premieverschillen mogen niet te groot zijn.

Dit solidariteitsprotocol is echter afgewezen door de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) omdat het vooral door de premiebandbreedte concurrentiebelemmerend zou werken (NMa, 2002). Vier respondenten verwijzen expliciet naar dit solidariteitsprotocol met de opmerking dat de particuliere zorgverzekeraars zelf geen onderlinge afspraken mogen maken over het bevorderen van de mobiliteit van oudere verzekerden en daarmee over de risicosolidariteit onderling.

Dat risicoselectie een negatief effect heeft op de onderlinge solidariteit beaamen negen respondenten. Toch noemen tien respondenten risicoselectie een inherent gegeven aan verzekeren. Een veel gehoorde uitspraak daarbij is dat ‘brandenden huizen’ niet te verzekeren zijn.

“Risicoselectie ligt voor ons heel gevoelig, maar kijk je naar de zuivere verzekeringstheorie dan is het gewoon een inherent gegeven.”

Volgens negen respondenten is schadelastbeheersing de belangrijkste reden voor risicoselectie. Van de particuliere verzekeraar wordt dit ook verwacht. Verzekeren is immers het creëren van gemiddelden waarbij de verzekeraar de functie heeft verschillende individuele risicoprofielen uit te sorteren over de diverse ‘poolingconstructies’ of pakketopties. Ook de toenemende onderlinge concurrentie en het winstmotief naast de verantwoording aan de aandeelhouders zijn belangrijke redenen voor risicoselectie. Daarnaast is volgens twee respondenten het waarborgen van de ‘interne solidariteit’ de voornaamste reden. Hiermee bedoelt men de bescherming van het reeds ‘zittende bestand’ tegen slechte risico’s die een negatief effect hebben op het gemiddelde risico in een ‘pool’ en daarmee op de premie.

Volgens vier van de twaalf respondenten leidt risicoselectie op dit moment in Nederland niet tot situaties waarin bepaalde individuen noodgedwongen onverzekerd blijven. In principe hoeft niemand onverzekerd rond te lopen. Dit is vooral te danken aan de WTZ en de acceptatieplicht in de ziekenfondswet.

Tabel 5.1 Selectiestrategieën genoemd door de respondenten

Strategie	Aantal malen expliciet genoemd
Selectieve marketing	11
Leeftijdsgelaten intredetoeslagen	3
Bieden van een slechte service	3
Premie- en pakketdifferentiatie	3
Selectieve mailing	5
Sluiten van kantoren in achterstandswijken	2
Selectief contracteren van aanbieders	2
Selectie via mogelijkheden ICT	4
Gimmick's (geschenken)	1
Selectie via de aanvullende verzekering	6
Hanteren van wachttijden	2
Instrueren van tussenpersonen	2
Uitkopen van verzekerden	1
Het heffen van regiotoeslagen	2

Wanneer gevraagd wordt naar concrete voorbeelden van risicoselectie noemt men een aantal selectiestrategieën welke indirect in verband staan met risicoselectie. Deze strategieën komen in grote lijnen overeen met de strategieën uit de literatuur en zijn in tabel 5.1 uiteengezet.

“Formeel blijf je wel binnen de marges van de wet, dus risicoselectie valt ook nooit uit te sluiten.”

Deze strategieën zijn door de respondenten genoemde voorbeelden van indirecte risicoselectie. Enkele respondenten geven aan dat ze sommige van de in tabel 5.1 genoemde strategieën zelf toepassen. Tien respondenten antwoorden dat ‘de concurrent’ mogelijk een aantal van de strategieën toepast, zoals selectieve marketing campagnes, leeftijdgebonden intredetoeslagen, premie- en pakketdifferentiatie, selectieve mailing, sluiten van kantoren in achterstandswijken, het weggeven van gimmick's, hanteren van wachttijden en het heffen van regiotoeslagen.

“Al die voorbeelden; het gebeurt gewoon en het mag ook. Maar het mag niet zover gaan dat verzekerden niet meer aan een verzekering komen en in die zin heb je dat met een standaardverzekering met een breed pakket goed geregeld.”

Niet elke respondent brengt de strategieën rechtstreeks in verband met risicoselectie. Twee respondenten vinden dat de indirecte strategieën enkel verband houden met het in stand houden en het creëren van een gezond verzekerdenbestand en niet met risicoselectie als doel op zich.

Daarentegen vinden zeven van de twaalf respondenten dat deze indirecte strategieën leiden tot risicoselectie en dat dit ook het doel is (zie tabel 5.2).

Tabel 5.2 Zijn deze indirecte strategieën ook een vorm van risicoselectie?			
	Ja	Nee	Antwoord onduidelijk
Totaal	7	2	3

Het zich richten op gunstige doelgroepen door middel van selectieve marketingstrategieën wordt over het algemeen niet gezien als een vorm van risicoselectie. Het is van belang een gezond verzekerdenbestand te behouden en uit te breiden naast de bescherming van het zittende bestand. Zeven zorgverzekeraars maken expliciet gebruik van selectieve marketingcampagnes in de vorm van reclamecampagnes waarbij zij zich richten op jonge, gezonde doelgroepen en zelfstandigen.

Het nut van selectieve marketingcampagnes wordt echter over het algemeen als zeer marginaal beschouwd en vooral gezien als enkel marketingstrategie met als voornaamste doel het bereiken en behouden van naamsbekendheid. Volgens één respondent speelt doelgroepenmarketing vooral bij de grotere maatschappijen nauwelijks een rol.

“Er is heel bewust afstand gedaan van bepaalde portefeuilles ten gunste van de kwaliteit van het bestand. Daarnaast richten we ons in onze marketingcampagnes op groepen waarvan we veronderstellen dat ze een zekere aanwas creëren die aantrekkelijk is, bijvoorbeeld jongeren en werkers uit het midden- en kleinbedrijf. Dit zijn de groepen die wij hebben gedefinieerd als welkome instroom om de portefeuille uit rendementsoptiek zo aantrekkelijk mogelijk te kunnen houden.”

Een manier om in te spelen op de vraag van de consument is door middel van het op de markt brengen van een nieuwe polis. Volgens de respondenten richten de zorgverzekeraars zich daarbij voornamelijk op de vraag van aantrekkelijke risicogroepen. De verzekeraar maakt min of meer gebruik van het fenomeen adverse selection om goede risico's te selecteren. Het is bekend dat lage risico's eerder van polis wisselen dan hoge risico's (Buchner en Wasem, 2003). Volgens de meeste respondenten spelen zorgverzekeraars hier bewust op in. Het bieden van slechte service is volgens vijf respondenten een 'non-item' omdat goede service over het algemeen wordt gezien als één van de belangrijkste concurrentiestrategieën. Het is erg belangrijk om een goede naam te waarborgen en een beschadiging van het imago is uit den boze. Dit wordt in een aantal gevallen geïllustreerd met behulp van termen refererend naar kritische consumentenprogramma's als 'Kassa', 'het Pieter-Storms-effect' en 'Ook dat nog'.

“Wij hebben bijvoorbeeld voor de periode van vijf jaar een polis open, deze sluiten we daarna en brengen een nieuw product op de markt met een nieuwe naam. De reeds bestaande polis wordt steeds ouder en nieuwe polissen hebben een gunstigere premie. Oudere polissen worden als het ware ‘sterfhuisconstructies’. Met de premie ga je zodoende sturen op welke klanten je nog wilt behouden en welke niet.”

Volgens één respondent vindt op dit moment veel meer een ‘strijd’ plaats om actief voor bepaalde doelgroepen zorg te gaan bemiddelen. Een voorbeeld hiervan is het opzetten van programma’s voor diabetici. Zorgverzekeraars zijn best bereid zich te richten op dergelijke doelgroepen maar dan moet een aantal voorwaarden ingevuld worden die vooral betrekking hebben op compensatie voor hoge risico’s in het verzekerdenbestand in de vorm van een bepaalde verevening (dit komt in paragraaf 5.5 aan bod). Bovendien is het volgens een andere respondent juist ongunstig om niet goed te zorgen voor ‘ongewenste doelgroepen’ aangezien je hiermee ook ‘gewenste’ doelgroepen afschrikt.

“De meeste zorgverzekeraars kunnen het zich niet permitteren om in een kwaad daglicht gesteld te worden. Negatieve publiciteit, bijvoorbeeld ten gevolge van risicoselectie, geeft zoveel reputatieschade.”

De respondenten zijn bijna allemaal van mening dat de concurrentie ten opzichte van elkaar de laatste jaren sterk is toegenomen. Dit is terug te vinden in de toename van het aantal reclamecampagnes en het actief werken aan het imago door zorgverzekeraars. Volgens een respondent is de marktpositie van de zorgverzekeraars van belang. Op het moment dat kleine maatschappijen groter worden door middel van beleid gericht op risicoselectie (waarbij goede risico’s stevast uit het bestand van grote maatschappijen worden ‘getrokken’), zal de grote maatschappij zeer waarschijnlijk ook zijn beleid wijzigen, aldus de respondent. Dit kan betekenen dat selectiestrategieën sterker worden ingezet om het eigen marktaandeel te beschermen.

“De zorgverzekeringsmarkt is een vechtmarkt geworden.”

Volgens negen respondenten is risicoselectie de afgelopen tien jaar toegenomen op de totale zorgverzekeringsmarkt (zie tabel 5.3). De versterking van de onderlinge concurrentie en de verandering in de verhouding tussen ziekenfonds en particulier zijn de belangrijkste argumenten hiervoor.

Tabel 5.3 Is risicoselectie op de zorgverzekeringsmarkt de afgelopen 10 jaar toe- dan wel afgenomen?

