

Evaluatie
aanvullende en collectieve
zorgverzekeringen 2008
Bachelorscriptie

Anne-Fleur Roos

294446

Beleid en Management Gezondheidszorg
Juni 2008

Voorwoord

In het kader van de afronding van de bachelorfase schrijft de student Beleid en Management Gezondheidszorg (BMG) een bachelorscriptie. Ten behoeve van de scriptie voert de student zelfstandig, onder begeleiding van een docent, een onderzoek uit. Onderhavig stuk is een weergave van de evaluatie aanvullende en collectieve verzekeringen binnen het Nederlandse zorgverzekeringsstelsel. Het betreft een vervolg op eerder door het iBMG uitgevoerd onderzoek (De Bruijn & Schut 2006 en 2007; Schut & De Bruijn 2007) en is uitgevoerd in opdracht van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF). Uit de eerdere evaluaties bleek dat er, sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006, vrijwel geen risicoselectie heeft plaatsgevonden.

In deze evaluatie worden de resultaten van 2008 bekend gemaakt.

Via deze weg wil ik mijn begeleider, de heer Prof. Dr. F.T. Schut, hartelijk danken voor zijn motiverende, plezierige en leerzame begeleiding. Ik heb het fantastisch gevonden dat ik in vrijwel alle stappen van het onderzoeksproces werd betrokken. Ook dank ik de heer Prof. Dr. W.P.M.M. van de Ven voor zijn waardevolle commentaar en zijn bereidheid als meezeer op te treden. Mevrouw Dr. T. Laske-Aldershof heeft hulp geboden bij het voorbereiden en analyseren van de enquête(gegevens). Ik dank haar hartelijk voor haar steun en input. Mevrouw Drs. P.J. Schout en mevrouw Drs. T.M.J. Schrasser van de NPCF dank ik voor hun inzet bij de totstandkoming van dit onderzoeksproject en voor hun betrokkenheid en commentaar bij de eerdere versies van het rapport.

Anne-Fleur Roos

Zoetermeer, juni 2008

Samenvatting

Aanvullende verzekeringen

Centrale onderzoeksvragen

1. In hoeverre kan de aanvullende verzekering in 2008 door zorgverzekeraars zijn gebruikt als een instrument voor risicoselectie binnen de basisverzekering?
2. In hoeverre kan de aanvullende verzekering in 2008 een belemmering zijn geweest om van zorgverzekeraar te veranderen?

Methoden

Voor de beantwoording zijn, evenals in voorgaande jaren, twee onderzoeksmethoden gebruikt:

1. Inventarisatie van aanmeldpakketten, informatiebrochures en polisvoorwaarden en onderzoek naar mogelijke vormen van risicoselectie of belemmeringen voor de mobiliteit/keuzevrijheid.
2. Onderzoek naar de ervaringen van verzekerden door middel van een enquête onder een representatieve steekproef van 1712 verzekerden.

Beknopte conclusies

Op grond van de inventarisatie van de aanvullende verzekering en de resultaten van de enquête kan worden geconcludeerd dat er sprake is van een aanscherping van de voorwaarden, zowel met betrekking tot de aanmelding als tot de acceptatie voor de aanvullende verzekeringen. Het gebruik van gezondheidsverklaringen is beperkt, maar ten opzichte van 2007 wel gestegen. Meer respondenten dan vorig jaar zijn geaccepteerd tegen beperkende voorwaarden (zoals uitsluiting van en/of wachttijd voor vergoeding van bepaalde behandelingen) en/of moesten een premieopslag betalen.

Met betrekking tot de mobiliteit en keuzevrijheid blijft de koppeling tussen basisverzekering en aanvullende verzekering een belangrijk aandachtspunt. Vrijwel alle zorgverzekeraars maken het onaantrekkelijk, zonet onmogelijk, om uitsluitend een aanvullende verzekering af te sluiten. Andere aandachtspunten blijven de opzegtermijn voor de aanvullende verzekering en de onmogelijkheid om bij verzekeraars met een gezondheidsverklaring een volledige offerte aan te vragen waardoor het op voorhand niet duidelijk is tegen welke voorwaarden kandidaat-verzekerden geaccepteerd zullen worden. Dit kunnen potentiële overstapbelemmeringen vormen.

De verscherpte voorwaarden in combinatie met een stevigere koppeling tussen basis- en aanvullende verzekering, kan problematisch zijn voor mensen die zorg het meest hard nodig hebben: de chronisch zieken en ouderen. Hun keuzevrijheid en mobiliteit worden, door de combinatie van deze ontwikkelingen, beperkt. Wanneer juist verzekerden die de meeste zorg nodig hebben vanwege de aanvullende verzekering niet van zorgverzekeraar kunnen veranderen, reduceert dit de prikkels bij zorgverzekeraars om via goede zorginkoop in de basisverzekering in te spelen op hun preferenties. Deze prikkels worden nog verder verminderd wanneer door de scherpe premieconcurrentie de druk op

kostenbeheersing zal toenemen. Immers, dan zullen zorgverzekeraars zo min mogelijk aantrekkelijk willen zijn voor chronisch zieken die in de basisverzekering voorspelbaar verliesgevend zijn.

Collectieve verzekeringen

Centrale onderzoeksvraag

1. In hoeverre kan de collectieve verzekering in 2008 door zorgverzekeraars en collectiviteiten zijn gebruikt als een instrument voor risicoselectie?

Methoden

Voor de beantwoording zijn, net als vorig jaar, twee onderzoeksmethoden gebruikt:

1. Inventarisatie van de beschikbare open collectiviteiten en onderzoek naar de methode van aanmelding, afspraken, premiekortingen en eventuele andere voordelen.
2. Onderzoek naar de gezondheid en het voorkomen van chronische aandoeningen van verzekerden door middel van een enquête onder een representatieve steekproef van 1712 verzekerden.

Beknopte conclusies

Op grond van de inventarisatie en de enquêteresultaten kan worden geconcludeerd dat risicoselectie *door* collectiviteiten, net als vorig jaar, niet plaatsvindt en dat risicoselectie *via* collectiviteiten door zorgverzekeraars nog niet duidelijk als strategie wordt gehanteerd, al zijn er wel collectiviteiten die zich nadrukkelijk richten op verzekerden met een gunstig gezondheidsrisico. Maar de resultaten geven tevens aan dat risicoselectie door en via collectiviteiten nog steeds mogelijk is en aantrekkelijk kan zijn. Vooral werkgeverscollectiviteiten bevatten, na standaardisatie van verschillen in leeftijdsopbouw, gemiddeld substantieel minder voorspelbaar verliesgevende verzekerden dan open collectiviteiten en individuele verzekeringen. Het aandeel deelnemers aan een open collectiviteit met een langdurige ziekte of aandoening is opvallend hoog. Dit zou er op kunnen duiden dat chronisch zieken in toenemende mate hun weg naar open collectiviteiten weten te vinden, hetgeen kan samenhangen met de groei van de collectiviteiten van zorgorganisaties en ouderenbonden.

Naarmate meer jaren verstrijken na invoering van de Zvw en het vereveningssysteem en bekostigingssysteem voor de ziekenhuizen (DBC's) stabiel functioneren, kunnen zorgverzekeraars een steeds betere inschatting maken van de risico's van verschillende collectiviteiten en eventueel zelfs van afzonderlijke verzekerden. Het is daarom waarschijnlijk dat naarmate de tijd vordert, de premiekortingen (en andere voordelen) binnen de collectieve verzekeringen steeds meer op het risico van de collectiviteit zullen worden afgestemd. Binnen aanvullende verzekeringen lijkt een verscherping van de voorwaarden al gaande. Voor patiëntenorganisaties, de overheid en de NZa is het zaak om te bewaken dat de gewenste risicosolidariteit en de prikkels voor goede zorginkoop op die manier niet geleidelijk worden ondermijnd. De beste remedie om dit te voorkomen is een verdere verbetering van het risicovereveningssysteem.

Summary

Supplementary health insurance

Central research questions

1. To what extent were the health insurers in 2008 able to use the supplementary health insurance, as an instrument for risk selection within the basic health insurance ?
2. To what extent has the supplementary health insurance been an obstruction to the mobility of policyholders in the basic health insurance market?

Research methods

To answer the research questions, two research methods have been used, just like in previous research:

1. Inventory of enrolment packages, information brochures and terms of an insurance policy. Inquiry has been done into possible forms of risk selection and obstacles to mobility/choice of freedom.
2. Research was conducted into the experiences of insured by means of a survey under a representative sample of 1712 policyholders.

Conclusions

On the basis of the inventory of the supplementary health insurances and the results of the survey, it can be concluded that a tightening of the requirements can be observed, concerning the application and the acceptance for the supplementary health insurances. The use of health questionnaires by health insurers is still limited, but in comparison to 2007, increased. More policyholders have been accepted against restrictive conditions (such as exclusion of and/or waiting time for indemnity of certain treatments) and/or have had to pay a premium surcharge.

Concerning mobility and freedom of choice the link between the basic health insurance and the supplementary health insurance remains an important point of concern. Nearly all health insurers make it unattractive, if not impossible, to apply for an supplementary health insurance exclusively, without applying for a basic health insurance as well. Other points of concern are the period of termination of the supplementary health insurance and the absence of the possibility to request a complete offer, including all terms of acceptance. These problems form a potential obstacle for switching between insurances.

The tightening up of conditions in combination with a firmer link between basic and supplementary health insurances, can be problematic for people that need care the most: chronic patients and elderly. Their freedom of choice and mobility are limited by the combination of these developments. When these policyholders, that need care the most, are tied to their insurer, insurers will have no incentives to respond to their needs and preferences. These incentives are further reduced when the pressure on cost control will increase because of a sharper premium competition. After all: then health insurers

want to be as non-attractive as possible for chronic patients if they are not sufficiently compensated by the risk equalization scheme.

Group insurance

Central research question

1. To what extent were the health insurers and group contractors in 2008 able to use group insurance as an instrument for risk selection?

Research methods

To answer this question, two research methods has been used, just like in previous research:

1. Inventory of the available open group contracts. Research has been done to the method of application, contractual agreements, premium discounts and possible other advantages used in group contracts.
2. Research has been conducted into the health and the incidence of chronic disorders of insured by means of a survey under a representative sample of 1712 policyholders.

Conclusions

On the basis of the inventory and the survey, it can be concluded that risk selection by group contractors does not take place, just like in 2007, and that risk selection via group contracts by health insurers has not been used (yet) as a strategy. However there are some group contracts that aim expressively at potential policyholders with a favorable state of health. At the same time the results indicate that risk selection by and via group contracts can still be attractive and possible. Especially employment-based group contracts hold, after standardization of differences in age structure, considerable less policyholders that are predictably loss-making after risk equalization than other group contracts. The proportion of participants to an open group contract with a chronic condition or disorder is noticeably high. This might indicate that chronically ill patients find their way more and more to open collectivities. This might coincide with the increase of group contracts by homecare organizations and elderly associations.

As more years expire after the introduction of the Health Insurance Act (Zorgverzekeringswet) and the system of risk adjustment and the funding system for hospitals (DBC) function more stably, health insurers might be able to make a better estimation of the risk of group contracts and possibly even of individual policyholders. It is for this reason that as the time proceeds the premium discounts (and other advantages) within group insurance will probably be more and more adjusted to the risk of the group. Within supplementary insurance a tightening of the conditions seems already take place. It seems important that patients' associations, the government and the Dutch Healthcare Authority (Nza) monitor insurers' behavior with respect to supplementary insurance and group contracts. The best way to prevent undesired insurer behavior, is a further improvement of the risk-adjustment system.

