

Vergaderjaar 2009–2010

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 275

## BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 1 oktober 2009

Op 1 januari 2008 heeft Univé de Zekur polis geïntroduceerd. In 2007 heeft de NZa een analyse verricht op de Zekur polis, waarbij is aangegeven dat de NZa de Zekur polis op een aantal onderdelen in 2008 zou monitoren. De NZa heeft mij inmiddels via bijgaande brief geïnformeerd over de uitkomsten van deze monitor<sup>1</sup>. In deze brief licht ik dit nader toe. Daarnaast heb ik uw Kamer toegezegd dat ik onderzoek zou laten uitvoeren naar de werking van het risicovereveningssysteem voor verzekerdportefeuilles met relatief veel jonge gezonde verzekerden<sup>2</sup>. In deze brief informeer ik uw Kamer over de resultaten van dit onderzoek.

### Uitkomsten NZA monitor van de Zekur polis

Bij de Zekur polis is sprake van selectief gecontracteerde zorg. De NZa heeft gedurende 2008 de Zekur polis gemonitord om vast te stellen of de risico's die verbonden zijn aan een polis met selectief gecontracteerde zorg voldoende zijn afgedekt. De NZa onderkende vooraf de volgende risico's bij de Zekur polis<sup>3</sup>:

- Kans op risicoselectie;
- Onvoldoende waarborging zorgplicht;
- Onvoldoende informatie beperkte vergoeding niet-gecontracteerde zorg;
- Afwenteling zorgkosten door de maandelijkse opzeggingsmogelijkheid.

De NZa heeft op basis van monitoractiviteiten geconcludeerd dat er geen aanleiding is om aan te nemen dat er sprake is van deze risico's bij de Zekur polis.

De NZa geeft wel aan dat er sprake is van zelfselectie. Dit wordt door de doelgroepgerichte marketingactiviteiten van de Zekur polis versterkt, waardoor voornamelijk relatief jonge verzekerden die hun gezondheid waarschijnlijk als goed inschatten hebben gekozen voor de polis. Ook de

<sup>1</sup> Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

<sup>2</sup> Zie Kamerstuk 2007–2008, 29 689, nr. 220, Tweede Kamer.

<sup>3</sup> Zie Kamerstuk 2007–2008, 31 200 XVI, nr. 109, Tweede Kamer.

inhoud en toegankelijkheid van de aanvullende verzekering bepaalt voor een deel de kenmerken van het verzekerdenbestand. De aanvullende verzekering is alleen toegankelijk voor verzekerden van 18 jaar en ouder en er is geen dekking voor verloskundige- en kraamzorg. Hierdoor zullen verzekerden tot 18 jaar en vrouwen in de vruchtbare periode zich wellicht minder snel verzekeren via Zekur.

Op basis van de uitkomsten ziet de NZa geen aanleiding de Zekur polis ook in 2009 specifiek te monitoren. De NZa zal door haar reguliere activiteiten toezicht houden op de uitvoering van de Zekur polis.

### **Onderzoek naar de werking van het risicovereveningssysteem voor portefeuilles met relatief veel jonge/gezonde verzekerden**

Ik heb laten onderzoeken hoe de werking van het risicovereveningsmodel is voor portefeuilles van verzekeraars die zich richten op relatief jonge verzekerden zoals de Zekur polis. Voor het onderzoek naar het risicovereveningssysteem kan ik beschikken over gegevens per verzekerde per zorgverzekeraar, maar niet over over gegevens op verzekerdeniveau per polis. De kostengegevens over 2008, het jaar waarin de Zekur polis werd geïntroduceerd, zijn thans nog niet uitgedeclareerd. Inmiddels hebben ook andere verzekeraars met Zekur vergelijkbare polissen op de markt gebracht. Daarom richt het onderzoek zich op het financieel resultaat dat behaald kan worden op fictieve verzekerdenportefeuilles die zich richten op relatief jonge verzekerden. Voor de samenstelling van deze verzekerdenportefeuilles is gebruik gemaakt van de bevindingen van NZa monitor Zekur polis. Het gaat dus om portefeuilles met weinig verzekerden onder de 18 jaar en boven de 45 jaar. De leeftijdsgroep van 18 tot 45 jaar is duidelijk oververtegenwoordigd en daarbinnen komen meer mannen dan vrouwen voor. Verzekerden die hun gezondheid als goed inschatten kiezen relatief vaak voor een vrijwillig eigen risico.