	Toegenomen	Afgenomen	Gelijk gebleven	Weet niet
Totaal	9	1	1	1

Hoeveel risicoselectie precies voorkomt op de particuliere verzekeringsmarkt is lastig inzichtelijk te maken. Hier is nauwelijks zicht op omdat een geweigerde verzekeringsvrager voor een maatschappijpolis vaak niet geregistreerd wordt. Zeker niet wanneer de verzekeraar werkt met tussenpersonen. Volgens één respondent treedt risicoselectie dan meestal al op bij de tussenpersoon aangezien deze het acceptatiebeleid van een verzekeraar kent. Dit is in tegenspraak met de bewering van het IOO (2002) dat tussenpersonen risicoselectie juist bemoeilijken. Twee respondenten vertellen dat risicoselectie veel meer voorkomt dan verzekeraars willen toegeven. Volgens drie respondenten komt risicoselectie voor in ongeveer 2% tot 4% van alle polisaanvragen, omdat de verzekeringsvrager de toegang tot de maatschappijpolis wordt ontzegd.

“Risicoselectie is eigenlijk alleen maar meer geworden. Dat is een uitvloeisel van de verscherpte concurrentie. Als je markten meer gaat segmenteren dan ga je ook als het ware steeds meer nieuwe gemiddelden maken en dan moet je zorgen dat je daarbij in de buurt blijft.”

Risicoselectie via het selectief contracteren van aanbieders is volgens de meeste respondenten geen optie aangezien sprake is van schaarste aan de kant van de aanbieders.

Wanneer het gaat om de toegang tot een collectiviteit dan is nauwelijks sprake van risicoselectie, aldus een aantal respondenten. Het kan voorkomen dat binnen een bepaalde collectiviteit verschillende pakketopties bestaan die niet voor elke werknemer toegankelijk zijn. Volgens één respondent komt dit bijna niet voor omdat dit zeer onwenselijk is. Dit komt overeen met de bewering hierover in de literatuur. Collectiviteiten kunnen wel aantrekkelijker zijn voor de verzekeraar maar het is moeilijk aanwijsbaar welke collectiviteiten gunstig zijn. Dit hoeft volgens de meeste respondenten ook niet direct gerelateerd te zijn aan de beroepsgroep of het beroepsrisico. Uiteindelijk wordt de premie toch gebaseerd op de gemiddelde schadelast van een collectiviteit. Eén respondent geeft echter aan dat de beroepsgroep er uiteindelijk wel toe doet tijdens de onderhandelingen over de voorwaarden van de collectiviteit.

“Het is natuurlijk wel zo dat als je een afvalverwerkingsbedrijf krijgt en een IT-bedrijf voor een verzoek voor een offerte, dat het IT-bedrijf een scherpere offerte krijgt.”

Ongunstige collectiviteiten krijgen te maken met een premieverhoging. Wanneer de werkgever hiermee niet akkoord gaat wordt de collectiviteit opnieuw 'in de markt gezet'. Met dit laatste bedoelt men dat de collectiviteit uiteindelijk in zijn geheel wordt opgezegd en dat de werkgever in de markt moet zoeken naar een andere verzekeraar, die wel bereid is om het collectief tegen een bepaalde prijs te verzekeren.

5.1.3 Conclusie

Risicoselectie is op de particuliere markt een inherent gegeven aan verzekeren. De belangrijkste reden om risicoselectie toe te passen is schadelastbeheersing. De meeste particuliere verzekeraars brengen risicoselectie direct in verband met het geldende acceptatiebeleid van een zorgverzekeraar en het selecteren van risico's 'aan de poort'. Dit gebeurt door middel van het afnemen van een medische vragenlijst. Geschat wordt dat ongeveer 2% tot 4% van de nieuwe aanvragen geweigerd wordt voor de maatschappijpolis. Tevens kan risicoselectie plaatsvinden binnen collectiviteiten.

Onder druk van de onderlinge concurrentie is risicoselectie de laatste tien jaar waarschijnlijk toegenomen op de particuliere markt. De meeste selectiestrategieën worden vooral toegeschreven aan de praktijken van de concurrent. Genoemde strategieën worden ook in de literatuur beschreven. De meeste zorgverzekeraars proberen door middel van marketingstrategieën een gunstig klantenbestand te creëren. Dit wordt door de meeste zorgverzekeraars niet rechtstreeks in verband gebracht met risicoselectie. Over het algemeen beschouwt men het nut van reclamecampagnes als zeer marginaal. Een goed imago is erg belangrijk voor de zorgverzekeraar. Schade hieraan ten gevolge van risicoselectie is uit den boze. Dit illustreert dat risicoselectie een beladen onderwerp betreft. Bovendien kan risicoselectie ook juist gunstig zijn voor een bepaalde groep verzekerden, namelijk voor het zittende bestand en voor goede risico's. Vanuit maatschappelijk perspectief is risicoselectie echter ongewenst omdat de hoge risico's doorgaans ouderen en chronisch zieken zijn. Voor deze groep kan het erg lastig zijn van polis te wisselen of überhaupt in aanmerking te komen voor een maatschappijpolis in plaats van een veel duurdere standaardpakketpolis. Hoewel risicoselectie door alle ondervraagde zorgverzekeraars wordt toegepast, beaamt 90% van de respondenten dat het voor een groep 'hoge risico's' moeilijk is te wisselen van zorgverzekeraars en dat dit als maatschappelijk ongewenst kan worden betiteld.

5.2 Deelvraag 2

Op welke wijze en in welke mate passen zorgverzekeraars in Nederland op dit moment risicoselectie toe in de ziekenfondsverzekering?

5.2.1 Risicoselectie op de ziekenfondsmarkt.

Op de ziekenfondsmarkt vindt aanzienlijk minder risicoselectie plaats dan op de private markt (CPB, 2003). Formeel is risicoselectie niet toegestaan op de ziekenfondsmarkt. Door de acceptatieplicht is het de ziekenfondsverzekeraar niet toegestaan verzekerden actief te weigeren. Harde empirische bewijzen zijn moeilijk te verkrijgen wanneer het gaat over het voorkomen van risicoselectie op de Nederlandse ziekenfondsmarkt. Bovendien is hier in de Nederlandse praktijk nauwelijks onderzoek naar verricht waardoor sprake is van gebrek aan kennis. Op dit moment zijn er geen duidelijke aanwijzingen dat risicoselectie structureel voorkomt op de Nederlandse ziekenfondsmarkt (Greß, Groenewegen en Kerssens, 2001). Toch bestaat er een sterk vermoeden dat risicoselectie op een subtiële manier wordt toegepast (Van de Ven *et al.*, 2002). Hoe hoger het financiële risico van de ziekenfondsen, hoe groter de prikkel voor risicoselectie (Greß, Okma en Hessel, 2001; Greß *et al.*, 2002). Het financiële risico van ziekenfondsen is de laatste jaren toegenomen, dankzij verbeteringen van het vereveningssysteem, van 3% in 1995 tot circa 50% in 2003.

5.2.2 Resultaten

Alle twaalf respondenten, op drie na, zijn van mening dat risicoselectie niet voorkomt op de ziekenfondsmarkt. Het belangrijkste argument hiervoor is dat risicoselectie niet rendabel is. Het is veel duurder om risico's te detecteren in plaats van ze gewoon aan te nemen. Ook hier is sprake van een rendementskwestie zoals op de particuliere markt.

De belangrijkste voorwaarde ter voorkoming van risicoselectie is het huidige vereveningssysteem en de acceptatieplicht. Alle respondenten noemen deze maatregelen expliciet. Door deze maatregelen hoeft risicoselectie ook niet plaats te vinden aldus de respondenten. Volgens de meeste respondenten zorgt de acceptatieplicht ervoor dat de ziekenfondsverzekeraar iedereen moet accepteren en daarom is risicoselectie niet mogelijk. Hierbij zijn echter wel een aantal kanttekeningen te plaatsen die blijken uit de volgende 'quotes' uit de interviews:

“Het is natuurlijk zo dat risicoselectie op de ziekenfondsmarkt niet toegestaan is, maar in de praktijk is dit zeer lastig te controleren. Daarnaast bestaan er allerlei middelen om dit te omzeilen.”

“Voor de ziekenfondswet is de aanleiding om te gaan selecteren wel toegenomen. Dat is vooral zichtbaar in het feit dat verzekeraars zich meer bewust zijn geworden van de samenstelling van hun verzekerdenbestand. Daarnaast is de verantwoordelijkheid toegenomen om zorg te regelen.”

“De acceptatieplicht is absoluut noodzakelijk om te voorkomen dat risicoselectie plaatsvindt.”

“Een goed vereveningssysteem is van groot belang; dat verkleint de aanleiding om te gaan selecteren.”

“Wat wel wordt geprobeerd is via marketing bepaalde doelgroepen aan te trekken; dit geldt ook voor de ziekenfondsmarkt. Dit is echter wel te verwaarlozen. Het is meer een imagokwestie.”

“Wanneer enkele verzekeraars beginnen met het selecteren van risico's en hieruit is veel voordeel te halen, zullen automatisch anderen volgen.”

Uit bovenstaande uitspraken blijkt dat alertheid en goede maatregelen onontbeerlijk zijn om risicoselectie te voorkomen op de ziekenfondsmarkt. Uit de eerste quote blijkt dat een aantal theoretische truc's, ofwel selectiestrategieën, bestaan die ook van toepassing kunnen zijn op de ziekenfondsmarkt, ondanks het feit dat de prikkels om te selecteren, vanwege het vereveningssysteem en de acceptatieplicht, gering zijn. Deze strategieën komen overeen met de indirecte strategieën welke zijn benoemd in paragraaf 5.1.2. In de context van de ziekenfondsmarkt worden door de respondenten vooral strategieën genoemd als; selectieve mailing, sluiten van kantoren in achterstandswijken, risicoselectie via de aanvullende verzekering en het verlenen van slechte service.