Inhoud

Voorwoord.....	3
Samenvatting.....	5
Summary	7
Inhoud.....	9
1. Inleiding.....	13
1.1 Aanvullende verzekeringen.....	13
1.2 Collectieve verzekeringen.....	14
2. Probleemanalyse.....	17
2.1 Doelstelling.....	17
2.2 Probleemstelling	17
2.3 Deelvragen	17
2.3.1 Aanvullende verzekeringen.....	18
2.3.2 Collectieve verzekeringen.....	18
3. Theoretisch kader	19
3.1 Zorgverzekeringsmarkt.....	19
3.2 Stelsel van ziektekostenverzekering	21
3.3 Zorgverzekeringswet.....	22
3.4 Risicoverevening.....	25
3.5 Aanvullende verzekering	28
3.6 Collectieve verzekering.....	31
3.7 Trends in risicoselectie.....	33
4. Methoden van onderzoek	35
4.1 Aanvullende verzekeringen.....	36
4.1.1 Risicoselectie en belemmeringen via aanvullende verzekeringen	36
4.1.2 Ervaring van verzekerden bij aanvullende verzekeringen.....	39
4.2 Collectieve verzekeringen.....	42
4.2.1 Aanbod van open collectiviteiten.....	42
4.2.2 Kenmerken en ervaringen van verzekerden per type open collectiviteit	43

5. Risicoselectie via de aanvullende verzekeringen.....	45
5.1 Verzekeringsverleden.....	45
5.2 Gezondheidsverklaringen.....	47
5.2.1 Aard van de gezondheidsvragen.....	48
5.2.2 Vergelijking gezondheidsverklaringen 2004-2008.....	51
5.2.3 Inhoud pakket en gezondheidsverklaring.....	55
5.3 Selectief opzeggen.....	57
5.4 Premiedifferentiatie.....	59
5.5 Pakketsamenstelling.....	60
5.6 Conclusie.....	61
6. Aanvullende verzekering, keuzevrijheid en mobiliteit.....	65
6.1 Koppeling basis- en aanvullende verzekering.....	65
6.2 Contractduur van de aanvullende verzekering.....	68
6.3 Opzegtermijn aanvullende verzekering.....	69
6.4 Aanmeldprocedure.....	71
6.5 Gezinspolis of individuele polis.....	73
6.6 Overname van machtigingen.....	74
6.7 Conclusie.....	75
7. Aanbod van open collectiviteiten.....	79
7.1 Aard en aantal open collectiviteiten.....	79
7.2 Premiekortingen en andere collectiviteitskortingen.....	80
7.2.1 Premiekorting op basis- en / of aanvullende verzekering.....	80
7.2.2 Extra vergoedingen.....	83
7.2.3 Specifieke zorgarrangementen.....	84
7.2.4 Non-selecte acceptatie bij aanvullende verzekeringen.....	85
7.2.5 Premiekortingen op andere verzekeringen.....	85
7.2.6 Overige collectiviteitsvoordelen.....	85
7.3 Aanmeldprocedure en toegangseisen.....	86
7.4 Conclusie.....	87

8. Kenmerken en ervaringen van verzekerden per type collectiviteit.....	89
8.1 Omvang, groei en premiekorting collectiviteiten.....	89
8.1.1 Groei open collectiviteiten.....	89
8.1.2 Marktaandeelen type collectiviteit	90
8.1.3 Premiekortingen per type collectiviteit.....	92
8.2 Kenmerken collectief verzekerden.....	93
8.2.1 Demografische kenmerken.....	93
8.2.2 Gezondheidskenmerken	96
8.3 Redenen om voor een collectiviteit te kiezen	104
8.4 Toegangseisen.....	107
8.5 Conclusie.....	107
9. Conclusie	111
9.1 Conclusie aanvullende verzekeringen.....	111
9.2 Conclusie collectieve verzekeringen.....	112
10. Discussie.....	113
10.1 Reflectie op de resultaten.....	113
10.2 Reflectie op de gebruikte theorie	116
10.3 Reflectie op de gebruikte methodologie	118
10.3.1 Inventarisatie aanvullende en collectieve verzekeringen	119
10.3.2 Enquête	120
10.4 Aanbevelingen	122
Literatuur	125
Bijlage 1 Zorgverzekeraars die zijn betrokken in het onderzoek 2008	131
Bijlage 2 Vragen over aandoeningen en zorggebruik in de gezondheidsverklaringen van 2004-2008	133
Bijlage 3 Premietabellen van zorgverzekeraars die premiedifferentiatie toepassen ..	140
Bijlage 4 Aanvullende pakketten die gericht zijn op specifieke doelgroepen.....	142
Bijlage 5 Overzicht geïnventariseerde open collectiviteiten	147
Bijlage 6 Collectiviteitskortingen op premies van andere verzekeringen	161

1. Inleiding

De in 2006 ingevoerde Zorgverzekeringswet verplicht zorgverzekeraars om alle personen die zich aanmelden voor de basisverzekering, te accepteren. Het is in dit kader van belang dat er een goed stelsel van risicoverevening functioneert. Een prikkel tot risicoselectie ontstaat, indien de verzekeraars niet adequaat worden gecompenseerd voor hoge risicogroepen. Uit recent onderzoek (Stam & Van de Ven 2006:11 en 2007:10) blijkt dat risicoselectie bij het huidige risicovereveningsysteem aantrekkelijk is: er is sprake van substantiële voorspelbare verliezen bij specifieke groepen verzekerden die op eenvoudige wijze door de zorgverzekeraars kunnen worden onderscheiden. Verzekeraars krijgen voor deze voorspelbare verliezen onvoldoende compensatie. De modelverbeteringen die in 2007 zijn doorgevoerd, hebben niet tot een structurele verbetering van de voorspelbare winsten en verliezen geleid (Stam & Van de Ven 2007:8). ‘Het kan dan niet worden uitgesloten dat de beoogde effecten van de stelselwijziging, te weten verbetering van kwaliteit en doelmatigheid, op termijn niet zullen worden gerealiseerd’ (Stam & Van de Ven 2006:11).

1.1 Aanvullende verzekeringen

Aanvullende verzekeringen kunnen een effectief instrument vormen voor de risicoselectie binnen de basisverzekering. Ruim 90 procent van de Nederlanders heeft een aanvullende ziektekostenverzekering (NZa 2007:53). Veel mensen zullen de basisverzekering en aanvullende verzekering bij dezelfde ziektekostenverzekeraar af willen sluiten (Van de Ven et al. 2005:223). In tegenstelling tot de basisverzekering geldt voor de aanvullende verzekering geen acceptatieplicht en geen doorsneepremie (dat wil zeggen: een voor iedereen gelijke premie, ongeacht de leeftijd of het risico van de verzekerde). Via een selectief acceptatiebeleid, premie- en pakketdifferentiatie kan de aanvullende verzekering door zorgverzekeraars worden gehanteerd voor risicoselectie in de basisverzekering. Zo kunnen verzekeraars uitsluitend verzekerden accepteren die voor de basisverzekering een voorspelbare winst opleveren. Een hogere premie voor de aanvullende verzekeringen bij mensen die voor de basisverzekering voorspelbaar verliesgevend zijn, is een tweede tactiek die verzekeraars kunnen hanteren. Verder zou het pakket voor de aanvullende verzekering zodanig samengesteld kunnen worden dat het uitsluitend aantrekkelijk is voor verzekerden die winstgevend zijn voor de basisverzekering (De Bruijn & Schut 2007:10).

Aanvullende verzekeringen dragen verder nog het risico in zich dat zij de mobiliteit van de verzekerden kunnen verminderen. Bepalingen ten aanzien van de aanvullende verzekering (zoals koppelverkoop, de acceptatietermijn, en/of de contractduur) kunnen immers een belemmering vormen van de keuzevrijheid en mobiliteit ten aanzien van de basisverzekeringen (De Bruijn & Schut 2007:10).

Het eerste onderdeel (hoofdstuk 5 en 6) van deze studie behandelt het onderzoek naar de aanvullende verzekeringen in 2008. De vraag is of het mogelijk is dat deze verzekeringen zijn gebruikt voor risicoselectie in de basisverzekering en in hoeverre zij een belemmering vormen voor de mobiliteit in de basisverzekering. Het onderzoek vormt een vervolg op de jaarlijkse evaluaties van de aanvullende verzekeringen die sinds 2004 voor de NCPF zijn uitgevoerd. Sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet (2006) lijkt risicoselectie via aanvullende verzekeringen niet voor te komen (De Bruijn & Schut 2006 en 2007). De in eerdere jaren toegezegde non-selecte acceptatie, of een variant hierop, is in 2007 echter niet nogmaals door de zorgverzekeraars gedaan. Bovendien blijft de aanvullende verzekering een krachtig instrument voor risicoselectie en ‘door de scherpe premieconcurrentie en de aanwezigheid van voorspelbaar verliesgevende verzekerden in de basisverzekering, blijven de prikkels voor risicoselectie (...) onverminderd aanwezig.’ (De Bruijn & Schut 2007:9). Een evaluatie van het beleid van zorgverzekeraars ten aanzien van de aanvullende verzekering blijft daarom van belang en vormt de aanleiding voor het eerste deel van dit rapport.

1.2 Collectieve verzekeringen

Naast de aanvullende verzekeringen, kunnen ook collectieve verzekeringen fungeren als instrument voor risicoselectie. Het tweede deel van dit onderzoek richt zich daarom op de collectieve contracten. Collectieve contracten nemen een belangrijke plaats in binnen de Nederlandse zorgverzekering. In 2008 heeft 59% van de verzekerden een collectief contract afgesloten (Smit & Mokveld 2008:15). In tegenstelling tot aansluiting bij werkgeverscollectiviteiten, staat aansluiting bij andere collectiviteiten vaak open voor iedereen, mits de kandidaat-verzekerde zich aansluit bij de vereniging die de collectiviteit aanbiedt. Uiteenlopende organisaties bieden ‘open’ (of pseudo-)collectiviteiten aan, zoals patiëntenverenigingen, vakbonden, sportverenigingen, ouderenbonden, belangen- en klantenverenigingen. In 2007 had volgens de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa 2007:31) meer dan tweederde van de collectief verzekerden een zorgverzekering afgesloten via een werkgeverscollectiviteit en ongeveer 35 procent bij een ‘open’ collectiviteit. Dit betekent een lichte stijging ten opzichte van 2006. Toen rapporteerde de NZa (2006:14) dat ruim 32 procent van de collectief verzekerden een collectief contract had afgesloten via een ‘open’ collectiviteit. Het NIVEL ontdekte recent een verdere stijging van het aantal open collectiviteiten (De Jong 2008:5).

Via de collectiviteit kunnen consumenten hun inkoopkracht bundelen. Zo zouden patiëntenverenigingen met zorgverzekeraars afspraken kunnen maken over de organisatie of vergoeding van zorg of de contractering van bepaalde zorgverleners die voor de doelgroep aantrekkelijk zijn. Dit vereist echter wel dat de collectiviteit voor de zorgverzekeraar een aantrekkelijke partij is. De onderzoeken van Stam & Van de Ven (2006:12 en 2007:10) tonen aan dat het onderscheiden van verliesgevende groepen vrij eenvoudig is. Collectiviteiten waarin dergelijke groepen zijn oververtegenwoordigd, zijn voor zorgverzekeraars onaantrekkelijk. Zorgverzekeraars

zouden aantrekkelijke collectiviteiten, met weinig verliesgevende verzekerden, kunnen aantrekken met hoge premiekortingen, extra vergoedingen en andere voordelen (Schut & de Bruijn 2007:5). Andersom kunnen collectiviteiten ook zelf risicoselectie toepassen. Om hoge premiekortingen te bedingen, zouden deze open collectiviteiten een selectief acceptatiebeleid kunnen hanteren. Collectiviteiten zijn, in tegenstelling tot zorgverzekeraars, niet gebonden aan een acceptatieplicht en zouden dus bij aanmelding bij de collectiviteiten om een gezondheidsverklaring kunnen vragen. Via de achterdeur van deze collectiviteiten zouden verzekeraars zo indirect gunstige risico's kunnen selecteren, hetgeen zou kunnen leiden tot premiedifferentiatie.

Risicoselectie door collectiviteiten leek op grond van de inventarisatie in 2007 niet plaats te vinden (Schut & De Bruijn 2007:36). In 2006, bij de invoering van de Zorgverzekeringswet, hadden de verzekeraars nog nauwelijks informatie over het risicoprofiel van de afzonderlijke verzekerden of per collectiviteit. Naarmate de tijd vordert en de effecten van het risicovereveningssysteem beter uitgekristalliseerd zijn, kunnen zorgverzekeraars steeds nauwkeuriger bepalen welke collectiviteiten ten opzichte van het risicovereveningssysteem voorspelbaar winst- en verliesgevend zijn. Bovendien ondervinden zorgverzekeraars in het nieuwe zorgstelsel door de toegenomen prijsconcurrentie sterkere prikkels voor risicoselectie dan in de voormalige ziekenfondsverzekering. Met het oog daarop is een periodieke evaluatie van het gebruik van collectieve verzekeringen voor risicoselectie van belang en dit vormt de aanleiding voor het tweede deel (hoofdstuk 7 en 8) van dit rapport.

