

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

2335

Vragen van het lid **Den Haan** (Fractie Den Haan) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *het bericht dat steeds meer zorgverzekeraars tweelingpolissen aanbieden* (ingezonden 16 maart 2022).

Antwoord van Minister **Kuipers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 5 april 2022).

Vraag 1

Herinnert u zich de antwoorden op de schriftelijke Kamervragen van 12 januari 2022 over het bericht dat steeds meer zorgverzekeraars tweelingpolissen aanbieden?¹

Antwoord 1

Ja, deze antwoorden herinner ik me.

Vraag 2

Deelt u de mening dat de huidige «Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten» niet effectief is in het tegengaan van tweelingpolissen (dat wil zeggen, twee polissen die op kleine punten verschillen, bijvoorbeeld ten aanzien van het vergoedingspercentage voor niet-gecontracteerde zorg)?²

Antwoord 2

Het doel van de «Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten» is niet het tegengaan van (nagenoeg) gelijke polissen. Doel van de regeling is het borgen dat de informatie die zorgverzekeraars verstrekken bruikbaar is voor verzekerden en dat deze informatie het keuzeproces daadwerkelijk ondersteunt.

¹ Aanhangsel van de Handelingen II, vergaderjaar 2021–2022, nr. 1519.

² Nederlandse Zorgautoriteit, «Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten» (TH/NR-022).

Vraag 3

Deelt u de mening dat verbetering van de risicoverevening een zeer effectieve maatregel is om tweelingpolissen tegen te gaan, onder andere zodat ongezonde mensen niet langer voorspelbaar verliesgevend zijn, en er dan geen reden meer is voor zorgverzekeraars om tweelingpolissen aan te bieden?

Antwoord 3

Het doel van de risicoverevening is het wegnemen van voorspelbare winsten en verliezen voor verzekeraars die het gevolg zijn van gezondheidsverschillen in hun verzekerdenpopulatie. De risicoverevening zorgt voor een gelijk speelveld tussen zorgverzekeraars, neemt prikkels tot risicoselectie weg en zorgt ervoor dat zorgverzekeraars gestimuleerd worden om zich te richten op doelmatige zorginkoop. Het terugdringen van het aantal (nagenoeg) gelijke polissen is dus geen specifiek doel van de risicoverevening. Het zou wel zo kunnen zijn dat het voor zorgverzekeraars minder aantrekkelijk is om (nagenoeg) gelijke polissen aan te bieden als bepaalde groepen verzekerden niet langer over- of ondergecompenseerd worden.

Alleen het verder verbeteren van de risicoverevening is echter geen oplossing van het probleem. Het aantal (nagenoeg) gelijke polissen op de markt wordt uiteindelijk bepaald door het gedrag van zorgverzekeraars. Ik roep zorgverzekeraars daarom op hun polisaanbod kritisch tegen het licht te houden en ik ga het gesprek met hen hierover aan. Nagenoeg gelijke polissen bemoeilijken het keuzeproces voor verzekerden en dit kan ertoe leiden dat verzekerden bij een klein verschil onnodig voor een duurdere polis kiezen. En waar het gaat om de risicoverevening pak ik mijn rol: het verder verbeteren van de risicoverevening heeft mijn voortdurende aandacht. Hierin is het thema restrisico's, het adequater compenseren van groepen verzekerden waar nu nog sprake is van over- of ondercompensatie, prioritair.

Vraag 4

Bent u bekend met de technische mogelijkheden om ervoor te zorgen dat ongezonde verzekerden niet langer voorspelbaar verliesgevend zijn, bijvoorbeeld door bij de schatting van de gewichten van de vereveningsformule, de restrictie toe te voegen dat het gemiddeld resultaat op de ongezonden gelijk aan nul is (de zogenaamde «constrained regression»-methode)?

Antwoord 4

Ik ben bekend met de constrained regression-methode. Zoals ik in het antwoord op vraag 3 opmerkte, werk ik continue aan het verder verbeteren van de risicoverevening. De constrained regression methode is inderdaad een optie om de compensatie voor chronisch zieken te verbeteren. Het is alleen niet de enige optie om deze compensatie te verbeteren en wellicht ook niet de meest wenselijke. De constrained regression-methode kent namelijk ook nadelen.

Ik licht dit graag toe. Met een constrained regression worden er «aanvullende restricties» op het model toegepast. Dit kan bijvoorbeeld door bepaalde groepen verzekerden gemiddeld op een bepaald (verevenings)resultaat te laten uitkomen. Het resultaat voor bepaalde groepen ongezonde verzekerden hoeft dan niet langer negatief te zijn. Het opleggen van zulke aanvullende restricties heeft echter negatieve gevolgen voor andere groepen verzekerden in het model. Voor andere groepen verzekerden zal de verevende werking namelijk achteruitgaan. Daarom vergt het een zorgvuldige afweging of constrained regression de meest wenselijke oplossing is.

Vraag 5

Deelt u de mening dat als ongezonde verzekerden gemiddeld niet langer voorspelbaar verliesgevend zijn, zorgverzekeraars niet langer terughoudend hoeven te zijn in het investeren in zorginkoop en innovatie voor chronisch zieken en zij eindelijk in hun marketing duidelijk kunnen maken dat zij de beste zorg voor chronisch zieken hebben ingekocht?