Drie van de twaalf respondenten beweren dat risicoselectie wel degelijk voorkomt op de ziekenfondsmarkt (zie tabel 5.4). Volgens twee van hen vindt risicoselectie vooral plaats over de boeg van de aanvullende verzekering met als primair doel iemand te weren voor een ziekenfondsverzekering. Door aanvragen te weigeren op de aanvullende verzekering wordt automatisch de weg naar de hoofdverzekering ontmoedigd omdat beide verzekeringen meestal gekoppeld zijn. De Consumentenbond is niet bekend met klachten over weigeringen primair voor het ziekenfonds maar wel met klachten over weigeringen voor de aanvullende verzekering. Hierdoor voelen mensen zich bijvoorbeeld geremd over te stappen naar een ander ziekenfonds. Hier wordt verder op ingegaan in paragraaf 5.3. Uit een peiling van het Consumentenpanel gezondheidszorg uitgevoerd door het Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL, 2003), blijkt tevens dat de aanvullende verzekering een belangrijke belemmering kan vormen voor mensen om over te stappen naar een ander ziekenfonds. Vooral het feit dat geen acceptatieplicht geldt voor een aanvullende verzekering speelt hierbij een belangrijke rol.

Tabel 5.4 Komt risicoselectie voor op de huidige ziekenfondsmarkt?

Respondent	Ja	Nee
Totaal	3	9

Eén respondent noemt expliciet dat sprake is van een toename van risicoselectie omdat ziekenfondsverzekeraars zich ook steeds bewuster zijn van de samenstelling van de markt en hun verzekerdenbestand door de bevordering van gereguleerde concurrentie op de markt. Daarnaast dragen ook ziekenfondsverzekeraars net als particuliere verzekeraars, steeds meer ondernemingsrisico waardoor het aantrekken van een gunstig klantenbestand aantrekkelijker wordt en stijgt de verantwoordelijkheid van ziekenfondsen om daadwerkelijk zorg te regelen; de zorgplicht.

Het blijft echter onduidelijk hoeveel risicoselectie voorkomt op de ziekenfondsmarkt. De respondenten kunnen hierover geen informatie verstrekken. Het is erg moeilijk precieze aantallen te verkrijgen, omdat niet geregistreerd wordt wanneer iemand geweigerd wordt. Zodoende worden concrete gevallen waarbij sprake is van risicoselectie niet inzichtelijk, aldus de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF).

5.2.3 Conclusie:

Mogelijk komt risicoselectie voor op de ziekenfondsmarkt. Het lijkt vooral te spelen bij de aanvullende verzekering, met als primair doel iemand te weren voor de hoofdverzekering. Daarnaast zijn ziekenfondsverzekeraars zich steeds bewuster van hun klantenbestand onder invloed van de toenemende concurrentie op de ziekenfondsmarkt en neemt de risicodragendheid van de ziekenfondsverzekeraar toe. Dit past in de theorie dat de prikkel voor risicoselectie toeneemt bij toenemende gereguleerde concurrentie op de ziekenfondsmarkt. Een aantal indirecte strategieën die momenteel vooral van toepassing zijn op de particuliere verzekeringsmarkt kunnen in toenemende mate interessant worden op de ziekenfondsmarkt. Ook stijgt de verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars om daadwerkelijk zorg te regelen. Dit leidt mogelijk ook tot een toename van risicoselectie.

5.3 Deelvraag 3

Op welke wijze en in welke mate passen zorgverzekeraars in Nederland risicoselectie toe in de aanvullende verzekering in het huidige en toekomstige stelsel?

5.3.1 Risicoselectie in de aanvullende ziektekostenverzekering

Het is enkel aan particuliere ziektekostenverzekeraars voorbehouden een aanvullende polis te bieden. De zorgverzekeraar is niet verplicht iedereen te accepteren voor de aanvullende polis. Uit een belronde gehouden door de unie KBO, de grootste seniorenorganisatie in Nederland, blijkt dat de acceptatie van nieuwkomende 65 plussers een probleem is in het huidige stelsel. 65 plussers worden door eenderde van de verzekeraars geweigerd voor de aanvullende polis of lopen eerder tegen allerlei vormen van pakketuitsluitingen aan. Hierdoor hebben 65 plussers een geringere mogelijkheid om te wisselen van particuliere zorgverzekeraar. In de toekomst neemt risicoselectie in de aanvullende polis mogelijk toe omdat de rol van de aanvullende verzekering steeds belangrijker wordt. Daarnaast is het onduidelijk in hoeverre de aanvullende verzekering ingezet wordt als instrument voor risicoselectie in de praktijk (Van de Ven *et al.* 2002). De gedachte hierachter is dat wanneer de verzekerde geweigerd wordt voor een aanvullende verzekering, hij waarschijnlijk ook de hoofdverzekering niet bij deze maatschappij zal afnemen ten gevolge van de zogenoemde ‘koppelverkoop’.

5.3.2 Resultaten

De respondenten zijn erg verdeeld over de vraag of de aanvullende verzekering in het huidige stelsel gehanteerd wordt als selectie-instrument (zie tabel 5.5). Hiermee wordt bedoeld of de aanvullende polis daadwerkelijk gebruikt wordt om een drempel op te werpen voor de hoofdpolis (zowel voor de ziekenfondspolis als particuliere hoofdpolis).

Tabel 5.5 Wordt de aanvullende verzekering in het huidige stelsel actief gehanteerd als selectie-instrument?

	Ja	nee
Totaal	7	5

Vijf respondenten vinden dat de aanvullende verzekering hierin op dit moment nauwelijks een rol speelt. Zeven respondenten denken dat de aanvullende verzekering op dit moment wel actief gebruikt wordt als selectie-instrument op de particuliere maatschappij- of ziekenfondspolis. Ook het NPCF is van mening dat de aanvullende polis actief gebruikt wordt om mensen uit te sluiten voor een hoofdpolis, of dit nu ziekenfonds of particulier is. Hoeveel dit precies voorkomt is echter niet duidelijk. Aangezien ruim 92% van de ziekenfondsverzekerden een aanvullende verzekering heeft, komt dit waarschijnlijk slechts beperkt voor, aldus de meeste

respondenten. Bovendien hanteren bijna alle zorgverzekeraars een wachttijd in plaats van uitsluiting wanneer een verzekerde zich later aanmeldt voor de aanvullende verzekering dan de hoofdverzekering. Met een wachttijd wordt bedoeld dat de verzekerde gedurende een bepaalde periode geen toegang krijgt tot de aanvullende verzekering en een aantal maanden moet wachten. Op deze wijze beschermt de verzekeraars zichzelf tegen opportunistisch gedrag van de verzekerde, waarmee bedoeld wordt dat de verzekerde pas een aanvullende polis aanvraagt op het moment dat hij één van de aanspraken nodig heeft.

“Het feit dat er geen acceptatieplicht geldt voor de aanvullende verzekering kan werken als een rem voor verzekerden over te stappen naar een andere verzekeraar. Je dient je eigenlijk eerst te melden bij de aanvullende verzekering om te kijken of je wordt geaccepteerd. Soms komen mensen hierbij in de problemen.”

De meeste respondenten (zie tabel 5.6) beamen dat het belang van de aanvullende verzekering toeneemt in het nieuwe stelsel en daarmee de kans op risicoselectie. Daarnaast wordt de aanvullende verzekering mogelijk in toenemende mate als selectie-instrument gebruikt met als doel mensen te weren uit de basisverzekering in het nieuwe stelsel.

Volgens de meeste respondenten is het nog maar de vraag of men zich kan herverzekeren voor alle vormen van zorg die uit het basispakket verdwijnen en is het eventueel in de toekomst mogelijk het eigen risico op de basisverzekering te herverzekeren in de aanvullende polis. Veel respondenten zijn hier intern mee bezig.

Tabel 5.6 Gaat de aanvullende verzekering bij invoering van de basisverzekering een grotere rol spelen als mogelijk selectie-instrument?			
Respondent	Nee	Ja	Onduidelijk antwoord
Totaal	1	9	2

Negen van de twaalf respondenten denken dat de risicoselectie in de aanvullende verzekering in de toekomst toeneemt. Afhankelijk van welke aanspraken uiteindelijk uit het basispakket verdwijnen, zal dit al dan niet een negatief effect hebben op de toegankelijkheid van zorg. Hierbij wordt expliciet gewezen op het feit dat sprake is van bepaalde politieke keuzes. Wanneer de politiek ervoor kiest om bepaalde vormen van zorg over te hevelen naar het derde compartiment, moet het ook daadwerkelijk overgelaten worden aan de vrije markt met alle consequenties van dien. Slechts één respondent is ervan overtuigd dat de aanvullende verzekering geen grotere rol krijgt als selectie-instrument aangezien hier op dit moment ook geen sprake van is.

De meeste respondenten willen het systeem van koppelverkoop tussen hoofdverzekering en aanvullende verzekering handhaven in het nieuwe stelsel terwijl de Consumentenbond al jaren pleit voor een ‘ontkoppeling’. Het belangrijkste argument van de verzekeraars hiervoor is dat de aanvullende verzekering voortbouwt op de voorwaarden van de hoofdpolis. De overheid zal weinig concrete middelen in handen hebben om dit tegen te gaan. Dit wordt bevestigd door het Ministerie van VWS waar deze vraag is neergelegd. De Consumentenbond denkt dat de koppeling een belemmering vormt voor verzekerden om over te stappen en dat dit probleem mogelijk toeneemt in het nieuwe stelsel wanneer de aanvullende polis in belang toeneemt. Verzekerden die echter gelijktijdig overstappen op de hoofd- en aanvullende polis zullen volgens de meeste respondenten minder snel tegen uitsluitingen aanlopen dan diegenen die zich later melden voor de aanvullende polis.