In onderhavig stuk wordt verder uiteengezet waarom en hoe het onderzoek naar risicoselectie via aanvullende en collectieve verzekeringen heeft plaatsgevonden en welke resultaten het heeft opgeleverd. Het onderzoek is in opdracht van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) uitgevoerd. Omdat de prikkels tot risicoselectie onverminderd aanwezig blijven, is een evaluatie van het gebruik van aanvullende en collectieve verzekeringen voor risicoselectie nog steeds van belang. Tevens vormt dit onderzoek een nieuwe onderbouwing voor het herhaald aandringen aan de overheid om de afschaffing van de ex-postcompensatie wederom kritisch te overdenken totdat de compensatie zo gericht mogelijk kan worden ingezet om de 'harde kern' aan ziektekosten te compenseren (Stam & Van de Ven 2006, Stam & Van de Ven 2007).

Hoofdstuk 2 gaat nader in op de doelstelling, probleemstelling en deelvragen van dit onderzoek. De theoretische concepten zullen in hoofdstuk 3 verder de aandacht krijgen. Hoofdstuk 4 behandelt de onderzoeksopzet en de gebruikte methoden. In hoofdstuk 5 tot 8 komen de resultaten aan bod, waarbij in hoofdstuk 5 en 6 aandacht wordt besteed aan het deel aanvullende verzekeringen en in hoofdstuk 7 en 8 aan het deel collectieve verzekeringen. Hoofdstuk 9 bevat een conclusie. In hoofdstuk 10, ten slotte, wordt in de discussie een reflectie gegeven op de resultaten, gebruikte theorie en methodologie. Bovendien zullen hier aanbevelingen voor toekomstig onderzoek worden gedaan.

2. Probleemanalyse

In onderstaande paragrafen zullen de doelstelling, probleemstelling en deelvragen van dit onderzoek worden uitgewerkt. Het onderzoek bestaat uit twee delen. Het eerste deel (hoofdstuk 5 en 6) gaat in op de aanvullende verzekering en de mogelijkheid de toegankelijkheid en de mobiliteit ten aanzien van de basisverzekering via deze verzekering te beïnvloeden. Het tweede deel (hoofdstuk 7 en 8) schenkt aandacht aan de collectieve verzekering en de mate waarin deze gebruikt wordt als instrument voor risicoselectie.

2.1 Doelstelling

Het doel van dit evaluatieonderzoek is, gegeven de mogelijkheden tot risicoselectie die de Zorgverzekeringwet biedt, risicoselectie via aanvullende en collectieve verzekeringen in de zorgverzekering in 2008 te signaleren. Door middel van dit onderzoek wordt de NPCF inzicht verschaft in de mate waarin de aanvullende verzekering de toegankelijkheid en de mobiliteit ten aanzien van de basisverzekering kan beïnvloeden en de mate waarin de collectieve verzekering wordt gebruikt als instrument voor risicoselectie binnen de basisverzekering. Het vormt tevens een uitwerking van de door de overheid uitgesproken noodzaak de risicoselectie te signaleren (Klink 2007:2).

2.2 Probleemstelling

Beïnvloeden de aanvullende en collectieve verzekeringen in 2008 de toegankelijkheid (en mobiliteit) ten aanzien van de basisverzekering?

2.3 Deelvragen

Dit onderzoek bestaat uit twee delen. Het eerste deel gaat, zoals gesteld, in op de aanvullende verzekering en de mogelijkheid de toegankelijkheid en de mobiliteit ten aanzien van de basisverzekering te beïnvloeden. Het tweede deel besteedt aandacht aan de collectieve verzekering en de mate waarin deze gebruikt wordt als instrument voor risicoselectie. In het onderzoeksvoorstel was sprake van een eventueel derde deel dat aandacht zou schenken aan trends, de houdbaarheid van het stelsel en andere mogelijkheden voor verzekeraars om verliezen te beperken. Dit deel zou uitsluitend uitgevoerd worden als de tijd dit toe zou laten. In de uitvoering van deze scriptie is gekozen voor een weergave van enkel het eerste en tweede deel, waarin ook een trendanalyse is opgenomen. Ten opzichte van het in 2008 uitgebrachte rapport voor de NPCF is deze scriptie op een aantal punten uitgebreid. Zo is een theoretisch kader toegevoegd, en zijn de methoden, conform de eisen in het programmaboek 'Bachelorscriptie', uitgebreider dan in het rapport van de NPCF naar voren is gekomen. Ook bevat dit onderzoek een meer uitgebreide discussie.

2.3.1 Aanvullende verzekeringen

Dit deelonderzoek vormt een vervolg op eerder uitgevoerd onderzoek in opdracht van de NPCF. De vragen zullen daarom aansluiten op de vragen gesteld in deze eerdere onderzoeken (zie ook De Bruijn & Schut 2006, De Bruijn & Schut 2006 en De Bruijn et al. 2005):

1. In hoeverre kan de aanvullende verzekering in 2008 door zorgverzekeraars zijn gebruikt als een instrument voor risicoselectie binnen de basisverzekering?
2. Wat zijn de ervaringen van verzekerden met risicoselectie binnen de aanvullende verzekeringen?
3. In hoeverre kan de aanvullende verzekering in 2008 een belemmering zijn geweest om van zorgverzekeraar te veranderen?
4. Wat zijn de ervaringen van verzekerden met deze belemmering?

2.3.2 Collectieve verzekeringen

Net als aanvullende verzekeringen kunnen collectieve verzekeringen dienen als instrument voor risicoselectie binnen de basisverzekering. Daarom richt dit deel zich op de collectieve contracten. Ook dit is een vervolg op eerder uitgevoerd onderzoek (Schut & De Bruijn 2007) in opdracht van de NPCF. De vragen zullen daarom overeenkomen met de eerder gestelde vragen:

1. Welke 'open' collectiviteiten worden aangeboden?
2. Welke premiekortingen (voor de basisverzekering én overige verzekeringen) en andere voordelen worden er door de collectiviteit geboden?
3. Hebben de collectiviteiten betrekking op de goedkope/beperkte of dure/ruimhartige polissen?
4. Vallen er naast de basisverzekering ook andere verzekeringen onder de collectieve afspraken?
5. Worden door open collectiviteiten toegangseisen gesteld, en zo ja, welke?
6. In hoeverre hanteren collectiviteiten gezondheidsverklaringen (of stellen op een andere manier vragen waarmee ze het actuariële risico van de aspirant verzekerde proberen in te schatten)?
7. Bestaat er een verband tussen deze gezondheidsverklaringen en het risicovereveningsmodel?
8. Bestaat er een verband tussen het risicovereveningsmodel en de doelgroepen waar open collectiviteiten zich op richten?
9. Wat zijn de ervaringen van verzekerden met het acceptatiebeleid van (open) collectiviteiten?
10. Wat zijn de redenen van verzekerden om zich bij een bepaalde collectiviteit aan te sluiten?
11. Zijn collectief verzekerden gezonder dan individueel verzekerden?

3. Theoretisch kader

In het theoretisch kader worden de theoretische concepten uit het eerste hoofdstuk breder en dieper toegelicht. Begonnen wordt met een algemene uitleg van de zorgverzekeringsmarkt. De nadruk ligt op risicoselectie en de prikkels daartoe. De inrichting van het zorgverzekeringsstelsel is mede bepalend voor de mate waarin risicoselectie kan voorkomen. Vandaar dat aandacht besteed wordt aan de inrichting van het zorgverzekeringsstelsel en het vereveningssysteem. Vervolgens worden de mogelijkheden voor risicoselectie via aanvullende en collectieve verzekeringen, zoals in hoofdstuk één kort is toegelicht, nader bekeken.

3.1 Zorgverzekeringsmarkt

De markt voor ziektekostenverzekeringen ontleent het bestaansrecht aan de zorgmarkt. De gezondheidszorg wordt, boven alles, gekenmerkt door grote onzekerheid (Lapré et al. 2001:14). Ziekten gaan met medische kosten gepaard. Op de markt van de ziektekostenverzekeringen gaat het om het verminderen van de financiële onzekerheid van ziekte en de daarmee gepaard gaande medische kosten. Onderzoek (Freidman 1973, Kahneman & Tversky 1979, Kahneman 2003, Baarsma et al. 2004) toont aan dat mensen over het algemeen risico-avers zijn. Dit verklaart de grote vraag naar zorgverzekeringen. Door het financiële risico over een groot aantal mensen te verspreiden, kunnen verzekeraars het risico reduceren (Lapré et al. 2001:203).

Een verzekeringsmarkt kent echter een tweetal problemen dat het functioneren verstoort: antiselectie en Moral Hazard. Antiselectie (ofwel *adverse selection*) is ‘de selectie van verzekerden die optreedt omdat (aspirant-) verzekerden met een, bij hen bekend, relatief hoog ziekterisico binnen een door een verzekeraar onderscheiden risicocategorie eerder geneigd zijn om een bepaalde polis te kopen dan verzekerden met een relatief laag risico’ (Lapré et al. 2001:203). Een verzekeraar lijdt dan, in een vrije markt zonder premie-, pakketdifferentiatie, risicoselectie of -verevening, verlies. Naast antiselectie zorgt de zogenaamde Moral hazard voor hoge kosten binnen de ziektekostenverzekeringen. ‘In de verzekeringsliteratuur wordt met Moral hazard het verschijnsel aangeduid dat naarmate men meer en beter verzekerd is, men minder prikkels heeft om het optreden van de onder de verzekeringsdekking vallende gebeurtenis te vermijden c.q. de omvang van de schade te verminderen’ (Lapré et al. 2001:89). De kosten van Moral hazard worden vaak door middel van eigen betalingen bestreden (Lapré et al.2001:221).

Er bestaan verschillende mogelijkheden om antiselectie te beperken. In het begin van de twintigste eeuw stegen de zorgkosten in Nederland sterk en de roep om een verzekering voor de middenklasse nam toe. Ziekenfondsen werden niet uitgebreid en dit leidde tot de oprichting van particuliere verzekeraars (Schut & Van der Velden 1998:864). De verzekeraars werden geconfronteerd met de

twee grote verzekeringsproblemen van Moral Hazard en antiselectie (1998:864). De overheid had rond die tijd nog weinig invloed op en aandacht voor de manier waarop verzekeraars hun verliezen probeerden te beperken. Vóór de Tweede Wereldoorlog was het lastig voor particuliere ziektekostenverzekeraars om het ziekterisico van verzekerden te bepalen. Doordat premiedifferentiatie naar risico niet mogelijk was, waren particuliere verzekeraars genoodzaakt het risico van de verzekerden aan te passen aan de gehanteerde doorsneepremie. Dit gebeurde onder meer door middel van selectieve acceptatie, het hanteren van leeftijdsgrenzen, uitsluitingen en opzeggingen aan het eind van de contractperiode (Katz 1939 in Schut & Van der Velden 1998:865). Het gevolg van dit beleid was dat ouderen en anderen met een hoog risico geen of slechts een zeer onvolledige ziektekostenverzekering af konden sluiten (1998:865). Naarmate de particuliere sector professionaliseerde werd ook vaker premiedifferentiatie toegepast. De ongereguleerde particuliere verzekeringsmarkt bleek niet in de behoefte aan een voor iedereen betaalbare verzekeringsdekking te kunnen voorzien. Particuliere ziektekostenverzekeringen werden gesocialiseerd. De Wet op de Toegang tot de Ziektekostenverzekeringen (inwerking getreden in 1986) loste de groeiende toegankelijkheidsproblemen in de particuliere sector op. Voor bijna alle verzekerden met een standaardpakketpolis werden de medische kosten boven de betaalde maximumpremie via een gemeenschappelijke omslagregeling volledig vergoed (Schut & Van der Velden 1998:870).