#### *Doorgerekende verzekerdenportefeuilles*

Uit het databestand dat wordt gebruikt voor onderzoek naar de risicoverevening zijn drie verzekerdenportefeuilles gesimuleerd met elk 50 000 verzekerden. De kenmerken van deze portefeuilles zijn in onderstaande tabel weergegeven. De doorsnee portefeuille is een weerspiegeling van de Nederlandse bevolking. De gezonde portefeuille heeft relatief veel jonge verzekerden, die relatief vaak voor een vrijwillig eigen risico kiezen van 500 euro en minder vaak medicijnen gebruiken op basis waarvan zij bij een farmaceutisch kosten groep (FKG) worden ingedeeld of een ziekenhuisopname hebben gehad op basis waarvan zij worden ingedeeld bij een diagnose kosten groep (DKG). Verzekerden die niet bij een FKG of DKG worden ingedeeld zijn over het algemeen gezonder en hebben lagere zorgkosten dan verzekerden die wel in een FKG of DKG vallen. De zeer gezonde portefeuille heeft nog meer jonge verzekerden, nog minder verzekerden in een FKG of DKG en de helft van de verzekerden kiest voor een vrijwillig eigen risico.

**Tabel 1: Kenmerken van drie door te rekenen portefeuilles**

Portefeuille →	Doorsnee (aselect)	Gezond	Zeer gezond
0–17 jaar	21%	4%	1%
18–24 jaar, man	4%	28%	40%
18–24 jaar, vrouw	4%	22%	30%
25–44 jaar, man	14%	16%	14%
25–44 jaar, vrouw	14%	10%	6%
45 jaar en ouder	43%	20%	9%
Geen DKG	98%	99,7%	99,9%

Portefeuille →	Doorsnee (aselect)	Gezond	Zeer gezond
Geen FKG	84%	97%	99%
Vrijwillig eigen risico van € 500	1%	30%	50%

### *De onderzoeksmethode*

Het financieel resultaat op een verzekerdenportefeuille is opgebouwd uit drie onderdelen, te weten het financieel resultaat op het risico-vereveningsmodel, het financieel resultaat op het verplicht eigen risico en het financieel resultaat op het vrijwillig eigen risico.

Voor de drie getrokken portefeuilles van 50 000 verzekerden met de kenmerken zoals beschreven in tabel 1 is nagegaan wat de gemiddelde verwachte kosten en de werkelijke kosten zijn per verzekerde. De verwachte kosten zijn gebaseerd op het risicovereveningsmodel 2009. Dit model voorspelt de ziektekosten op basis van leeftijd en geslacht, aard van het inkomen, sociaal-economische status, regiocriterium, FKG's en DKG's. Bij het bepalen van de verwachte kosten wordt rekening gehouden met de ex post compensatiemechanismen die het risicoverevenings-systeem 2009 kent. De verwachte kosten worden vergeleken met de werkelijke ziektekosten.

In 2009 is er sprake van een verplicht eigen risico van 155 euro. Dit betekent dat de eerste 155 euro aan ziektekosten door de verzekerde betaald worden en niet voor rekening komen van de verzekeraar. Het risico-vereveningssysteem houdt hier rekening mee. De verwachte kosten die een verzekerde zelf betaalt worden immers van de vereveningsbijdrage die de verzekeraar ontvangt afgetrokken. Voor de drie doorgerekende portefeuilles zijn de verwachte en de werkelijke kosten onder het verplicht eigen risico met elkaar vergeleken.

Verzekerden kunnen ook nog kiezen voor een vrijwillig eigen risico bovenop het verplichte eigen risico. In de doorgerekende portefeuilles varieert het percentage verzekerden dat kiest voor een vrijwillig eigen risico van 500 euro. Mensen die hun gezondheid als goed inschatten en verwachten weinig ziektekosten te maken kiezen vaker voor een vrijwillig eigen risico. Verzekerden die kiezen voor een vrijwillig eigen risico van 500 euro betalen de eerste 655 euro (=155+500) zelf. Deze kosten komen niet voor rekening van de verzekeraar. De verzekeraar geeft in ruil daarvoor de verzekerden een premiekorting. In 2009 varieert de premiekorting voor een vrijwillig eigen risico van 500 euro van 130 tot 300 euro per jaar. In het onderzoek wordt uitgegaan van een gemiddelde premiekorting van 200 euro. Voor alle drie de doorgerekende portefeuilles zijn de werkelijke kosten onder het vrijwillig eigen risico vergeleken met de premiekorting die de verzekeraar geeft.

Het uiteindelijke financieel resultaat is de som van de boven beschreven vergelijkingen, te weten verwachte kosten minus werkelijke kosten + verwachte minus werkelijke kosten onder het verplicht eigen risico + werkelijke kosten onder het vrijwillig eigen risico minus premiekorting.