Daarnaast is een merendeel van de respondenten ervan overtuigd dat meer marktsegmentatie optreedt in het nieuwe stelsel onder druk van een toenemende concurrentie. Het nieuwe basispakket is in dat geval gewoon overal hetzelfde, maar het onderscheid wordt bepaald door het aanvullende pakket. De aanvullende verzekering wordt daarom een belangrijk instrument voor de zorgverzekeraar om zich te profileren.

Twee respondenten vinden deze segmentatie via het aanvullende pakket positief omdat de zorgverzekeraar meer mogelijkheden krijgt afspraken te maken over de te leveren zorg en waar deze zorg moet worden afgenomen.

“Naarmate pakketten verder worden verbijzonderd zal er strenger worden geselecteerd.”

Volgens één respondent vindt de spreiding van risico’s over een grotere groep plaats naarmate je grotere pakketten hebt. De premie wordt echter ook aanzienlijk hoger bij een oververtegenwoordiging van hoge risico’s omdat vooral de hoge risico’s een uitgebreid aanvullend pakket zullen kiezen. Dit proces wordt adverse selection genoemd. Het gevolg is dat sommigen zich niet meer kunnen verzekeren voor een bepaald pakket omdat de premie te hoog is. Het is dus belangrijk het rekenwerk goed te doen. Hoe dit er in de toekomst uit gaat zien is nog maar de vraag. Vanuit de optiek van de verzekeraar is het belangrijk om de pakketten op een zodanige manier samen te stellen dat ze voor een grote groep interessant zijn maar dus niet voor een te brede groep want dan wordt de doorsneepremie te hoog.

“Waar het op neer komt is dat de basisverzekering straks veel meer een onderdeel vormt van een variëteitenverzekering. Verzekeraars zullen zich gaan onderscheiden door slimme combinaties met de aanvullende verzekering. Over het algemeen geldt: hoe meer segmentatie, des te groter de kans op risicoselectie.”

Een andere respondent legt dit fenomeen op soortgelijke wijze uit en relateert dit direct aan de onderlinge solidariteit. De aanvullende verzekering is geen verplichte verzekering. De verzekerden die (duurdere) aanvullende pakketten kiezen gaan ‘tellen’ en afwegen. Daardoor verkleint de schaal waarop de aanvullende verzekering betrekking heeft wat als gevolg heeft dat de lasten per individu stijgen. Dat heeft als gevolg dat de hogere lasten worden neergelegd bij sociaal minder draagkrachtigen en hulpbehoevenden, voor zover ze überhaupt geaccepteerd worden. Dit heeft te maken met adverse selection omdat diegenen die uiteindelijk kiezen voor deze duurdere pakketten deze ook daadwerkelijk nodig hebben. Zo kan het in het nieuwe stelsel in toenemende mate voorkomen dat bepaalde groepen zoals ouderen en chronisch zieken zich niet aanvullend kunnen verzekeren wat een negatief effect heeft op de risicosolidariteit. Dit alles is wel afhankelijk van de mate waarin het basispakket uiteindelijk zal worden verkleind.

Een andere respondent vindt tevens dat er veel te gemakkelijk gedacht wordt over het overhevelen van zorg uit de hoofdpolis naar de aanvullende polis. Dit heeft heel vervelende consequenties voor een bepaalde groep in Nederland en is daarom maatschappelijk ongewenst omdat het de toegankelijkheid van zorg belemmert. Dit is een zorgelijke ontwikkeling.

De Consumentenbond beaamt dat het voorkomt dat verzekeringsvragers op dit moment worden geweigerd voor het aanvullende pakket. Dit geldt vooral voor de meer uitgebreide pakketten. Hoeveel klachten de Consumentenbond hierover binnenkrijgt is niet bekend. De redenen die zorgverzekeraars aanvoeren hebben vooral te maken met een uitgebreide ziektegeschiedenis van de verzekeringsvrager. De Consumentenbond voorziet wel problemen wat betreft de toegankelijkheid van zorg wanneer het aanvullende pakket in de toekomst een belangrijkere rol krijgt. Daarom pleit de Consumentenbond al jaren voor een ‘ontkoppeling’ van de basisverzekering en de aanvullende verzekering.

5.3.3 Conclusie

De aanvullende verzekering krijgt een grotere rol in het huidige en vooral in het nieuwe stelsel door de maatregelen die het huidige kabinet ter verkleining van het basispakket heeft uitgevoerd en misschien in de toekomst nog zal uitvoeren. Daarnaast wordt de aanvullende verzekering een belangrijk middel voor de zorgverzekeraar om zich mee te profileren op de markt. Het is immers de verzekering waarmee de verzekeraar zich kan onderscheiden. Daarnaast wordt de aanvullende verzekering tevens gebruikt als selectie-instrument voor de ziekenfondspolis. Volgens de meeste zorgverzekeraars komt dit echter zeer weinig voor. Bovendien werken de meeste zorgverzekeraars nu nog met wachttijden bij een beperkt aanvullend pakket en slechts met uitsluitingen bij een meer uitgebreid aanvullend pakket. De rol van de aanvullende verzekering mag echter in de toekomst niet worden onderschat. Bij invoering van een

basisverzekering zal op de aanvullende verzekering strenger worden geselecteerd en krijgt de aanvullende verzekering een grotere rol als selectie-instrument aangezien een acceptatieplicht gaat gelden voor de basisverzekering maar niet voor de aanvullende verzekering. Bovendien zullen grotere groepen verzekerden worden uitgesloten omdat de pakketten meer gedifferentieerd worden aangeboden. Hoe meer differentiatie, hoe strenger de selectie. Daardoor is de kans groot dat bepaalde groepen, waaronder vooral ouderen en chronisch zieken, in toenemende mate van bepaalde vormen van zorg uitgesloten blijven. Hoe groot dit probleem uiteindelijk wordt is afhankelijk van welke aanspraken uit het basispakket verdwijnen. De meeste zorgverzekeraars delen deze zorg aangezien het nog maar de vraag is of alle vormen van zorg herverzekerd zullen worden in de aanvullende verzekering en of hoge risico's nog toegang zullen krijgen.

5.4 Deelvraag 4

Hoe denken verzekeraars over een mogelijke toename van risicoselectie tengevolge van stelselherziening?

5.4.1 Risicoselectie in het toekomstige stelsel

De verwachting is dat de risicoselectie bij de stelselherziening in vergelijking met de huidige particuliere markt zal afnemen en in vergelijking met de huidige ziekenfondsmarkt zal toenemen (CPB, 2003). De reden hiervoor is dat de acceptatieplicht voor de basisverzekering voor iedereen gaat gelden. De literatuur beschrijft dat een toename van het aantal prikkels tot risicoselectie te verwachten valt. Zorgverzekeraars gaan in het nieuwe stelsel een groter bedrijfsrisico lopen en krijgen te maken met toenemende concurrentie. Het bevorderen van meer gereguleerde concurrentie leidt mogelijk tot een strenger selectiebeleid door zorgverzekeraars (Buchner en Wasem, 2003; Junoy, 1999; Lamers *et al.*, 2003; Van de Ven *et al.*, 2002). Zorgverzekeraars zullen meer prikkels ontvangen zich te profileren ten opzichte van elkaar. Wanneer één of meerdere zorgverzekeraars succesvol zijn in het toepassen van risicoselectie, zullen concurrenten ook aangespoord worden risicoselectie toe te passen. Een mogelijk gevolg is dat verzekerden met een verhoogd gezondheidsrisico liever 'buiten de poort' worden gehouden. Dit leidt tot een afname van de risicosolidariteit.

5.4.2 Resultaten

Alvorens in te gaan op risicoselectie in het nieuwe stelsel is allereerst aan bod gekomen wat de verschillende respondenten eigenlijk zelf vinden van de kabinetsplannen betreffende een nieuw zorgstelsel. Er wordt op verschillende wijze gedacht over de aangekondigde stelselherziening (zie tabel 5.7). Vooral de aanbieders van uitsluitend particuliere polissen behoren tot de groep tegenstanders. Ook de kleinere, meer regionaal werkende, zorgverzekeraars plaatsen vaker

kritische kanttekeningen bij de stelselherziening dan de grote zorgverzekeraars. Dit heeft waarschijnlijk te maken met het feit dat kleine zorgverzekeraars over het algemeen sterk regionaal vertegenwoordigd zijn en hierdoor een goede positie hebben op de regionale inkoopmarkt.

Tabel 5.7 Voor of tegenstander van stelselherziening

Respondent	Voorstander	Tegenstander	Onduidelijk
Totaal	7	3	2

De argumenten die de voor- en tegenstanders van stelselherziening in algemene zin noemen, zijn hieronder op een rijtje gezet. Diverse respondenten hanteren dezelfde argumenten.

Voorstanders:

Het huidige stelsel is verouderd en kent een onmogelijk sturingsconcept. Het is niet meer in zijn geheel te overzien en tevens slecht te beheersen.

De invoering van een vereenvoudigd stelsel maakt het mogelijk dat gemakkelijker gestuurd kan worden op de zorginkoopmarkt.

Het onderscheid tussen ziekenfonds en particulier zorgt nu voor veel administratieve rompslomp. Het nieuwe stelsel wordt dus eenvoudiger.

Het nieuwe stelsel wordt socialer omdat het onderscheid tussen ziekenfonds en particulier verdwijnt.