Bovenstaande casus toont dat een vrije, ongereguleerde markt met concurrentie tussen risicodragende zorgverzekeraars kan leiden tot verschillende methoden om met antiselectie en hoge risico's om te gaan. De casus toont dat de concurrentie tussen risicodragende verzekeraars op een ongereguleerde verzekeringsmarkt op de lange termijn leidt tot een op het equivalentiebeginsel gebaseerde premiestructuur en acceptatiebeleid. Het equivalentiebeginsel houdt in dat er voor elke verzekeraars per afzonderlijk verzekeringscontract een zo groot mogelijke gelijkheid bestaat tussen zijn inkomsten en zijn verwachte toekomstige uitgaven (Van de Ven et al. 1995:3). Op twee manieren kan het equivalentiebeginsel zich op een markt manifesteren. Ten eerste kunnen zorgverzekeraars trachten de risico's zorgvuldiger te classificeren om de premies nauwkeuriger op het te verzekeren risico af te kunnen stemmen (Lapré et al. 2001:204). Dit wordt premiedifferentiatie genoemd. Ten tweede kunnen de verzekeraars een groter evenwicht tussen premie en risico bereiken door middel van pakketdifferentiatie en een selectief acceptatiebeleid (2001:204). Dat betekent dat zij de premie niet aanpassen aan het risico maar proberen het te verzekeren risico aan te passen aan de premie. Deze laatste strategie heeft de naam risicoselectie. Premiedifferentiatie en risicoselectie worden vaak naast elkaar gebruikt maar zijn in feite substituten (2001:204). Hoewel verzekeraars zich tegen antiselectie kunnen wapenen door middel van de hiervoor genoemde strategieën, geldt dat er nog steeds antiselectie op kan treden, namelijk doordat een (potentiële) verzekerde beter is geïnformeerd dan de verzekeraar (Van de Ven 1995:8). Rothschild en Stiglitz (1976:643) toonden aan dat op een dergelijke

markt, met extreem scheef verdeelde risico-informatie, alleen via pakketdifferentiatie het risico van verzekeren (via hun pakketkeuze) kenbaar gemaakt kan worden.

In elk geval leidt premiedifferentiatie en/of risicoselectie ertoe dat hoge risico's niet verzekerd kunnen worden. Dit gegeven staat 'op gespannen voet met het maatschappelijk belang om aan iedereen een adequate en betaalbare bescherming tegen ziekterisico's te kunnen verschaffen' (Lapré et al. 2001:205). Het hierboven beschreven streven naar een grote mate van evenwicht tussen risico en premie (equivalentiebeginsel) op de Nederlandse vrije markt voor particuliere ziektekostenverzekeringen vertoont spanning met het solidariteitsbeginsel dat maatschappelijk leeft. Deze spanning is niet door middel van zelfregulering te beheersen (2001:206).

Juist doordat het optreden van ziekte en de behoefte aan zorg grotendeels onzeker is, wordt een verdeling van noodzakelijke zorgvoorzieningen op basis van koopkracht maatschappelijk onaanvaardbaar geacht (Lapré et al. 2001:221). In de meeste Europese landen blijkt een egalitaire verdeling, waarbij gezondheidszorg wordt verdeeld op basis van behoefte, terwijl iedereen naar draagkracht bijdraagt in de zorgkosten, de meest gangbare opvatting over sociale rechtvaardigheid (Van Doorslaer et al. 1993 in Lapré et al. 2001:221). Het marktresultaat van een vrije markt voor ziektekostenverzekeringen is hiermee in strijd. Er wordt op een ongereguleerde verzekeringsmarkt onvoldoende rekening gehouden met de sterk altruïstische preferenties die ten aanzien van gezondheidszorg blijken te bestaan (Lapré et al. 2001:221). Dit vormt de reden waarom het profijtbeginsel ('de gebruiker betaalt') niet gangbaar is binnen de gezondheidszorg. In plaats daarvan geldt veelal een draagkrachtbeginsel ('de sterkste schouders dragen de meeste lasten') voor de financiering en een behoeftebeginsel voor het gebruik van zorg ('verdeling van zorg naar behoefte') (Lapré et al. 2001:311).

3.2 Stelsel van ziektekostenverzekering

De spanning tussen het equivalentiebeginsel en het solidariteitsbeginsel is niet door middel van zelfregulering op te lossen. De overheid in Nederland is zich, mede gezien de bovenstaande problemen en net als de meeste andere overheden, met de inrichting van het stelsel van ziektekostenverzekering bezig gaan houden. Daarenboven is de Nederlandse overheid, voortvloeiend uit de Grondwet en internationale verdragen, verplicht zorg te dragen voor een stelsel van gezondheidszorg dat de Nederlandse bevolking toegang geeft tot noodzakelijke, kwalitatief goede medische zorg (Hermans 2007:1). Een belangrijk instrument om de toegang tot de zorg veilig te stellen vormen (verplichte) verzekeringen. De manier waarop het stelsel van ziektekostenverzekering is ingericht bepaald mede de prikkels tot doelmatigheid, solidariteit en het voorkomen van zaken als risicoselectie.

Zowel uit het oogpunt van doelmatigheid als uit het oogpunt van solidariteit, is er reden voor de overheid om in te grijpen in de zorgverzekeringsmarkt (Lapré et al. 2001:219). In de loop van de eeuw hebben verschillende institutionele ingrepen de rol van de markt als coördinatiemechanisme in de gezondheidszorg overgenomen (2001:222). De belangrijkste reden hiertoe was het garanderen van de kwaliteit en toegankelijkheid. Deze instituties konden echter geen oplossing bieden voor de problemen van Moral hazard, aanbodge nduceerde vraag en toepassing van ondoelmatige behandelingen (2001:222). Daarnaast beperkten imperfecties op het vlak van acceptatie, keuzemogelijkheden, eigen verantwoordelijkheid en financiering verzekerden in hun keuzevrijheid en mobiliteit (Hermans 2007:4). Verder bestond er in het systeem van ziektekostenverzekeringen (zowel particulier als ziekenfonds) geen enkele prikkel tot kostenbeheersing. De beheersing van de kosten was daarom in Nederland voornamelijk zaak van centrale aanbodregulering en tariefstelling door de overheid (2007:4). Ondanks deze overheidsmaatregelen stegen de kosten van de zorg sterk. Daarom is Nederland sinds de jaren '80 bezig met de introductie van een sterk gereguleerde vorm van marktwerking in de hoop de kosten van zorg op die manier te beheersen. De overheid stuurt door middel van strikte spelregels de concurrentie in een maatschappelijk gewenste richting (Lapré et al. 2001:223). Die spelregels ('regulering') zijn nodig om de ongewenste uitkomsten van een vrije markt tegen te gaan. Omdat het echter niet alleen gaat om regulatie, maar ook om concurrentie, wordt de allocatie en prijszetting in beginsel door marktpartijen bepaald, waarbij door middel van regulering bepaalde garanties worden geboden voor een rechtvaardige verdeling en randvoorwaarden worden gesteld voor een efficiënte marktwerking (Van de Ven et al. 1995:12). 'Uitgangspunt van het model van 'gereguleerde concurrentie' is het versterken van de relatief zwakke vraagzijde in de gezondheidszorg door de bundeling van vragersmacht bij ziektekostenverzekeraars (of zorginkooporganisaties)' (2001:224).

3.3 Zorgverzekeringswet

De invoering van de gereguleerde concurrentie verloopt langs twee sporen: verandering van de sturingsmechanismen in de zorg en vervanging van de duale verzekeringsstructuur door  n algemene verzekering voor curatieve zorg (Groenenboom 2007:5). Het laatste spoor werd op 1 januari 2006 volbracht met het in werking treden van de nieuwe Zorgverzekeringswet (Zvw). Verder maakt het systeem van centrale overheidssturing plaats voor een meer decentraal georganiseerd stelsel van gereguleerde concurrentie. De Zvw maakt deel uit van een totaal aan wetgeving dat is gericht op 'een breder georiënteerde herziening van de sturing en verantwoordelijkheidsverdeling van de gezondheidszorg' (het eerste spoor) (Hermans 2005:11). Zowel de wetgeving aan de aanbodkant als de wetgeving aan de vraagkant heeft de afgelopen jaren veranderingen ondergaan. Hieronder een kort overzicht van de veranderingen (2005:11):

- De Ziekenfondswet (Zfw), de Wet op de Toegang tot de Ziektekostenverzekeringen (WTZ) en de Wet Medefinanciering Oververtegenwoordiging Oudere Ziekenfondsverzekerden (MOOZ)

werden met het inwerking treden van de Zorgverzekeringswet vervangen. Daarmee kwam een eind aan het onderscheid tussen ziekenfonds- en particuliere verzekeringen.

- De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) zal gemoderniseerd worden. Het idee is dat een deel van de AWBZ overgeheveld wordt naar de Zvw. Een groot deel van de verantwoordelijkheid voor het leveren van zorg in het kader van de AWBZ is door middel van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (2007) bij de gemeenten neergelegd.
- De Wet Ziekenhuisvoorziening (WZV) is vervangen door de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi).
- De Wet Tarieven Gezondheidszorg maakte eerst plaats voor de WGT (ExPres) om vervolgens vervangen te worden door de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG: inwerking getreden in 2006). De WMG is met name van belang omdat het een kader biedt voor het toezicht op de uitvoering van de Zvw door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

Gemeenschappelijk aan de wetwijzigingen is dat niet alles in één keer veranderd wordt (2005:11). Stapsgewijs wordt toegewerkt naar een stelsel met meer gereguleerde concurrentie.

De Zorgverzekeringswet (Zvw) bepaalt in grote mate de inrichting van het nieuwe zorgverzekeringsstelsel. Het Nederlandse zorgverzekeringsstelsel vormde voor het inwerking treden van deze wet een verbrokkeld stelsel, met onvoldoende prikkels tot doelmatigheid. ‘Doelstelling van de [Zvw] is te komen tot meer doelmatigheid, minder centrale sturing en goede toegankelijkheid van zorg.’ (2007:1). Door middel van een meer decentraal georganiseerd stelsel van gereguleerde concurrentie zou het stelsel van gezondheidszorg tot betere prestaties leiden. Gepast zorggebruik is in het kader van de almaar stijgende zorgkosten onontbeerlijk. Actoren in de zorg zouden in dit decentraal georganiseerde stelsel meer vrijheden en meer verantwoordelijkheden moeten krijgen (het eerste spoor), maar het stelsel van zorgverzekeringen dient een dergelijke wijziging in de sturing van zorg wel te ondersteunen (het tweede spoor). ‘De [Zvw] voorziet in het aanbrengen van gelijke condities voor verzekeraars en verzekerden, en in het versterken van rollen van zowel burgers, zorgaanbieders als zorgverzekeraars, opdat zij worden aangemoedigd zo doelmatig mogelijk om te gaan met de gezondheidszorg’ (2007:1). Overigens blijft de overheid systeemverantwoordelijk voor de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de gezondheidszorg (2007:1). De Zvw tracht een transparant zorgverzekeringsstelsel te creëren waarin alle actoren gelijkwaardig zijn. Dit is volgens de Nederlandse overheid de voorwaarde voor een duurzaam en betaalbaar zorgstelsel in de toekomst (2007:1).

Het sociale karakter van de zorgverzekering komt tot uitdrukking door een risico- en inkomenssolidariteit. Door de acceptatieplicht voor het basispakket wordt risicosolidariteit gewaarborgd. Bovendien geldt er een verzekeringsplicht voor de burger (ofwel iedereen die verzekerd is ingevolge de AWBZ) zodat niemand zich aan de zorgverzekeringsplicht kan onttrekken (Hermans

2007:15)¹. Dit is belangrijk voor de borging van de solidariteit. Daarbij geldt een verbod op premiedifferentiatie naar aan de persoon gerelateerde factoren (2007:7). De inkomenssolidariteit wordt vormgegeven door de invoering van de inkomensafhankelijke bijdrage en een wettelijke zorgtoeslag (2007:7). Een deel van de premie is inkomensafhankelijk en wordt afgedragen door de werkgever als percentage van het brutoloon. De inkomensafhankelijke bijdragen worden aangewend om een goed werkend systeem van risicoverevening in stand te houden. Door de Wet op de zorgtoeslag komen mensen voor wie de hoogte van de nominale premie gezien hun inkomenssituatie problematisch is, voor zorgtoeslag in aanmerking. ‘Met zorgtoeslag wordt een belangrijke relatie gelegd tussen draagkracht en de berekende premielast’ (2007:6). Het risicovereveningssysteem compenseert verzekeraars voor verschillen in risicoprofiel. Een adequaat systeem van risicovergoedingen is een cruciale voorwaarde om het systeem effectief te laten zijn. ‘Bij een systeem van *risicovergoedingen* krijgt een verzekeraar *vooraf* (ex ante) een compensatie voor de verwachte kosten per verzekerde op grond van de landelijk gemiddelde *verwachte* kosten van verzekerde in dezelfde risicocategorie’ (Lapré et al. 2001:224). De uitkeringen uit het vereveningsfonds ‘voorkomen dat er voor de zorgverzekeraars financiële nadelen voortvloeien uit een onevenredige verdeling van verzekeringsrisico’s’ (Hermans 2007:6).