Antwoord 5

Zoals ik in antwoord op vraag 3 aangaf, zorgt de risicoverbetereing voor een gelijk speelveld tussen zorgverzekeraars, neemt prikkels tot risicoselectie weg en zorgt ervoor dat zorgverzekeraars gestimuleerd worden om zich te richten

op doelmatige zorginkoop. Het Nederlandse vereveningsstelsel wordt als een van de beste ter wereld gezien en werkt over het algemeen goed. Voor veel groepen chronisch zieke verzekerden compenseert de verevening al goed en worden zorgverzekeraars hier dus niet belemmerd in het investeren in doelmatige zorginkoop of bij het doen van reclame-uitingen gericht op bepaalde groepen verzekerden. Ook is het gedrag van zorgverzekeraars op de zorginkoopmarkt slechts ten dele afhankelijk van de risicoverevening. Zorgverzekeraars zijn dus ook zelf aan zet.

Tegelijkertijd is er ruimte voor verdere verbetering van de risicoverevening. Uit eerdere onderzoeken is gebleken dat verdere verbetering te behalen valt bij bepaalde groepen van chronische zieken. Daarom werkt het Ministerie van VWS in samenwerking met het Zorginstituut, onderzoekers en zorgverzekeraars continue aan de verbetering van het vereveningsmodel. Deze verbeteringen richten zich niet alleen direct op de compensatie voor chronisch zieken, maar hier wordt breder gekeken. De risicoverevening is namelijk een verdeelmodel waardoor een verbetering in de compensatie voor gezonde verzekerden vaak ook een verbetering in de compensatie voor chronische zieke verzekerden geeft.

De komende maanden zullen in het kader van het Onderzoeksprogramma Risicoverevening 2021–2022 verschillende onderzoeken worden afgerond met daarin naar verwachting voorstellen voor verbeteringen in het model. Ik verwacht uw Kamer in juli – na het Bestuurlijk Overleg Risicoverevening – te informeren over de geplande modelwijzigingen voor 2023.

Vraag 6

Deelt u de mening dat het onwenselijk is dat zorgverzekeraars zich in hun marketing de afgelopen decennia vrijwel uitsluitend hebben gericht op gezonde (dus winstgevend) verzekerden, en niet op ongezonde (dus verliesgevend) verzekerden en dat het een ongekend gunstige ontwikkeling zou zijn als zorgverzekeraars eindelijk kunnen gaan adverteren met: «Chronisch zieken, kom bij ons!», zonder dat zij bang hoeven te zijn dat ze hiermee onevenredig veel voorspelbaar verliesgevend verzekerden zullen aantrekken?

Antwoord 6

Een belangrijke pijler in de Zorgverzekeringswet is risicosolidariteit. Voor de basisverzekering geldt een acceptatieplicht en een verbod op premiedifferentiatie. Zorgverzekeraars mogen verzekerden dus niet weigeren en ook geen hogere premie vragen aan verzekerden met bijvoorbeeld een slechtere gezondheid of een hogere leeftijd. Op die manier wordt de risicosolidariteit geborgd. De NZa houdt toezicht op het naleven van de acceptatieplicht door zorgverzekeraars.

Verzekerden dienen zich ook daadwerkelijk vrij te voelen om iedere basisverzekering te kiezen. Het zou daarom inderdaad mooi zijn als alle groepen verzekerden zich aangesproken voelen door de communicatie en marketing van zorgverzekeraars. Het Nivel heeft onlangs een monitor uitgevoerd naar het overstapeseizoen van 2021–2022. Hierin zijn onder andere de reclame-uitingen van zorgverzekeraars geanalyseerd. Het Nivel stelt dat de reclames van zorgverzekeraars zich op een brede doelgroep richten. Er zijn verschillende vergelijkingsites of zorgverzekeraars die cadeaus aanbieden bij het afsluiten van een zorgverzekering. Bij het aanbieden van zulke cadeaus wordt niet op een specifieke doelgroep gericht.

Vraag 7

Bent u bereid zo spoedig mogelijk te realiseren dat ongezonde verzekerden gemiddeld niet langer voorspelbaar verliesgevend zijn, bijvoorbeeld door toepassing van de zogenaamde «constrained regression»-methode? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 7

Zoals ik in antwoord op vraag 3 aangaf heeft het verder verbeteren van de risicoverevening mijn voortdurende aandacht. Hierin is het thema restrisico's, het adequater compenseren van groepen verzekerden waar nu nog sprake is van over- of ondercompensatie, prioritair.

De afgelopen jaren zijn er diverse stappen gezet en verbeteringen in het model doorgevoerd om de compensatie voor chronisch zieken te verbeteren.

Hiermee gaan we door. Het Ministerie van VWS werkt namelijk continue aan de verbetering van het vereveningsmodel, in samenwerking met het Zorginstituut, onderzoekers en zorgverzekeraars. Jaarlijks wordt hiervoor een onderzoeksprogramma opgesteld waarin de geplande onderzoeken voor het komende jaar zijn opgenomen. Dit programma wordt opgesteld in overleg met de eerdergenoemde partijen.

Met dit onderzoeksprogramma wordt beoogd het risicovereveningsmodel zoveel mogelijk te verbeteren en zo voorspelbare winstgevendheid en verliesgevendheid van groepen verzekerden te minimaliseren. In september wordt uw Kamer over het onderzoeksprogramma voor het komende onderzoeksjaar geïnformeerd.