Tegenstanders:

Het publieke stelsel functioneert nu een beetje privaat en het private stelsel een beetje publiek. Deze ‘kruisbestuiving’ van stelsels is juist een sterk punt van het huidige systeem. Het huidige systeem kan dus beter gehandhaafd blijven want het is niet zo dat één van de twee stelsels goed of fout is.

Er zijn een aantal problemen in de gezondheidszorg en in het verzekeringsstelsel die moeten worden opgelost en dat lukt niet door middel van het invoeren van een nieuw stelsel. De enorme operatie die hieraan ten grondslag ligt is niet gericht op het oplossen van deze problemen.

De stelselherziening zal een enorme mate van bureaucratisering veroorzaken. Daar zijn klanten uiteindelijk niet mee gediend. Er wordt doorgeschoten in de regelgeving betreffende de basisverzekering en dat neemt teveel ondernemingsvrijheid weg. Zodoende wordt het tegenovergestelde bereikt van wat de politiek uiteindelijk wil bereiken. We krijgen straks namelijk een aantal hele dominante regiobepalende zorgverzekeraars.

Het beleid dat gericht is op het bevorderen van meer gereguleerde concurrentie maakt onze gezondheidszorg kapot. Hiermee wordt niet bevorderd dat er actief gedacht wordt in termen van doelmatigheid en kwaliteitsbewaking. Dat wordt te duur.

Op de vraag of de respondenten van mening zijn of het bevorderen van meer gereguleerde concurrentie in de zorg inderdaad meer prikkels geeft om risicoselectie toe te passen volgen uiteenlopende antwoorden (zie tabel 5.8).

Tabel 5.8 Wordt een toe- of afname verwacht van prikkels voor het toepassen van risicoselectie in de nieuwe basisverzekering ten opzichte van het huidige stelsel?				
Respondent	Toename	Afname	Blijft gelijk	Onduidelijk
Totaal	1	4	5	2

Slechts één respondent is van mening dat de aanleiding voor risicoselectie in het nieuwe stelsel groeit omdat sprake is van een toenemende doelgroepmarketing waarbij vooral doelgroepen met een hoog risico zullen worden genegeerd. Omdat in de basisverzekering zondermeer iedereen moet worden geaccepteerd zullen verzekeraars zelf op een meer creatieve wijze op voorhand gaan bepalen wie ze graag ‘aan de poort’ hebben. Risicoselectie wordt op een meer verborgen wijze toegepast omdat zorgverzekeraars meer in een spagaat dreigen te belanden tussen enerzijds meer ondernemingsvrijheid en anderzijds de beperkingen opgelegd door de overheid. Dit komt overeen met de veronderstellingen uit de literatuur dat risicoselectie en doelgroepmarketing toenemen bij het invoeren van meer gereguleerde concurrentie.

“Op het moment dat je overheidssturing meer gaat loslaten en vormen van marktwerking gaat introduceren gaat risicoselectie meer lonen. Dus wat betreft de toekomst: pas op voor die risicoselectie!”

Vier respondenten zijn van mening dat de risicoselectie in het toekomstige stelsel afneemt onder invloed van de acceptatieplicht voor iedereen en de verbetering van het vereveningssysteem. Daarnaast ontstaat een ‘systeem van pooling’ voor de gehele bevolking.

“Wanneer het onderscheid tussen ziekenfonds en particulier wordt opgeheven kun je gewoon een aantal dingen beredeneren: het ziekenfonds kent nu geen risicoselectie, de particuliere markt wel. Als je dat afzet tegen de acceptatieplicht en de risicoverevening naast het basispakket dan zal de risicoselectie in vergelijking met het huidige stelsel afnemen.”

Volgens tien respondenten is risicoselectie alleen te voorkomen door de invoering van een goed vereveningssysteem en een acceptatieplicht. Hierop wordt verder ingegaan in de volgende paragraaf. Vijf respondenten zien geen reden waarom risicoselectie in de basisverzekering zal toe- of afnemen ten opzichte van het huidige stelsel. Deze uitslag is hoogst opmerkelijk aangezien negen respondenten wel van mening zijn dat de afgelopen tien jaar wel degelijk een verscherping van de concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt is ontstaan en dat deze trend zich voortzet in het nieuwe stelsel. Bovendien zijn negen respondenten van mening dat tengevolge hiervan de risicoselectie de afgelopen jaren is toegenomen (zie paragraaf 5.1.2).

“Als het goed is moet risicoselectie in het nieuwe stelsel ook lastig gemaakt worden. Ik denk dat het niet veel gaat plaatsvinden in de basisverzekering maar net zoals in het huidige ziekenfonds.”

Volgens één respondent zou de toekomstige basisverzekering veel minder moeten vergoeden dan de huidige ziekenfondsdekking. De verzekeraar kan zich namelijk profileren via de aanvullende verzekering en dit komt de marktwerking ten goede. Wanneer in een dergelijk scenario enkele zorgverzekeraars een succesvol beleid voeren met behulp van risicoselectie dan zullen automatisch meer zorgverzekeraars volgen, aldus een aantal respondenten. Dit is in overeenstemming met wat in de literatuur beweerd wordt.

5.4.3 Conclusie

Over stelselherziening wordt zeer verschillend gedacht door verschillende typen zorgverzekeraars. Vooral de enkel particuliere zorgverzekeraars en de kleinere meer regionaal werkende zorgverzekeraar plaatsen hier kritische kanttekeningen bij. Het verschil tussen de meningen van een meer taak- of marktgerichte organisatie is hierbij opvallend.

Meer marktgerichte organisaties pleiten eerder tegen stelselherziening en tegen een brede basisverzekering. De bewering vanuit de theorie dat stelselherziening en de toename van gereguleerde concurrentie leidt tot meer risicoselectie in de basisverzekering wordt over het algemeen niet onderschreven en in enkele gevallen zelfs tegengesproken. Wèl vinden zorgverzekeraars over het algemeen dat risicoselectie de afgelopen tien jaar is toegenomen onder druk van de toenemende concurrentie. Daarnaast beamen zij dat, wanneer enkele zorgverzekeraars een succesvol beleid voeren waarvan risicoselectie een belangrijk onderdeel is, automatisch meer zorgverzekeraars zullen volgen.

5.5 Deelvraag 5

Hoe kijken zorgverzekeraars aan tegen de maatregelen ter voorkoming van risicoselectie in het huidige en toekomstige zorgstelsel?

5.5.1 De huidige en toekomstige maatregelen

De kans dat de zorgverzekeraar de neiging heeft om risicoselectie toe te passen wordt aanzienlijk verkleind wanneer sprake is van een goed vereveningssysteem (CPB, 2003; Van de Ven *et al.*, 2002). In Nederland is sprake van een risicoverevening tussen de ziekenfondsen. Verevening houdt in dat de ziekenfondsen worden gecompenseerd voor hoge risico's in het verzekerdenbestand. Dit is vooral van belang bij verscherping van de concurrentie wat de neiging om te gaan differentiëren in ziekterisico vergroot. Wanneer risico's onvoldoende worden gecompenseerd, geeft dit de zorgverzekeraars prikkels om risicoselectie toe te passen (Buchner en Wasem, 2003; Lapré *et al.*, 1999). Er zijn twee soorten van verevening: de betalingen vooraf (prospectieve verevening) en achteraf (retrospectief). Bij de prospectieve manier van verevening wordt van tevoren op basis van verschillende criteria het individuele budget van een ziekenfondsverzekeraar berekend. De geldende criteria hiervoor zijn leeftijd, geslacht, regio, rechtsgrond, farmaceutische kostengroepen en per juni 2004 ook diagnostische kostengroepen. De van tevoren voorspelbare kosten bepalen dus de hoogte van de normuitkering (CPB, 2003). Retrospectieve compenserende maatregelen, zoals nacalculatie, worden berekend door de verschillende resultaten van de afzonderlijke ziekenfondsen te vergelijken met een vooraf gesteld budget. Daarnaast bestaat er nog een vorm van Hoge Kosten Verevening (HKV). 90% van alle kosten boven de 7500 euro (bedrag voor 2003) kunnen door de zorgverzekeraar worden aangemeld voor de HKV-pool. In deze HKV-pool worden de kosten gelijkelijk omgeslagen over alle zorgverzekeraars.

Andere maatregelen betreffen de acceptatieplicht en het verbod op premie- en pakketdifferentiatie in het ziekenfonds. Daarnaast wordt door meerdere instanties toezicht gehouden. De belangrijkste toezichthouders zijn op dit moment: College Toezicht Zorgverzekeringen (CTZ) voor de uitvoering van de ziekenfondswet en de AWBZ, de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) en de Pensioen- en Verzekeringskamer (PVK). De laatste houdt toezicht op de particuliere ziektekostenverzekeraars.

5.5.2 Resultaten

Bijna alle respondenten benadrukken dat risicoselectie enkel kan worden voorkomen door een goed functionerend vereveningssysteem en een wettelijk verbod op risicoselectie. Daarnaast zijn bijna alle respondenten, op twee na, voorstander van de invoering van de acceptatieplicht voor de basisverzekering. De rol van de overheid blijft vooral ervoor te zorgen dat geen prikkels ontstaan voor risicoselectie. De belangrijkste maatregelen staan in onderstaande tabel.

Tabel 5.9 **Belangrijkste maatregelen**

Maatregel	Aantal keren benoemd
Wettelijk verbod op risicoselectie	2
Adequaat risicovereveningssysteem	10
Acceptatieplicht	7
Toezicht op risicoselectie	7

De eerst genoemde maatregel, een wettelijk verbod op risicoselectie, behoeft weinig toelichting. Deze maatregel is opvallend weinig genoemd omdat men deze maatregel waarschijnlijk als vanzelfsprekend ziet. Opvallend is dat twee respondenten van mening zijn dat het wettelijke verbod op risicoselectie juist ongewenst is omdat het een belemmering vormt voor de ondernemingsvrijheid van zorgverzekeraars.