De marktprikkels, keuzemogelijkheden en eigen verantwoordelijkheid in het systeem worden bereikt door de nominale premie die door zorgverzekeraars voor iedere verzekerde met hetzelfde verzekeringsarrangement gelijk wordt vastgesteld, de risicodragende uitvoering van de verzekering, het toestaan van winstmotief, functiegericht omschreven aanspraken, eigen betalingen, het jaarlijks kunnen wisselen van verzekeraar en de daarmee samenhangende concurrentie tussen verzekeraars (2007:7). Verzekerden kunnen jaarlijks van verzekeraar wisselen waardoor verzekeraars met elkaar dingen naar de gunst van de burger. Dit vormt een belangrijke stimulans voor goede dienstverlening en doelmatige zorginkoop (Hermans 2007:5). De verzekeraar kan winst maken indien hij in staat is de verzekering zo doelmatig in te richten dat de opbrengsten de kosten overtreffen. Doelmatigheid wordt met dit model dus bevorderd. Maar ook zorgaanbieders moeten meer prestatiegericht gaan werken. Zij worden hiertoe geprikkeld door een verruiming van de contractermogelijkheden, prestatiegerichte bekostigingssystemen en het beschikbaar komen van vergelijkbare informatie over prestaties van zorgaanbieders (Hermans 2007:5).

De Nederlandse overheid heeft bewust gekozen voor een privaatrechtelijke vormgeving van de zorgverzekering (Hermans 2005:23). Inhoudelijk betekent dit dat de verzekering tot stand komt door het sluiten van een verzekeringsovereenkomst tussen een burger en verzekeraar. Dat is niet hetzelfde als een particuliere verzekering. De privaatrechtelijke verzekering kent *sociale* elementen van

¹ Met uitzondering van de gemoedsbezwaren. Gemoedsbezwaren hebben wel de verplichting tot het betalen van een, de wettelijk inkomensafhankelijke bedrage vervangende, belasting (Hermans 2005:34).

verplichte aansluiting, acceptatieplicht, een wettelijk vastgestelde verzekeringsdekking en een solidaire financiering (2005:25). De overheid heeft gekozen voor een privaatrechtelijke inrichting omdat zij van oordeel is dat de gewenste verantwoordelijkheidsverdeling tussen de verschillende actoren op deze manier het beste vormgegeven kan worden. ‘Een dergelijke vormgeving is verantwoord omdat zo een sociale verzekering ontstaat waarin de gewenste ruimte voor ondernemerschap in de zorg van een stevig wettelijke inkadering en publieke waarborgen wordt voorzien’ (2005:25). Een combinatie van sterke publieke voorwaarden en een privaatrechtelijke uitvoering dus. Overigens dient nog opgemerkt te worden dat de keuze voor een gezondheidszorgstelsel tegenwoordig mede bepaald wordt door deelname aan internationale verdragen en lidmaatschap aan de Europese Unie. De regering is echter tot de conclusie gekomen dat er vanuit internationaal-rechtelijk kader geen beletselen hoeven te zijn die in de weg zouden staan bij een privaatrechtelijke vormgeving met publieke waarborgen (2005:27).

Directe risicoselectie is door de acceptatieplicht voor de basisverzekering niet mogelijk. Verzekeraars hebben de afgelopen jaren hogere kosten gemaakt dan dat zij aan opbrengsten binnen kregen. Ongeveer twee jaar na de stelselwijziging bevindt de zorgsector zich, aldus De Nederlandsche Bank (DNB 2008:18), nog allerminst in rustig vaarwater. ‘De situatie bij zorgverzekeraars verslechtert; verliezen houden aan en de solvabiliteit daalt’ (DNB 2008:18). Zij hebben verlies geleden en de prikkels tot het afdwingen van betere prestaties van zorgaanbieders nemen daardoor in belang toe (Hermans 2007:5). Maar ook prikkels genoeg dus om gunstige verzekerden te selecteren. Zo kan het potentiële voordeel van meer premieconcurrentie omslaan in een nadeel voor risicogroepen die bij het huidige vereveningssysteem voorspelbaar verlies opleveren.

3.4 Risicoverevening

Eén van de meest belangrijke voorwaarden voor het goed verlopen van de gereguleerde concurrentie is een adequaat vereveningssysteem (Lapré et al. 2001:224). De acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie, die risicosolidariteit beogen, maken dit tot een essentiële voorwaarde omdat zij bij onvoldoende verevening sterke prikkels voor risicoselectie genereren. ‘Zonder adequate compensatie voor ouderen en chronisch zieken hebben verzekeraars een prikkel tot risicoselectie, waardoor zij een prikkel hebben om bij de zorginkoop en dienstverlening zo weinig mogelijk in te spelen op de preferenties van deze groep verzekerden’ (De Bruijn en Schut 2006:8). Risicoselectie kan dan een meer effectieve manier zijn om de schadelast te reduceren (2006:8). Problemen van risicoselectie leken zich in de verplichte ziekenfondsverzekering niet voor te doen (Prinsze et al. 2005:5). De Zorgverzekeringswet bracht echter een aantal veranderingen met zich mee die de prikkel tot risicoselectie doet toenemen. ‘Zorgverzekeraars krijgen meer instrumenten voor zorginkoop en meer flexibiliteit bij het specificeren van de concrete aanspraken waar hun verzekerden recht op hebben’ (Prinsze et al. 2005:5). Daarnaast neemt het voornemen de prikkel tot risicoselectie toe door

het voornemen van de regering om op korte termijn de ex-post kostencompensaties af te bouwen (Van de Ven et al. 2005:223). Het financiële risico voor zorgverzekeraars neemt, met de afschaffing, immers toe.

Nederland kent een combinatie van een ex-ante en ex-post risicovereveningsysteem. Het is de bedoeling dat op den duur alle verevening via een ex-ante systeem verloopt. Ex-ante risicovereveningen compenseren niet de verschillen in kosten maar de risico's van de verzekerden op basis van kenmerken die samenhangen met de gezondheidstoestand van de verzekerde (Prinsze et al. 2005:18). De schatting van de gezondheidstoestand dient als basis voor de bijdrage die de verzekeraar krijgt uit het zogenaamde Zorgverzekeringsfonds. De bijdrage die de verzekeraar ontvangt uit het Zorgverzekeringsfonds is gelijk aan de landelijk gemiddeld aanvaardbare uitgaven in een subgroep minus een voor alle subgroepen gelijk bedrag. 'Aldus komt een zorgverzekeraar idealiter *naar verwachting* een voor elke verzekerde gelijk bedrag tekort.' (2005:19). De kostenverschillen tussen zorgverzekeraars komen dan tot uiting in de hoogte van de (nominale) premie. De gemiddeld aanvaardbare uitgaven per subgroep worden berekend door middel van een vereveningsformule waarin kenmerken als leeftijd, geslacht, rechtsgrond en regio worden meegenomen (2005:20). Daarnaast worden Farmacie Kosten Groepen (FKG's) en Diagnose Kosten Groepen (DKG's) meegenomen. Uit onderzoek blijkt dat deze kenmerken kosten kunnen voorspellen (Lamers et al. 2003:58). In FKG's wordt informatie over langdurige aandoeningen afgeleid uit extramuraal medicijngebruik in het verleden. Deze informatie blijkt voorspellende waarde te hebben voor toekomstige ziektekosten (Lamers & Van Vliet 2002:311). DKG's zijn gebaseerd op de ontslagdiagnosen van ziekenhuisopnamen in het verleden. Deze informatie blijkt vooral te leiden tot vergroting van de voorspelkracht voor de (variabele) kosten van ziekenhuiszorg en specialistische hulp (Lamers & Van Vliet 2003:20). Door de toevoeging van deze risicoschattende variabelen blijkt het systeem van risicoverevening effectiever dan in een systeem waar enkel demografisch variabelen zijn opgenomen (Van Vliet 2006:771). Het verdeelkenmerk 'rechtsgrond' is na de inwerking treden van de Zvw losgelaten. Sinds 2008 is de Sociaal Economisch Status (SES) als variabele meegenomen in het risicovereveningssysteem. Een belangrijke conclusie uit het meest recente onderzoek (Stam & Van de Ven 2007:11) is dat de voorspelbare winsten en verliezen substantieel blijken te worden gereduceerd door het buiten beschouwing laten van de acht procent verzekerden die in een periode van 5 achtereenvolgende jaren tot de top 25 procent verzekerden met de hoogste kosten behoort. Een toevoeging van het verdeelkenmerk 'meerjarige hoge schade' aan het vereveningsmodel lijkt daarom veelbelovend om voorspelbare verliezen te reduceren.

Een goed werkend risicovereveningsysteem is de beste strategie om risicoselectie te voorkomen, zo blijkt uit onderzoek (Van de Ven et al. 2000:337). Het Nederlandse risicovereveningsmodel behoort tot één van de besten ter wereld (Prinsze et al. 2005:20). Uit onderzoek blijkt daarentegen ook dat

perfecte risicoverevening (nog) niet bereikt is. In 2005 bleek dat zelfs met het geavanceerde Nederlandse systeem, en zonder ex-postcompensaties en nacalculaties, er nog steeds ruim 30% voorspelbaar verlies geleden wordt op de 10% personen die in het voorafgaande jaar de hoogste kosten hadden (2005:21). Er zijn groepen chronisch zieken aanwijsbaar, die voor de verzekeraars voorspelbare verliezen kunnen opleveren (Prinzse et al. 2005:38). 'De voorspelbaar verliesgevende groepen zijn te onderscheiden op basis van (1) bepaalde aandoeningen, (2) gebruik van medicijnen op recept, (3) zorggebruik en kosten van vorig jaar of in 8 voorafgaande jaren en (4) algemene gezondheidsindicatie.' (2005:38). Ook met behulp van algemene vragen naar de gezondheid kunnen voorspelbaar verliesgevende groepen geïdentificeerd worden (2005:39). 'Globaal gesproken is circa een derde van de bevolking voorspelbaar verliesgevend' (2005:6). De conclusie uit het voorgaande onderzoek wordt ondersteund door de onderzoeken door Stam & Van de Ven (2006 en 2007). Zij concluderen dat 'bij het vereveningssysteem voor specifieke groepen verzekerden met een substantiële omvang (veelal meer dan 10% van de bevolking) toch nog sprake is van substantiële voorspelbare verliezen (gemiddeld honderden euro's per persoon per jaar)' (2006:11). Er bestaat een 'harde kern' van voorspelbaar verliesgevende verzekerden (Stam & Van de Ven 2007:11). Ondanks de verbeteringen neemt ook de nu gehanteerde vereveningsformule-2007 nog niet voor alle subgroepen van verzekerden de prikkels voor risicoselectie weg (2007:11). In 2008 wordt gerapporteerd dat de vereveningsformule voor 92 procent van de bevolking redelijk goed werkt, en voor acht procent van de verzekerden nog steeds tot hoge voorspelbare verliezen leidt (Stam & Van de Ven 2008:106). Indien de ex-postmechanismen worden afgebouwd, zoals voorgenomen, zonder dan dit met een verbetering van de risicoverevening gepaard gaat kan het 'niet worden uitgesloten dat de beoogde effecten van de stelselwijziging, te weten verbetering van kwaliteit en doelmatigheid, op termijn niet zullen worden gerealiseerd' (2006:11).