### *Resultaten*

In tabel 2 zijn de financiële resultaten voor de drie doorgerekende portefeuilles weergegeven. Voor de doorsnee portefeuille zijn de verwachte en de werkelijke kosten gelijk. Dit is precies wat verwacht mag worden. Voor de gezonde portefeuille liggen de gemiddelde werkelijke kosten een stuk lager dan voor de doorsnee portefeuille. De gemiddelde kosten in de zeer

gezonde portefeuille zijn het laagst. Ook de verwachte kosten dalen naarmate de portefeuille jonger en gezonder wordt. Echter, in een iets mindere mate dan de werkelijke kosten. Hierdoor ontstaat een positief financieel resultaat op de gezonde portefeuille van gemiddelde 44 euro per verzekerde; op de zeer gezonde portefeuille van gemiddeld 88 euro per verzekerde.

Voor de doorsnee portefeuille zijn de verwachte en werkelijke kosten onder het verplicht eigen risico aan elkaar gelijk. Gemiddeld bedragen deze kosten 76 euro per verzekerde. Voor de gezonde en zeer gezonde portefeuille zijn de verwachte kosten onder het verplicht eigen risico lager dan bij de doorsnee portefeuille met 70 respectievelijk 64 euro per verzekerde. De werkelijke kosten zijn voor deze portefeuilles echter vergelijkbaar met die van de doorsnee portefeuille. Dit betekent dat het financieel resultaat op het verplicht eigen risico voor de gezonde portefeuille 6 euro per verzekerde negatief is en voor de zeer gezonde portefeuille 10 euro per verzekerde negatief.

Van de verzekerden in de doorsnee portefeuille kiest één procent voor een vrijwillig eigen risico. De werkelijke kosten onder het vrijwillig eigen risico voor deze portefeuille zijn nagenoeg nihil. Daar staat tegenover dat op deze portefeuille ook nauwelijks premiekorting is gegeven in ruil voor een vrijwillig eigen risico. In de gezonde portefeuille wordt gemiddeld 60 euro per verzekerde premiekorting gegeven. Daar staat gemiddeld 16 euro aan werkelijke kosten onder het vrijwillig eigen risico tegenover. Voor de zeer gezonde polis zijn de gemiddelde werkelijke kosten onder het vrijwillig eigen risico 26 euro per verzekerde en bedraagt de gemiddelde premiekorting 100 euro per verzekerde. Dit betekent dat voor de gezonde portefeuille een negatief resultaat van gemiddeld 44 euro per verzekerde wordt behaald op het vrijwillig eigen risico en van gemiddeld 74 euro per verzekerde voor de zeer gezonde portefeuille.

Het totaal resultaat voor de doorsnee portefeuille is conform de verwachting nihil. Op een verzekerde in de gezonde portefeuille wordt gemiddeld zes euro verlies gemaakt; op een verzekerde in de zeer gezonde portefeuille gemiddeld 4 euro winst. In tabel 2 is ook de onzekerheidsmarge voor het totaal financieel resultaat weergegeven. Voor alle drie de doorgerkende portefeuilles valt een neutraal resultaat, winst noch verlies, per verzekerde binnen de onzekerheidsmarge.

**Tabel 2: Gemiddeld financieel resultaat in euro<sup>a</sup> per verzekerde**

Portefeuille →	Doorsnee (aselect)	Gezond	Zeer gezond
Financieel resultaat <sup>b</sup> op risico- vereveningsmodel 2009:			
Verwachte kosten minus de werkelijke kosten	1580-1579 =1	882-838 =44	666-578 =88
Financieel resultaat op verplicht eigen risico van 155 euro:			
Verwachte kosten minus werkelijke kosten onder het verplicht eigen risico	76-76 = 0	70-76 = - 6	64-74 = - 10
Financieel resultaat op vrijwillig eigen risico van 500 euro:			
Werkelijke kosten onder vrijwillig eigen risico minus de gemiddelde premie- korting	1-2 = - 1	16-60 = - 44	26-100 = 74
Totaal financieel resultaat	0	- 6	4
95% betrouwbaarheidsinterval	- 16 tot + 16	- 16 tot + 4	- 4 tot + 12

<sup>a</sup> Prijspeil 2006.

<sup>b</sup> Bij de bepaling van het financieel resultaat is rekening gehouden met de inzet van ex post compensatiemechanismen binnen het risicovereveningssysteem 2009.

### *Conclusie*

Op basis van de uitgevoerde doorrekening van drie verzekerdenportefeuilles kan worden geconcludeerd dat een verzekeraar op alle drie de portefeuilles geen systematische winsten of verliezen kan verwachten louter op grond van de specifieke samenstelling wat betreft leeftijd, geslacht, FKG, DKG en het percentage verzekerden met een vrijwillig eigen risico. Daarbij is uitgegaan van een premiekorting van 200 euro per jaar voor een vrijwillig eigen risico van 500 euro. Als een verzekeraar een grotere premiekorting geeft verslechtert het financieel resultaat; bij een lagere premiekorting verbetert het resultaat.

Ik vertrouw er op u hiermee voldoende geïnformeerd te hebben.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
A. Klink