“Het is in Nederland absoluut niet vanzelfsprekend dat mensen ongeacht hun risicoprofiel worden geaccepteerd. Daarom vind ik dat het absoluut een basisvereiste moet zijn, als je een basisverzekering wilt invoeren, dat je daar een formeel en wettelijk verbod op risicoselectie op toepast en dat dit uiteraard gepaard gaat met een vorm van verevening.”

De tweede maatregel, een adequaat functionerend vereveningssysteem, is door bijna alle respondenten benoemd als dé kritische succesfactor voor het tegengaan van risicoselectie. Des te beter dit systeem werkt, des te kleiner de neiging om te selecteren. Met een goed vereveningssysteem kun je als overheid beïnvloeden wat goede en slechte risico's zijn. “Daar kun je als het ware mee spelen.” In wezen kunnen goede risico's slecht gemaakt worden en slechte risico's goed. Het budgetmodel zal echter nooit op de cent nauwkeurig voor alle risico's effectief corrigeren. Des te kleiner de organisatie, des te meer last de organisatie hiervan heeft. Toch blijkt uit de antwoorden van de kleinere maatschappijen dat zij zich niet specifiek meer genooddaakt voelen risicoselectie toe te passen in het huidige en toekomstige stelsel. Wel benadrukken zij dat verbeteringen nodig zijn aan het huidige vereveningssysteem. Vijf respondenten vinden dat het huidige systeem verbeterd moet worden. Drie van deze vijf respondenten vinden dat de verevening op basis van de regionale kenmerken verbeterd moet worden. Twee van deze drie respondenten zijn kleine regionale verzekeraars. Vooral de compensatie voor de grote stad schiet tekort.

Het vereveningssysteem kan altijd meer verfijnd en verbeterd worden. Het te ver doorvoeren van een adequaat vereveningssysteem kan echter in conflict komen met een andere doelstelling, namelijk het verbeteren van doelmatigheidsprikkels. Dit wordt door drie respondenten expliciet uitgesproken waaronder voornamelijk de particuliere zorgverzekeraars.

“Zolang je poolingsystemen hebt, zul je de discussie hebben hoe middelen moeten worden verdeeld.”

Het invoeren van een acceptatieplicht is de tweede kritische succesfactor om risicoselectie te voorkomen. Meerdere respondenten beschouwen deze maatregel waarschijnlijk ook als vanzelfsprekend aangezien deze slechts zeven maal expliciet is genoemd. Volgens twee respondenten is de acceptatieplicht juist ongewenst aangezien het tevens een inkrimping van de ondernemingsvrijheid van de zorgverzekeraar veroorzaakt.

“Verzekeraars zouden een stil beleid kunnen voeren om toch risicoselectie toe te passen. Tja, als zorgverzekeraars meer ondernemingsvrijheid krijgen zijn dit soort slinkse truc's minder nodig.”

Daarnaast geven twee respondenten een voorbeeld van een mogelijk ongewenste neveneffect van de acceptatieplicht. Wanneer een zorgverzekeraar van mening is dat een verzekerde ongewenst is, kan deze de verzekerde door middel van een afkoopregeling proberen naar een andere verzekeraar te laten gaan. De andere verzekeraar is verplicht deze verzekeringsvrager te accepteren. Zo leidt in dit voorbeeld de acceptatieplicht in wezen tot een bepaalde vorm van risicoselectie.

Toezicht op risicoselectie is volgens het merendeel van de respondenten een lastig onderwerp. Volgens vier respondenten mag toezicht niet al te zeer op de voorgrond treden aangezien toezicht ook in toenemende mate bureaucratie met zich meebrengt. De markt kan zelf het beste toezicht houden, met andere woorden; het overheidstoezicht moet tot het minimum worden beperkt. De zorgverzekeringsmarkt kan zichzelf best reguleren wanneer zorgverzekeraars transparant en betrouwbaar werken. Wanneer namelijk bekend wordt dat een zorgverzekeraar bewust slechte risico's uitsluit zal er grote imagoschade optreden.

“Een toename van risicoselectie is zeker voorstelbaar, vandaar mijn pleidooi om patiëntenorganisaties te voorzien van machtsmiddelen om toezicht te houden op de truc's die zorgverzekeraars hanteren. Houd er nou toezicht op en bind iedereen aan de schandpaal die daar wel aan doet.”

Zeven respondenten vinden goed toezicht wel wenselijk. Verschillende toezichtorganen zijn daarvoor geschikt. Genoemd zijn: de patiëntenorganisaties en de Consumentenbond, de huidige toezichthouders: het CTZ, de PVK en de NMa.

Het antwoord is vooral afhankelijk van het type organisatie en de huidige toezichthouder waarmee de respondent op dit moment te maken heeft. Alle respondenten vinden dat het toezicht door slechts één instantie moet worden gedaan en dat daarbij onnodige bureaucratisering moet worden voorkomen. Daarnaast twijfelt men of op risicoselectie wel op een adequate wijze toezicht kan worden gehouden aangezien het lastig te controleren is.

5.5.3 Conclusie

Om risicoselectie te voorkomen is een aantal maatregelen noodzakelijk. De acceptatieplicht, een wettelijk verbod op risicoselectie en een goed vereveningssysteem worden het meest genoemd door verzekeraars. Aan het huidige vereveningssysteem kan echter nog wel wat verbeterd worden. Vooral regionale kenmerken, zoals de kenmerken van een grote stad, worden onvoldoende gecompenseerd. Zorgverzekeraars zijn daarnaast over het algemeen wel voorstander van toezicht. Daarbij is het van belang dat dit door één organisatie gebeurt. Er is geen eenduidige voorkeur voor wie dat het beste kan doen. Ook zeggen zorgverzekeraars dat het lastig is om toezicht te houden op risicoselectie. Mogelijk ligt hier een belangrijke taak voor de NPCF en de Consumentenbond.

6 Conclusie

Op welke wijze en in welke mate passen zorgverzekeraars in Nederland risicoselectie toe in het huidige zorgstelsel en hoe denken zorgverzekeraars over een mogelijke toename van prikkels in het toekomstige zorgstelsel?

Risicoselectie is op de particuliere markt een inherent gegeven aan verzekeren. Elke particuliere zorgverzekeraar past risicoselectie toe met als voornaamste doel schadelastbeheersing. Geschat wordt dat ongeveer 2%-4% van de nieuwe aanvragen wordt geweigerd voor een maatschappijpolis. In overeenstemming met de beweringen in de literatuur is onder druk van de toenemende onderlinge concurrentie risicoselectie de laatste tien jaar toegenomen op de particuliere markt en mogelijk ook op de ziekenfondsmarkt. Wat betreft de ziekenfondsmarkt blijft het onduidelijk of risicoselectie voorkomt. Vermoedelijk vindt risicoselectie plaats op beperkte schaal over de boeg van de aanvullende verzekering met als primair doel iemand te weren uit het ziekenfonds. Daarnaast richten ziekenfondsverzekeraars zich ook in toenemende mate op gunstige risicogroepen, zoals jongeren en zelfstandigen in hun marketingcampagnes.

Ieder interview levert concrete voorbeelden op van selectiestrategieën. Voorbeelden hiervan zijn: selectieve marketing campagnes, leeftijdgebonden intredetoeslagen, premie- en pakketdifferentiatie, selectieve mailing, sluiten van kantoren in achterstandwijken, het weggeven van gimmick's, selectie via de aanvullende verzekering, hanteren van wachttijden en het heffen van regiotoeslagen. Naast het feit dat zorgverzekeraars soms zeggen zelf bepaalde strategieën toe te passen, worden de meeste selectiestrategieën vooral toegeschreven aan de praktijken van de concurrent. Over het algemeen wordt het nut van reclamecampagnes als zeer marginaal beschouwd en niet direct gerelateerd aan een vorm van risicoselectie. Selectieve marketingcampagnes worden meestal gezien als een marketingstrategie met als voornaamste doel het bereiken en behouden van naamsbekendheid. Een goed imago is de laatste jaren steeds belangrijker voor de zorgverzekeraar en imagoschade ten gevolge van risicoselectie is uit den boze.

De aanvullende verzekering wordt in het nieuwe stelsel een steeds belangrijker middel voor de zorgverzekeraar om zich mee te profileren op de concurrerende markt. Daarnaast wordt de aanvullende verzekering in het huidige stelsel wel gebruikt als selectie-instrument op de ziekenfondsverzekering. Waarschijnlijk komt dit slechts zeer weinig voor. Bovendien werken de meeste zorgverzekeraars nu nog met wachttijden bij een beperkt aanvullend pakket en met uitsluitingen bij een meer uitgebreid aanvullend pakket. De rol van de aanvullende verzekering mag echter in de toekomst niet worden onderschat. Naar verwachting zullen grotere groepen verzekerden in het nieuwe stelsel worden uitgesloten omdat de pakketten meer gedifferentieerd

worden aangeboden. Hoe meer differentiatie, hoe strenger de selectie. Daardoor is de kans groot dat bepaalde groepen, waaronder vooral ouderen en chronisch zieken, van bepaalde vormen van zorg uitgesloten blijven. Hoe groot dit probleem wordt is afhankelijk van welke aanspraken uiteindelijk uit het basispakket verdwijnen. Het is dus belangrijk in welke mate de overheid pakketbepaling als instrument zal gebruiken om de collectief gefinancierde macrokosten te beheersen. Mogelijk komt de risicosolidariteit in het nieuwe stelsel sterker onder druk te staan vooral door de toename van risicoselectie in de aanvullende verzekering.