Het voorgaande impliceert dat indien de overheid risicoselectie tegen wil gaan, er blijvend actie ondernomen moet worden ter verbetering van de ex-antevereveningsmechanismen. Van de Ven et al. (2005:223) stellen voor nader onderzoek te doen naar het toevoegen van relevante, thans ontbrekende risicokenmerken. Nader onderzoek naar de verdere afbakening van de harde kern van voorspelbaar verliesgevende verzekerden wordt meer recent aanbevolen (Stam & Van de Ven 2008:107). Verder blijven ex-post-, hoge kostecompensatie en nacalculatie belangrijke instrumenten om risicoselectie tegen te gaan (Prinsze et al. 2005:26). Het gedifferentieerd toepassen van de ex-postcompensaties is een andere mogelijkheid (Stam & Van de Ven 2007:11). Behoud van de ex-postcompensaties heeft echter wel als resultaat dat het de prikkel tot doelmatigheid voor verzekeraars reduceert (Van de Ven et al. 2005:223 en Stam & Van de Ven 2008b:98). Maar het is essentieel dat op de korte termijn voorzichtig met de afschaffing van de achteraf-compensaties wordt omgegaan (Douven 2005), juist om prikkels tot risicoselectie tegen te gaan. Douven (2005:292) stelt zelfs voor de achteraf-compensaties tijdelijk te verhogen. Stam & Van de Ven (2006:11) vragen, op basis van hun

onderzoek, een herziening van het overheidsstandpunt om de ex-post kostencompensaties de komende jaren snel af te willen bouwen.

In 2007 heeft de regering het vereveningssysteem verbeterd. Het vereveningskenmerk Farmacie Kosten Groepen is uitgebreid, zo heeft Minister Klink (2007:2) de Tweede Kamer laten weten. Sinds 2008 kent het systeem ook een variabele die rekening houdt met de Sociaal Economische Status (SES) op basis van inkomensgegevens. Uit evaluatie blijkt echter dat er in het vereveningsmodel-2007 nog steeds sprake is van substantiële voorspelbare verliezen (Stam & Van de Ven 2007:2). De minister ziet in het feit dat een verzekeraar voorspelbaar verliesgevendende verzekerden kan opsporen, nog geen reden om aan te nemen dat risicoselectie ook daadwerkelijk voor zal komen (2007b:2). ‘Ik zie in het NPCF rapport dan ook geen aanleiding de voorgenomen afbouw van de inzet van ex post compensatiemechanismen te herzien’, aldus de Minister (Klink 2007:2). Stam & Van de Ven dringen hier in hun laatste rapport en artikelen wederom op aan (2007:2 en 2008b:98). Wel belooft Klink een verkennende studie naar hoogrisicoverevening, en laat hij zich informeren over het effect van andere kenmerken in het vereveningsmodel (2007:3). Voor de NPCF ziet minister Klink een rol weggelegd bij de signalering van eventuele risicoselectie (2007:3). Onderhavig onderzoek vormt een uitwerking van deze uitgesproken noodzaak.

3.5 Aanvullende verzekering

Aanvullende verzekeringen kunnen een effectief instrument vormen voor de risicoselectie binnen de basisverzekering. Bovenop het verzekeringspakket van de Zorgverzekeringswet kan de verzekerde een aanvullende verzekeringsovereenkomst afsluiten. ‘Pakketsamenstelling, polisvoorwaarden, acceptatiebeleid en premiestelling van zo’n aanvullende verzekering behoren tot de (...) bevoegdheden van de verzekeraar die de aanvullende verzekering aanbiedt’ (Hermans 2007:21).

De aanvullende verzekering kent, in tegenstelling tot de basisverzekering, geen acceptatieplicht. Bij de aanmelding voor aanvullende verzekeringen mag een verzekeraar de aspirant-verzekerde vragen een gezondheidsverklaring in te vullen. Daarbij mag de verzekeraar vragen stellen naar gezondheidsrisico’s die relevant zijn voor de basisverzekering (Van de Ven et al. 2005:223). Vervolgens stellen ‘de gezondheidsverklaringen voor de aanvullende verzekeringen (...) de verzekeraars in staat om een goede inschatting te maken van het actuariële risico dat een aspirant-verzekerde vormt voor de basisverzekering.’ (2005:233). De gezondheidsverklaringen in 2004 bevatten voornamelijk vragen over de eigen gezondheid in het algemeen, de aandoeningen waar aan geleden wordt, medicijngebruik en zorggebruik (nu en in het verleden) (Prinsze 2005:6). Als de verzekeraar zou selecteren op basis van deze informatie, zou hij voor circa een derde van zijn verzekerden een gemiddeld jaarlijks verlies van circa €800 per persoon kunnen voorspellen, en voor

de overigen een voorspelbare winst van gemiddeld circa €350 per persoon per jaar, zo concluderen Prinsze et al. (2005:6).

De aanvullende verzekering leende zich in het oude stelsel dus voor risicoselectie. Maar ook in het nieuwe stelsel kunnen aanvullende verzekeringen een effectief instrument vormen voor risicoselectie (Erken 2004:41). Risicoselectie via de aanvullende verzekering kan op verschillende manieren.

Voor het in werking treden van de Zorgverzekeringwet zegden de meeste particuliere verzekeraars de aanvullende verzekering op zodra een verzekerde voor de verplichte ziekenfondsverzekering van zorgverzekeraar veranderde. Bijna alle mensen hadden daarom de aanvullende en basisverzekering bij dezelfde verzekeraar afgesloten (Van de Ven et al. 2005:223). Ook na het in werking treden van de Zvw sluiten nog veel mensen bij de verzekeraar waar ze de basisverzekering afsluiten, een aanvullende verzekering af (De Bruijn & Schut 2006:8). Ruim 90% van de Nederlanders heeft een aanvullende verzekering (NZa 2007:53). Een directe manier van risicoselectie vindt plaats via het acceptatiebeleid als de zorgverzekeraar voor de aanvullende verzekering alleen die verzekerden accepteert die voor de basisverzekering een voorspelbare winst opleveren. Verzekerden die door een verzekeraar voor de aanvullende verzekering geweigerd worden, zullen er waarschijnlijk voor kiezen de basisverzekering ook bij een andere verzekeraar af te sluiten (De Bruijn & Schut 2006:9). Uit geciteerde onderzoeken blijkt dat deze selectie vrij gemakkelijk gemaakt kan worden (Stam & Van de Ven 2006, 2007 en Prinsze et al. 2005).

Risicoselectie via premiestelling en pakketdifferentiatie is een meer indirecte manier van risicoselectie. Zo zou de verzekeraar de mensen die voor de basisverzekering voorspelbaar verliesgevend zijn slechts tegen een hogere premie kunnen accepteren. Of ze zouden aan verzekerden bij wie tijdens de looptijd van de verzekering is gebleken dat ze voorspelbaar verliesgevend zijn, een premieverhoging kunnen opleggen. Een erg subtiele manier van risicoselectie is om het pakket van de aanvullende verzekering zo samen te stellen dat het enkel aantrekkelijk is voor verzekerden die winstgevend zijn voor de basisverzekering (De Bruijn & Schut 2006:9). Instrumenten als selectief acceptatiebeleid, premie- en pakketdifferentiatie bij de aanvullende verzekering kunnen dus ingezet worden om het risico voor zorgverzekeraars te verminderen.

De evaluatie van 2006 (De Bruijn & Schut 2006) leidde tot de conclusie dat verzekeraars bij de acceptatie voor aanvullende verzekeringen nauwelijks gezondheidsverklaringen hadden gehanteerd. Dit was in lijn met de toezegging van zorgverzekeraars dat zij verzekerden in 2006 zonder medische selectie zouden accepteren voor de aanvullende verzekering. De bevindingen in 2006 betekenden een trendbreuk ten opzichte van de twee daaraan voorafgaande jaren. In 2004 en 2005 (De Bruijn et al. 2005) maakten veel meer zorgverzekeraars gebruik van gezondheidsverklaringen bij de acceptatie

voor de aanvullende verzekering. Bovendien bevatten de gezondheidsverklaringen veel meer vragen die verzekeraars goed in staat stelden om een inschatting te maken van het actuariële risico van de aspirant-verzekerde voor de basisverzekering dan in 2006. In 2007 gold de toezegging van non-selecte acceptatie uit 2006 niet meer. Wel gaf Zorgverzekeraars Nederland (ZN) in een brief aan de Tweede Kamer te kennen naar aanleiding van de situatie in 2006 geen problemen te verwachten met betrekking tot de acceptatie van verzekerden voor de aanvullende verzekering in 2007 (ZN 2006). De resultaten van het onderzoek in 2007 bevestigden deze verwachting. Het aantal verzekeraars dat een gezondheidsverklaring hanteerde was zelfs nog verder afgenomen (De Bruijn & Schut 2007:15) ten opzichte van 2006. ‘Door de scherpe premieconcurrentie en de aanwezigheid van voorspelbaar verliesgevende verzekerden in de basisverzekering, blijven de prikkels voor risicoselectie echter onverminderd aanwezig.’ (De Bruijn & Schut 2007:9). De toezegging tot non-selecte acceptatie, of een variant hierop, is in 2007 niet door de zorgverzekeraars gedaan.

De aanvullende verzekeringen dragen nog een potentieel risico in zich: een belemmering van de mobiliteit voor de basisverzekering. Deze belemmering is ongewenst, want juist de mogelijkheid tot veranderen maakte dat verzekeraars concurreerden op doelmatige en goede zorginkoop om de verzekerde als klant te behouden. Beperkingen van de mobiliteit ontstaan als gevolg van voorwaarden inzake de contractduur, de opzegtermijn, de aanmeldprocedure, de keuzemogelijkheden voor gezinsleden en het beleid rondom het overnemen van machtigingen. Zo kan de tijd die de acceptatieprocedure voor de aanvullende verzekering in beslag neemt, een belemmering vormen om van basisverzekering te veranderen. De open acceptatieperiode is slechts twee maanden (2006:9). Indien het lang duurt voordat de verzekerde de uitslag te horen krijgt dan resteert er weinig tijd om te proberen bij een andere verzekeraar wel geaccepteerd te worden. Overigens doet dit probleem zich slechts voor bij verzekeraars die voorwaarden verbinden aan acceptatie, bijvoorbeeld door de verplichting te hanteren een gezondheidsverklaring af te moeten nemen voor acceptatie bij de aanvullende verzekering. Een mogelijke oplossing is dat verzekerden vrijblijvende, volledige offertes kunnen opvragen. Zij kunnen dan bij verschillende verzekeraars tegelijkertijd nagaan of ze geaccepteerd worden voor het gewenste pakket (2006:9). Verder kan de contractduur van de aanvullende verzekering beperkend uitwerken. De contractduur van de basisverzekering is 1 jaar, dat is een wettelijk vastgestelde duur. De contractduur van de aanvullende verzekering ligt echter niet vast, en de verzekeraar kan dit naar eigen inzicht bepalen. ‘Wanneer de contractduur van de aanvullende verzekering langer is dan een jaar, kan dat een belemmering opleveren voor de mobiliteit ten aanzien van de basisverzekering’ (2006:10). Ook de opzegtermijn van de aanvullende verzekering kan wellicht beperkend uitwerken. Uit het onderzoek in 2007 blijkt dat ruim tweederde van de verzekeraars voor de aanvullende verzekering een opzegtermijn van 2 maanden hanteert (De Bruijn & Schut 2007:25). Wanneer de polisvoorwaarden voor de aanvullende verzekering niet worden aangepast, betekent dit dat verzekerden die willen veranderen hun aanvullende verzekering voor 1

november moeten opzeggen. De meeste nieuwe basispolissen zijn dan vaak nog niet bekend. In dat geval kan de opzegtermijn voor de aanvullende verzekering dus een belemmering opleveren voor de mobiliteit in de basisverzekering (2007:26). Een andere polisvoorwaarde die problemen kan geven is de zogenaamde koppelverkoop. Verzekeraars kunnen de basisverzekering en aanvullende verzekering gekoppeld aanbieden. Weigering voor de aanvullende verzekering betekent daarmee automatisch ook een weigering voor de basisverzekering. Dit beperkt de vrije keuze en de mobiliteit van verzekerden. Overigens is het verboden dat verzekeraars de aanvullende verzekering beëindigen indien verzekerden de basisverzekering opzeggen. Wel kunnen ze in dat geval de premie voor de aanvullende verzekering verhogen (2006:8). Tenslotte kunnen het zogenaamde gezinsprincipe en de overname van machtigingen voor problemen zorgen. Het gezinsprincipe houdt in dat alle te verzekeren personen van een gezin zich moeten aanmelden voor dezelfde aanvullende verzekering. Indien één van de gezinsleden niet wordt geaccepteerd voor de aanvullende verzekering, kan dit een belemmering vormen in de mobiliteit voor de andere gezinsleden. Dit kan een reden vormen om niet over te stappen (2006:8). Ook de onzekerheid over de overname van een lopende machtiging kan, ten slotte, een belemmering vormen om over te stappen.