Over stelselherziening wordt op zeer verschillende wijze gedacht door verschillende typen zorgverzekeraars. Vooral de enkel particuliere zorgverzekeraars en de kleine meer regionaal werkende zorgverzekeraars plaatsen hier vaker kritische kanttekeningen bij. De bewering vanuit de theorie dat stelselherziening, en daarmee de toename van meer gereguleerde concurrentie, leidt tot meer risicoselectie wordt over het algemeen niet onderschreven en in enkele gevallen zelfs tegengesproken. Wèl vinden zorgverzekeraars dat risicoselectie op de zorgverzekeringsmarkt de afgelopen tien jaar is toegenomen onder druk van de toenemende concurrentie. Bovendien denken de meeste zorgverzekeraars dat, wanneer enkele zorgverzekeraars in het toekomstige stelsel een succesvol beleid voeren waarvan risicoselectie een belangrijk onderdeel is, dat dan automatisch meer zorgverzekeraars zullen volgen.

Om risicoselectie te voorkomen is een aantal maatregelen noodzakelijk. De acceptatieplicht, een wettelijk verbod op risicoselectie, een goed vereveningssysteem en toezicht op risicoselectie worden door verzekeraars het meeste genoemd. Aan een goed vereveningssysteem en een wettelijke acceptatieplicht wordt de meeste waarde gehecht. Het huidige vereveningssysteem kan echter nog wel wat verbeterd worden volgens een aantal zorgverzekeraars.

7 Discussie

Deze discussie beschrijft tot slot nog een aantal aandachtspunten uit het onderzoek. Met deze kanttekeningen moet rekening worden gehouden bij de eindconclusies.

Allereerst is het van belang nogmaals te benadrukken dat risicoselectie op de zorgverzekeringsmarkt een beladen en daarom moeilijk te onderzoeken onderwerp is. Illustratief hiervoor is dat meerdere respondenten uit angst voor reputatieschade expliciet hebben gevraagd de gegevens op een integere wijze te behandelen en uit te leggen. Het is hierdoor tevens voorstelbaar dat de verkregen antwoorden een sociaal wenselijk karakter hebben. Het is van belang hier rekening mee te houden tijdens de interpretatie van de data. Vanuit het perspectief van bepaalde groepen verzekerden kan risicoselectie ook juist gunstig zijn, namelijk het zittende bestand en voor goede risico's.

Ondanks dat dit onderzoek een momentopname is, geeft het een indicatie van de stand van zaken wat betreft het voorkomen van risicoselectie in het huidige en toekomstige zorgstelsel. Het type organisatie van de zorgverzekeraar is van belang. Opvallend is dat meer taakgerichte organisaties, de ziekenfondsen, over het algemeen meer voorstander zijn van stelselherziening en risicoselectie eerder als maatschappelijk ongewenst betitelen. Meer marktgerichte organisaties zijn, mogelijk uit bedrijfseconomische redenen, over het algemeen eerder tegenstander van de stelselherziening en pleiten eerder tegen het invoeren van de acceptatieplicht en het verbod op risicoselectie. Dit kan meer ondernemingsvrijheid in het nieuwe stelsel garanderen.

Daarnaast lijkt de omvang van de organisatie, de concurrentiepositie en het feit of een organisatie al dan niet een sterk regionaal karakter heeft, van invloed op de resultaten. Kleine sterk regionaal gebonden zorgverzekeraars lijken sterker voorstander van het behoud van een regionaal werkgebied omdat dit een sterkere positie geeft op de zorginkoopmarkt. Dit komt volgens hen ten goede aan de kwaliteit van zorg. Overigens is bijna geen enkele zorgverzekeraar van mening dat het voor elke zorgverzekeraar mogelijk is om een landelijk werkgebied te creëren. Dit heeft te maken met het feit dat de meeste zorgverzekeraars van oorsprong een sterk regionaal karakter hebben.

De grotere zorgverzekeraars zitten wat betreft het geven van de antwoorden meer op één lijn. Mogelijk hebben de grotere zorgverzekeraars voldoende draagvlak en een betere concurrentiepositie ten opzichte van de kleinere maatschappijen waardoor risicoselectie een minder interessante strategie is in het kader van schadelastbeheersing of concurrentie. Kleinere

maatschappijen lijken kritischer te staan ten opzichte van allerlei wijzigingen in het zorgverzekeringsstelsel.

Wat betreft het toekomstige stelsel zijn de antwoorden speculatief. De vragen gaan in principe over een stelsel dat nog niet bestaat. Het is onduidelijk welke aanspraken in de toekomst uiteindelijk definitief uit het basispakket gaan verdwijnen en of dit voor alle doelgroepen gaat gelden. De mate waarin risicoselectie en daarmee de ondermijning van de risicosolidariteit in het nieuwe stelsel een probleem vormt is hiervan afhankelijk.

Hoe meer aanspraken uit het basispakket verdwijnen en worden overgedaan naar het aanvullende pakket, hoe kleiner de toegankelijkheid van zorg wordt voor bepaalde groepen. Ook de prijs van de aanvullende verzekering bepaalt de toegankelijkheid van zorg. Het is niet vanzelfsprekend dat iedereen die zorg nodig heeft deze in de toekomst ook daadwerkelijk kan betalen. Vaak kiezen hoge risico's voor een aanvullend pakket als ze al toegelaten worden. Dit kan invloed hebben op de uiteindelijke premie en daarmee op de toegankelijkheid van het pakket. Het is van belang hier in het toekomstige stelsel oog voor te blijven houden wil de risicosolidariteit in het nieuwe stelsel gewaarborgd blijven.

8 Literatuurlijst

Buchner, F. en J. Wasem (2003), Needs for further improvement: risk adjustment in the German Health Insurance System, *Health Policy*, 65(1), 21-35.

Busse, R. (2000), The Health Care System in Transition profile on Germany. European Observatory on Health Care Systems. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, Opgehaald op 15 december 2001 van: www.observatory.dk.

CPB (2002), *Concurrentie in zorg*, CPB Document 23, Den Haag.

CPB (2003), *Zorg voor concurrentie, een analyse van het nieuwe zorgstelsel*, CPB Document 28, Den Haag.

Couperus H. en G.J. Wissink (2001), Acceptatieplicht niet nodig, *Economisch Statistische Berichten* 4332, 849-851.

Doorslaer, E. en E. Jansen (2003), Inkomensbeleid in het ziektekostenstelsel, *Economisch Statistische Berichten* 4393, 33-35.

Dute, J.C.J en H.E.G.M Hermans (2000), *Regulering van de Gezondheidszorg*, Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.

Elsinga, E. (1997), Van Dekker tot Borst; tien jaar overheidsbeleid in de zorgsector, in: E. Elsinga en Y.W. Van Kemenade (eds), *Van revolutie naar evolutie: tien jaar stelselwijziging in de Nederlandse gezondheidszorg*, Utrecht: De Tijdstroom, 27-51.

Elsinga, E. en Y.W. Van Kemenade (1997), De balans, revolutie of evaluatie?, in: E. Elsinga en Y.W. Van Kemenade (eds.), *Van revolutie naar evolutie: tien jaar stelselwijziging in de Nederlandse gezondheidszorg*, Utrecht: De Tijdstroom, 179-185.

Greß, S., P. Groenewegen, B. Kerssens en J. Braun (2002), Free choice of sickness funds in regulated competition: evidence from Germany and The Netherlands, *Health Policy*, 60 (3), 235-245.

Greß, S., K. Okma, en F. Hessel (2001). *Managed competition in Health Care in The Netherlands and Germany – Theoretical Foundation, Epirical Findings and Policy Conclusions*, Diskussionspapier 04/2001, Griefswald: Ernst-Mortitz-Arndt-Universität.

Hart, H. 't, J. Van Dijk, M. De Goede, W. Jansen, en J. Teunissen (1998), *Onderzoeksmethoden*, Amsterdam: Boom.

Hoekman, P.H. en J. Houkes (2000), *Economie van de zorg- en welzijnssector*, Groningen: Wolters-Noordhoff.

IOO (2000), *Concurrentie tussen particuliere zorgverzekeraars*, Zoetermeer: IOO bv.

Junoy, J.P. (1999), Managing the conflict between Competition and Risk Selection in Health Sector Reforms, *International Journal of Health Planning and Management*, 14, 287-311.

Kirkels, V. (1990), *Solidariteit in de gezondheidszorg*, Baarn: Ambo bv.

KPMG (2002), *Zeven deelmarktanalyses gezondheidszorg*, Hoofddorp: KPMG BEA/ KPMG Gezondheidszorg.

Lamers, L., R. Van der Vliet en W.P.M.M. Van der Ven (2003). Risk adjustment premium subsidies and risk sharing: key elements of the competitive sickness fund market in the Netherlands, *Health Policy* 65 (1), 49-65.

Lapr   R., F. Rutten, F. en E. Schut (1999). *Algemene economie van de gezondheidszorg*. Maarssen: Elsevier/ de Tijdstroom.

Light D.W. (1992), The practice en ethics of risk-related health insurance, *The Journal of the American Medical Association* 13, 2503-2508.

Maarse, J.A.M. (2002), Toezicht op de ziektekostenverzekeringen: een internationaal – vergelijkend onderzoek naar het toezicht in België, Duitsland en Zwitserland, Amstelveen: CTZ.

Maarse, J.A.M. en A. Paulus (2003), Has solidarity survived? A comparative analysis of social health insurance reform in four european countries, *Journal of Health Politics, Policy and Law* 28 (4), 585-614.

VWS (2001), Nota vraag aan bod: hoofdlijnen van vernieuwing van het zorgstelsel, nota van het kabinet aan de Tweede Kamer, Den Haag: Ministerie van VWS.