3.6 Collectieve verzekering

Naast de aanvullende verzekeringen, kunnen ook collectieve verzekeringen fungeren als instrument voor risicoselectie. Naast het aangaan van individuele overeenkomsten met een verzekeraar, kunnen verzekerden er ook voor kiezen deel te nemen aan een collectief contract. Premiekortingen (maximaal 10 procent voor de basisverzekering) vormen hiervan vaak het voordeel. Verder kunnen collectieven gemakkelijker dan een individu een vuist maken tegenover de verzekeraars. Daarmee bieden de collectieve contracten dus ‘countervailing power’ ten opzichte van de verzekeraars (Hermans 2005:36).

Meer dan de helft van de verzekerden in Nederland sloot in 2008 een collectief contract af (Smit & Mokveld 2008:15). Dit kan via een werkgeverscollectiviteit of zogenaamde open collectiviteiten. De werkgeverscollectiviteiten zijn beperkt toegankelijk, terwijl de open collectiviteiten vaak open staan voor iedereen. Aansluiten bij de betreffende vereniging is wel een voorwaarde. Collectieve contracten bieden het voordeel dat de consumenten hun krachten kunnen bundelen om zo gunstige voorwaarden te bedingen. Dit vereist wel dat de collectiviteit voor de verzekeraar aantrekkelijk is. Dat dit niet vanzelfsprekend is, ondervonden verschillende patiëntenverenigingen in 2006 toen zij tevergeefs bij zorgverzekeraars aanklopten voor een collectief contract (Reerink 2006). Het onderzoek van Stam & Van de Ven (2007:11) toont aan dat er bepaalde groepen verzekerden voorspelbaar verliesgevend zijn. Er bestaan collectiviteiten waarin dergelijke groepen relatief oververtegenwoordigd zijn. Deze groepen zullen voor zorgverzekeraars onaantrekkelijk zijn. Zorgverzekeraars zouden zodoende geneigd kunnen zijn zich vooral te richten op collectiviteiten die bij het huidige

risicovereveningsysteem een gunstig risicoprofiel hebben. Dergelijke collectiviteiten zouden aangetrokken kunnen worden door premiekortingen, extra vergoedingen en andere voordelen te bieden (Schut & De Bruijn 2007:5). Dit wordt risicoselectie van collectiviteiten genoemd. Hoewel de premiekorting voor de basisverzekering beperkt is tot tien procent vormt dit geen echte restrictie omdat ook aanvullende en andere verzekering van de verzekeraar onder de collectieve afspraken kunnen vallen. Bij deze verzekeringen is de korting niet aan een maximum gebonden. Bovendien zou de verzekeraar kunnen bepalen dat de korting op andere verzekeringen alleen geldt wanneer de verzekerde ook de basisverzekering bij de zorgverzekeraar afsluit. Op die manier kan de risicosolidariteit, die ten grondslag ligt aan het zorgstelsel, worden ondermijnd.

Ook collectiviteiten zouden risicoselectie toe kunnen passen. Om bij de zorgverzekeraar hoge premiekortingen of andere voordelen te kunnen bedingen, zouden deze open collectiviteiten hun risicoprofiel kunnen verbeteren door een selectief acceptatiebeleid, selectieve marketing of door het stimuleren van gunstige zelfselectie door het aanbieden van voor bepaalde groepen aantrekkelijke 'side-benefits'. Collectiviteiten zijn, in tegenstelling tot zorgverzekeraars, niet gebonden aan een acceptatieplicht en zouden dus bij aanmelding bij de collectiviteiten een gezondheidsverklaring kunnen vragen. Er ontstaat dan een collectiviteit met een gunstig risicoprofiel. Door deze collectiviteiten te selecteren zou de verzekeraar via een omweg indirect gunstige risico's kunnen selecteren. Wanneer collectiviteiten tot selectieve acceptatie zouden overgaan, ontstaat er alsnog premiedifferentiatie tussen gezonden en niet-gezonden.

Vorig jaar is voor het eerst onderzoek gedaan naar de collectieve contracten (Schut & De Bruijn 2007). Toen is onderzocht of en zo ja welke collectiviteiten voor zorgverzekeraars bij het huidige risicovereveningssysteem qua samenstelling aantrekkelijk of onaantrekkelijk waren en, zo ja, of en in hoeverre dit tot uitdrukking kwam in premiekortingen of andere voordelen. Er bleek sprake van een grote variëteit in de aard van doelgroepen waar de collectiviteiten op gericht zijn (Schut & De Bruijn 2007:9). De meeste open collectiviteiten hebben bovendien in 2007 substantiële premiekortingen weten te bedingen op zowel de basis- als de aanvullende verzekering (2007:10). De hoogte van de korting leek enigszins verband te houden met het soort collectiviteit (2007:11). Hoewel sommige collectiviteiten toelatingseisen hanteerden die te maken hadden met de kenmerken van de doelgroep waar de collectiviteit zich op richtte, is er geen collectiviteit aangetroffen die gezondheidseisen aan de toelating stelde (2007:13). Risicoselectie door collectiviteiten leek op grond van de inventarisatie in 2007 dus ook niet plaats te vinden (2007:36). Verder bleek uit de resultaten van de enquête dat van risicoselectie door collectiviteiten ook nog geen sprake was (Schut & De Bruijn 2007:38).

3.7 Trends in risicoselectie

Vóór de komst van de nieuwe Zorgverzekeringswet werd gewaarschuwd voor risicoselectie via de aanvullende verzekering (Prinsze 2004, Van de Ven et al. 2005). Ook in de Ziekenfondswet speelde risicoselectie namelijk een vermeende rol. In 2004 bleek uit onderzoek dat risicoselectie en premiedifferentiatie nauwelijks voorkwam (Schut et al. 2004:55). Kanttekening die hierbij gemaakt werd, was dat als de ‘sneeuwbal van premiedifferentiatie’ eenmaal gaat rollen, het proces lastig te keren valt, zo toont de ontwikkeling in de particuliere hoofdverzekering begin jaren '80 (2004:55). Ook Stam & Van de Ven (2007:10) concluderen dat indien één verzekeraar begint met risicoselectie, de andere verzekeraars zich niet afzijdig kunnen houden.

In 2005 bleken vrij veel verzekeraars een gezondheidsverklaring te hanteren. Conclusie van onderzoek is dat de gezondheidsverklaringen-2005 voor de aanvullende verzekering verzekeraars goed in staat stelt een inschatting te maken van het risico dat een verzekerde vormt voor de basisverzekering (De Bruijn et al. 2005:45). Uit het onderzoek bleek tevens dat het lastig was te voorspellen in hoeverre zorgverzekeraars selectiestrategieën via aanvullende verzekeringen in de Ziekenfondswet toepasten. Gepleit werd voor een Monitor Risicoselectie (2005:46-47).

In 2006 zegden de zorgverzekeraars zoals gesteld een non-select acceptatiebeleid toe. Minder zorgverzekeraars maakten toen gebruik van gezondheidsverklaringen (De Bruijn & Schut 2006:33) dan voor de invoering van de zorgverzekeringswet. Premiedifferentiatie bleek slechts door een klein aantal verzekeraars te worden toegepast (2006:34) en pakketdifferentiatie kwam ook slechts op kleine schaal voor (2006:34). Verder bleek uit analyse van de polisvoorwaarden dat de aanvullende verzekering inderdaad op verschillende manieren de mobiliteit ten aanzien van de basisverzekering kan belemmeren (2006:34). De resultaten uit 2007 (De Bruijn & Schut 2007:31) vertonen een vergelijkbaar beeld.

Het onderzoek (Schut & De Bruijn 2007:38) naar risicoselectie via collectieve verzekeringen toonde aan dat risicoselectie door collectiviteiten nog niet voorkomt. Risicoselectie via collectieve verzekering wordt ook nog niet als strategie gehanteerd. Wel geven de resultaten aan dat risicoselectie op deze manier mogelijk is en aantrekkelijk kan zijn. De verwachting is dat verzekeraars op den duur een betere inschatting kunnen maken van de risico's van verschillende collectiviteiten (2007:39). ‘Imperfecties van het risicovereveningsstelsel zullen zich op termijn vertalen in de premie’ (2007:39).

Bovenstaande beschouwing toont dat risicoselectie via aanvullende en collectieve verzekeringen weliswaar voornamelijk weinig voorkomt maar dat onderzoek uitermate belangrijk is en blijft. De risicoverevening blijkt imperfect waardoor verzekeraars prikkel hebben om risicoselectie, hoewel ongewenst, toe te passen. Een periodieke evaluatie van het beleid van zorgverzekeraars ten aanzien

van de aanvullende en collectieve verzekeringen blijft daarom van belang. Verder kunnen door het monitoren van risicoselectie wellicht zwakheden in het huidige systeem van risicoverevening opgespoord worden (Schut & De Bruijn 2007:39). In 2008 is het onderzoek daarom nogmaals uitgevoerd. In de volgende hoofdstukken worden achtereenvolgens de onderzoeksmethoden, de resultaten en de conclusies besproken.

4. Methoden van onderzoek

In de evaluatie aanvullende en collectieve verzekeringen 2008 is, net als bij de voorgaande evaluaties, gebruik gemaakt van verschillende methoden van onderzoek. Zowel kwantitatieve als kwalitatieve methoden zijn gebruikt. Creswell (2003:15) noemt dit een mixed method approach. In de literatuur wordt beschreven dat een mixed method approach vooral gebruikt wordt om de beperking van de ene vorm van onderzoek op te heffen door de sterkte van de andere vorm en andersom (2003:16). In dit onderzoek is het mixed method design echter pragmatisch ingezet. De evaluatie beoogt algemene uitspraken te doen over risicoselectie en mobiliteit. Voor de NPCF, de opdrachtgever, is het namelijk noodzakelijk dat de resultaten generaliserend gebruikt kunnen worden. Door gebruik te maken van verschillende vormen van onderzoek kon een zo uitgebreid en volledig mogelijk beeld verkregen worden. Hierdoor speelt algemene kritiek over de beperkte generaliseerbaarheid van kwalitatief onderzoek (Davies & Dodd 2002:279) of de vermeende oppervlakkigheid van kwantitatief onderzoek (Swanborg 1999:20 e.v.) een minder grote rol. Er wordt door de gemengde methodologie in feite aan de kritiepunten van beide typen onderzoeken tegemoet gekomen. De methoden zijn complementair gebruikt.

Mixed method onderzoek is vaak pragmatisch van aard (2003:21). Pragmatisme kent verschillende betekenissen maar is bovenal een ‘filosofische leer die het kenmerk van de waarheid ziet in haar praktische toepasselijkheid, haar bruikbaarheid om leiding te geven aan het handelen’ en ‘een opvatting dat men zijn handelen niet moet laten bepalen door een ideologie maar door zijn zakelijke beoordeling van de feiten’ (Van Dale Woordenboek der Nederlandse taal 1999:2643). Kennis is, met andere woorden, in deze aanpak niet zozeer de consequentie van een bepaalde strikte toepassing van een onderzoeksopzet. Daardoor spelen de methoden een ondergeschikte rol (Creswell 2003:13). Het probleem van het onderzoek en de oplossing daartoe is het meest van belang. Er wordt gekozen voor een pluralistische aanpak om het probleem zo diep en breed mogelijk te onderzoeken (2003:13), waarbij praktische toepassing van de onderzoeksresultaten doel is. Dat betekent niet dat er geen aandacht wordt besteed aan de inrichting van de onderzoeksopzet, maar dat de methoden als het ware in dienst staan van het doel: het vinden van een oplossing.