VWS (2002), *Zorgnota 2003*, Den Haag: Ministerie van VWS.

Mintzberg, H. (2000), *Organisatiestructuren*, Schoonhoven: Academic Service.

Morone, J.A. (2000), Citizens or Shoppers? Solidarity under Siege, *Journal of Health Politics, Policy and Law* 25 (5).

Newhouse, J.P. (1996), Reimbursing Health Plans and Health Providers: Efficiency in Production versus Selection, *Journal of Economic Literature*, 34, 1236-1263.

NMA (2002). *Besluit inzake Mededingingsafspraken, Zaaknummer 2605*. Opgehaald op 5 november 2003 van: www.nmanet.nl.

Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg (2003). Wisselen van ziekenfonds per 1-1-2003: een peiling van het Consumentenpanel gezondheidszorg, Utrecht: NIVEL.

Posthuma, B.H. (1985), *Solidariteit en verzekering*, ASTIN Nederland.

RVZ (1998). *Verzekeraars op de zorgmarkt*, Zoetermeer: Raad voor Volksgezondheid en Zorg.

SER (2000). *Naar een gezond stelsel van ziektekostenverzekeringen*, Sociaal Economische Raad, advies 00/12, Den Haag.

Schut, F.T. (2000), *Collectieve ziektekostenverzekeringen voor werknemers*, Amsterdam: Stichting FNV Pres.

Schut, F.T. en W.P.M.M. Van de Ven (2002), *Zorgverzekering zonder risicosolidariteit is onacceptabel*, Reactie, Opgehaald op 6 juni 2003 van: www.economie.nl.

Schut, F.T. (2003), *De zorg is toch geen markt? Laveren tussen marktfalen en overheidsfalen in de gezondheidszorg*, *Inaugurale Rede*, Rotterdam: Erasmus MC.

Simon, M.O. (1999), *Een verhaal over hybride organisaties*. Management, opgehaald op 13 juni 2003 op <http://www.managementsite.net>.

Smith, P.C. en S.N. Witter (2001), *Risk pooling in Health Care Finance*, Centre for Health Economics, York: University of York.

Teeuwen, H.J.M. (2000), *Technische voorzieningen bij ziektekostenverzekeringen*,

ontwikkelig in historisch perspectief, Apeldoorn: Stichting Pensioen- en Verzekeringskamer.

Ter Meulen R, W. Arts en R. Muffles, (eds), (2001). *Solidarity in health and social care in Europe*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.

Tweede Kamer (2002), Regeerakkoord 2002: Werken aan Vertrouwen, een kwestie van aanpakken, Den Haag.

Tweede Kamer (2003), Hoofdlijnenakkoord voor het kabinet CDA, VVD, D66, Meedoen, meer werk, minder regels, Den Haag.

Vektis BV (2003), *Zorgthermometer*, februari 2003, Zeist.

Vektis BV (2003). *Zorgthermometer*, augustus 2003, Zeist.

Vektis BV (2003). *Zorgmonitor Jaarboek*, 2003, Zeist.

Van der Ven, W.P.M.M., K. Beck, F. Buchner, D. Chernichovsky, L. Gardiol, A. Holly, L.M. Lamers, E. Schokkaert, A. Shrmueli, S. Spycher, C. Van de Voorde, R.C. Van Vliet, J. Wasem, J. en I. Zmora (2002), Risk adjustment and risk selection on the sickness fund insurance market in five European countries, *Health Policy* 65 (1), 75-98.

Van der Ven, W.P.M.M. en R.P. Ellis (2000), Risk adjustment in competitive health plan markets, in: Cuyler A.J. en J.P. Newhouse (eds.), *Handbook of Health Economics 2*, Amsterdam, Elsevier 2000: 755-845.

Verhoef R. en M.O. Simon (2001), Hybride organisaties als omstreden arrangement. *Bestuurskunde*, 8 (10), 368-379.

Vroonhof P., J. de Muijnck en W. Zwinkels (2002), Solidariteit in ziektekostenstelsels. Inkomens- en risicosolidariteit in het tweede compartiment, Zoetermeer: EIM.

Westerhout, E. (1999), The future of the Dutch health insurance system, *CPB Report*, 1999/4, Den Haag: Sdu.

WHO (2000), The World Health Report 2000. Health Systems: improving performance, Geneva: World Health Organisation.

Bijlage 1: Voorbeeld brief uitnodiging CPB

Den Haag,

Geachte,

Momenteel verrichten wij, het Centraal Planbureau, een onderzoek naar de positie en mogelijk gedrag van zorgverzekeraars in het huidige en toekomstige zorgstelsel. In het kader van dit onderzoek benaderen wij u, via deze mail, met de vraag voor een gesprek.

In de huidige maatschappelijke en politieke discussie betreffende de invoering van een nieuw zorgstelsel staan een aantal belangrijke thema's centraal. Een thema is dat de positie van de zorgverzekeraar zal veranderen door de invoering van meer gereguleerde concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt. Een veronderstelling is dat de stelselherziening en de bevordering van meer gereguleerde concurrentie mogelijk zal kunnen leiden tot meer risicoselecterend gedrag door de zorgverzekeraar.

In dit onderzoek wordt getracht een aantal belangrijke vragen in dit kader te beantwoorden door middel van gesprekken met verschillende zorgverzekeraars. De nadruk zal liggen op de vraag welke opvattingen de zorgverzekeraar zelf hanteert ten aanzien van risicoselecterend gedrag en hoe u als verzekeraar denkt over de mogelijke toename van prikkels hiervoor bij invoering van een nieuw zorgstelsel.

Graag zouden wij met u hierover een afspraak willen maken voor een gesprek. Wij zullen op korte termijn zelf telefonisch contact zoeken met de vraag of dit mogelijk is.

Met vriendelijke groeten,

Olga Erken (Centraal Planbureau)
Rudy Douven (Centraal Planbureau)
tel (070) 3381632

Informatie en eerdere rapporten van het Centraal Planbureau ten aanzien van de zorg zijn te vinden op internet onder: <http://www.cpb.nl/nl/general/org/afdelingen/zrg/>

Bijlage 2: Voorbeeld vragenlijst

Vragenlijst interview CPB

Algemeen

Het woord risicoselectie in verband met verzekeren heeft vaak een negatieve bijklank.

Hoe kijkt u zelf aan, in algemene termen, tegen het fenomeen risicoselectie?

Het huidige stelsel

Op welke wijze en in welke mate komt risicoselecterend gedrag voor in het huidige stelsel?

- op de particuliere markt?

- op de ziekenfondsmarkt?

Wat zijn volgens u de doelstellingen /prikkel voor een zorgverzekeraar om risicoselectie toe te passen?

Kunt u voorbeelden geven vanuit de praktijk van strategieën die eventueel leiden tot (een indirecte vorm van) risicoselectie of als zodanig kunnen worden geïnterpreteerd?

Vindt u dat in het huidige stelsel tegenmaatregelen (verbod en risicoverevening) voldoende effectief zijn in het tegengaan van risicoselectie?

Denkt u dat risicoselectie toe- dan wel afgenomen is in de afgelopen 10 jaar.

Hoe gaat u om met ziekenfondspatiënten met een hoog risico die door de inkomensgrens gaan en die zich bij u melden voor een particuliere polis?

Hoe gaat u om met ernstig ziekelijke kinderen? Bent u verplicht deze te accepteren voor een maatschappijpolis?

Bestaat er een verband tussen het risicoprofiel van werknemers (beroepsmatig) en de samenstelling of premiehoogte van een collectieve verzekering?

Werkt de aanvullende verzekering als een rem voor verzekerden om te wisselen van verzekeraar, bijvoorbeeld ten gevolge van koppelverkoop?

Na de stelselherziening

Nemen, volgens u, de prikkels die zorgverzekeraars ontvangen om eventueel risicoselectie toe te passen toe dan wel af na de voorgenomen stelselherziening?

Deelt u de opvatting dat het opheffen van het onderscheid tussen ziekenfonds en particuliere verzekeringen, dus de invoering van een basisverzekering, verzekeraars meer prikkels geeft voor het toepassen van risicoselectie?

Welke mogelijke rol heeft de aanvullende verzekering in het nieuwe stelsel in het kader van risicoselectie?

Maatregelen ter voorkoming van risicoselectie

Hoe kijken zorgverzekeraars aan tegen de maatregelen ter voorkoming van risicoselectie bij invoering van een basisverzekering?

Zijn additionele maatregelen noodzakelijk om eventueel risicoselecterend gedrag van de zorgverzekeraar te voorkomen?

Wat verwacht u van het toezicht door de overheid in relatie tot risicoselectie? Aan welke eisen moet dit toezicht voldoen?

Vindt u dat er in het nieuwe zorgstelsel tevens een verbod moet komen op premie- en pakketdifferentiatie in de basisverzekering of moet hiervoor enige ruimte zijn?

Risicoselectie in de literatuur

Uit verschillende literatuur blijkt dat zich in landen zoals Duitsland en Zwitserland situaties hebben voorgedaan waarin de zorgverzekeraar, tengevolge van een sterk concurrerende markt, diverse strategieën toegepast heeft met risicoselectie als doel. Harde empirische bewijzen zijn hierbij niet gegeven. Voorbeelden van dergelijke strategieën zijn; selectieve marketingcampagnes, softwareprogramma's om goede risico's te detecteren, instructies aan verzekeringsagenten hoge risico's te mijden, slechte of beperkte service en dienstverlening aan hoge risico's, het oprichten van virtuele fondsen, weigeren of uitsluiten van verzekerden met hoge risico's.

Verwacht u dat een dergelijke ontwikkeling zich ook (in toenemende mate) voor zou kunnen gaan doen in de Nederlandse situatie ten gevolge van stelselherziening?