Omdat dit onderzoek een vervolg is op eerder onderzoek, kan een trendmatig veranderingsproces duidelijk worden. In de wetenschappelijke literatuur wordt een dergelijk onderzoek ook wel follow-up genoemd (Bowling 2004:198). Verder kan onderhavig onderzoek aangeduid worden met de term ‘evaluatie onderzoek’ (Bowling 2004:9). Evaluatie onderzoek kan in twee delen onderscheiden worden: formatieve en summatieve evaluatie. ‘Formative evaluation’ lijkt hier het meest op zijn plek omdat dit gaat om ‘the collection of data while the organization or programme is active, with the aim of developing or improving it’ (Bowling 2004:9).

4.1 Aanvullende verzekeringen

In het deel aanvullende verzekeringen staan de vragen centraal in hoeverre de aanvullende verzekering in 2008 door zorgverzekeraars kan zijn gebruikt als een instrument voor risicoselectie binnen de basisverzekering en in hoeverre de aanvullende verzekering in 2008 een belemmering geweest kan zijn om van zorgverzekeraar te veranderen. Naast feitelijke informatie spelen de ervaringen van verzekerden een rol in de beantwoording van de vragen.

4.1.1 Risicoselectie en belemmeringen via aanvullende verzekeringen

Ter beantwoording van de vragen is eerst een inventarisatie gemaakt van aanmeldpakketten, informatiebrochures en polisvoorwaarden met betrekking tot de aanvullende verzekeringen van de in 2008 werkzame zorgverzekeraars. In het onderzoek zijn afzonderlijke tandartsverzekeringen (dat wil zeggen: tandartsverzekeringen die niet geïntegreerd zijn in andere aanvullende pakketten) buiten beschouwing gelaten, omdat het niet waarschijnlijk is dat deze effectief kunnen worden gebruikt voor risicoselectie in de basisverzekering. Sommige zorgverzekeraars zijn samengenomen omdat zij identieke premies en polisvoorwaarden hanteren (bijvoorbeeld de Amersfoortse en Fortis ASR, en ONVZ en Aegon). Voor de verzekeraars die tot het Achmea concern behoren geldt, net als vorig jaar (De Bruijn & Schut 2007:11), een specifieke situatie. Vijf verzekeraars die tot dit concern behoren (DVZ Achmea, Groene Land Achmea, Interpolis, PWZ Achmea en Zilveren Kruis Achmea) hanteren identieke premies, pakketten en voorwaarden. Deze verzekeraars zijn daarom in dit stuk samengenomen en aangeduid als Achmea (D,G,I,P,Z). Uiteindelijk resteren dan 30 zorgverzekeraars (zie bijlage 1).

De genoemde informatie is bij zorgverzekeraars opgevraagd of, indien mogelijk, gedownload van de website van de betreffende zorgverzekeraar. De ervaring leert dat vrij veel informatie via Internet beschikbaar is. De gegevens die gebruikt zijn bij dit onderzoek zijn publiek toegankelijk. Voor 15 november moet iedere zorgverzekeraar zijn polis en premie bekend gemaakt hebben. Dit om de transparantie van het systeem te bewerkstelligen. Iedere burger zou zo, indien gewenst, polissen kunnen vergelijken en kunnen veranderen van verzekeraar. De openbaarheid van gegevens verhoogt de externe betrouwbaarheid van dit onderzoek aanzienlijk. Vrijwel alle verzekeraars bieden de mogelijkheid om in ieder geval de aanmeldformulieren en polisvoorwaarden van de site te downloaden. Bij een aantal verzekeraars kan echter alleen een verzekering afgesloten worden via een verzekeringsadviseur. Dit heeft als consequentie dat de aanmeldformulieren vaak niet via het Internet opvraagbaar zijn. In dat geval is contact gezocht met willekeurige verzekeringsadviseurs die de benodigde informatie toegezonden hebben. Daarnaast is gebruik gemaakt van de gegevens op de informatiewebsite www.kiesbeter.nl en de vergelijkingswebsite www.independer.nl. Voor nog ontbrekende informatie zijn de verzekeraars telefonisch benaderd. Alle verzekeraars, met uitzondering van enkele verzekeraars die verwijzen naar een verzekeringsadviseur, hebben een telefonische en/of

elektronische klantenservice. De informatieverzameling heeft vooral plaatsgevonden in de maanden november en december. De verzameling en analyse van de data liepen daarbij door elkaar heen. Vanaf januari is de nadruk vooral komen te liggen op de analyse van de informatie. De op dat moment ontbrekende informatie werd direct opgevraagd.

Het informatiemateriaal vormde de basis voor de analysefase. Eerst is bekeken of verzekeraars in hun aanmeldformulieren gezondheidsvragen stellen. Daarbij is ook de aard van de eventuele gezondheidsvragen bekeken. Er is vooral gelet op vragen die gebruikt kunnen worden om verzekerden te identificeren die in de basisverzekering voorspelbaar verliesgevend zijn (Stam & Van de Ven 2007). De vragen zijn gerubriceerd, waarbij een indeling is gehanteerd naar zorggebruik (tabel 5.3 en bijlage 2, tabel 5)) en specifieke aandoeningen (bijlage 2, tabel 1 tot 4). In verband met de consistentie jaar is gekozen voor een dergelijke rubricering. Doordat in de Gezondheidsverklaringen-2008 echter naar meer aandoeningen werd gevraagd dan dat in voorgaande jaren in de categorisering was meegenomen, zijn de tabellen op een enkel punt uitgebreid. Deze uitbreiding is per tabel in de voetnoot toegelicht.

De categorisering naar aandoeningen is gebaseerd op de risicovereveningsvariabelen FKG's en DKG's. FKG's en DKG's vormen als het ware een indicatie voor de gezondheidstoestand. Als een aandoening aansluit bij een FKG of een DKG, wordt de verzekeraar voor deze aandoening via het vereveningssysteem gecompenseerd. Indien verzekeraars vragen naar aandoeningen die uitgesloten zijn van FKG's of DKG's is dit interessant. Dit zou er immers op kunnen wijzen dat verzekeraars onvoldoende gecompenseerd worden voor dergelijke aandoeningen en daarom door middel van vragen het gezondheidsrisico van de kandidaat-verzekerden proberen in te schatten. Dit zou reden kunnen zijn om te zoeken naar een mogelijkheid om deze aandoening alsnog in het systeem op te nemen, om risicoselectie te vermijden. Gezondheidsverklaringen met vragen over aandoeningen die wel aansluiten bij FKG's of DKG's zijn ook interessant omdat het door verzekeraars veelvuldig vragen naar dergelijke aandoeningen op een onvoldoende compensatie via het vereveningssysteem zou kunnen wijzen.

De specifieke aandoeningen zijn daarom onderverdeeld in de categorieën 'uitgesloten van FKG's en DKG's' (bijlage 2, tabel 1), 'behandelingen of combinaties van behandelingen' (bijlage 2, tabel 2), 'mogelijk aansluitend bij FKG's of DKG's' (bijlage 2, tabel 3) en 'Aansluitend bij FKG's of DKG's' (bijlage 2, tabel 4). De categorie 'behandelingen of combinaties van behandelingen' vormt een aparte categorie omdat een aantal behandelingen bij meerdere diagnoses kan worden voorgeschreven, waardoor het lastig te bepalen is of de behandeling aansluit bij een FKG of een DKG. De categorie 'mogelijk aansluitend bij FKG's of DKG's' bestaat omdat er in enkele gevallen niet naar één specifieke aandoening wordt gevraagd of omdat er naar symptomen wordt gevraagd die bij meerdere aandoeningen gecategoriseerd kunnen worden.

Na categorisering van alle gezondheidsvragen, is bekeken of verzekeraars nog andere vragen stellen om het risico van de kandidaat-verzekerde in te schatten. Vragen met betrekking tot de algemene gezondheid en het verzekeringsverleden kunnen voor dit doel gebruikt worden. Zo kunnen verzekeraars vragen naar eventuele eerdere uitsluiting, premieverhogingen en beperkende voorwaarden of naar de reden van opzegging bij de vorige verzekeraar. Vervolgens is onderzocht of er verzekeraars zijn die premiedifferentiatie toepassen. Premiedifferentiatie zou ertoe kunnen leiden dat bepaalde aanvullende verzekeringen voor bepaalde groepen verzekerden, gezien de premie, niet meer aantrekkelijk zijn, of juist wel. Er is bekeken of er en wat voor risicogroepen door verzekeraars bij de premiestelling voor de aanvullende verzekering worden onderscheiden. Ook is bekeken of een dergelijk onderscheid in het licht van de risicoverevening een effectieve strategie zou zijn voor risicoselectie. Soms hoeft er geen premiedifferentiatie toegepast te worden, maar hanteren de verzekeraars aparte pakketten. In het aanbod van individuele aanvullende verzekering komen dan pakketten voor die duidelijk gericht zijn op bepaalde doelgroepen. Dit wordt pakketdifferentiatie genoemd. Als een pakket voor een bepaalde doelgroep goedkoper of juist duurder is dan een pakket voor een andere doelgroep, kan dit een indirecte vorm van premiedifferentiatie betekenen. Ook dit kan een teken zijn van risicoselectie.

Met behulp van bovenstaande methoden is getracht te onderzoeken of risicoselectie direct (via het acceptatiebeleid), dan wel indirect (via premie- of pakketdifferentiatie), voorkomt. In het theoretische kader is toegelicht dat aanvullende verzekeringen tevens een beperkende rol kunnen spelen bij de mobiliteit en keuzevrijheid voor de basisverzekering. Ook is uitgelegd dat deze mobiliteit een essentiële rol speelt in het nieuwe zorgverzekeringsstelsel. Daarom is het van belang te inventariseren of deze verzekerdenmobiliteit door bepaalde voorwaarden bij de aanvullende verzekeringen beperkt wordt. Ook voor dit onderzoek zijn aanmeldpakketten, informatiebrochures en polisvoorwaarden gebruikt. Daarbij is gekeken of het mogelijk is vrijblijvende ‘volledige offertes’ (inclusief uitsluitingen, wachttijden en premietoelagen) voor aanvullende verzekeringen onderling te vergelijken. Bij de evaluatie in 2007 (De Bruijn & Schut 2007:31) werd reeds duidelijk dat het opvragen van ‘volledige offertes’ vooral een probleem vormde bij verzekeraars die een gezondheidsverklaring hanteerden. Dit jaar is onderzocht of hiervan nog steeds sprake is. Het vergelijken van ‘volledige offertes’ is immers bepalend in de mogelijkheid om over te stappen. Onvolledige offertes kunnen de mobiliteit beperken.

Maar niet alleen de (on)volledigheid van de offertes is van belang. Ook de algemene voorwaarden van aanvullende verzekeringen kunnen beperkend uitwerken. Zo is aandacht besteed aan de bedenktijd die in polisvoorwaarden geregeld is. Er is gekeken of verzekeraars informatie verstrekken over de termijn waarbinnen zij uitsluitel geven over wel/geen acceptatie en of zij aangeven een weigering te motiveren. Met betrekking tot de contractduur is gekeken of de verzekeraar een langere

contractsperiode hanteert dan zij verplicht zijn te doen in de basisverzekering. Daarnaast kan de opzegtermijn voor de aanvullende verzekering belemmerend werken om te veranderen van basisverzekering. Daarom is ook hier op gelet. Polisvoorwaarden zijn verder bekeken op het voorkomen van onopzegbaarheidsclausules en de mogelijkheid voor verzekeraars om de premies en/of voorwaarden ‘en bloc’ te veranderen. Verzekeraars mogen bovendien de premie voor de aanvullende verzekering verhogen als de verzekerde de basisverzekering bij de huidige verzekeraar opzegt. Dit kan belemmerend werken om van basisverzekering te wijzigen. In het onderzoek vormde dit daarom een aandachtspunt. Daarmee zijn vrijwel alle mogelijke mobiliteitsbeperkingen geïnventariseerd. De overname van machtigingen en het hanteren van individuele of gezinspolissen zijn, ten slotte, de laatste onderwerpen waarnaar gekeken is. Bij de weergave van de resultaten zijn de onderzoeken uit voorgaande jaren meegenomen. Daardoor wordt een trendvergelijking mogelijk.

4.1.2 Ervaring van verzekerden bij aanvullende verzekeringen

Een probleem kan in theorie bestaan, zonder dat deze in de praktijk voor problemen zorgt. Daarom is door middel van een enquête getracht inzicht te verkrijgen in de ervaringen van verzekerden. Met behulp van de enquête is dus getoetst of de theoretische verwachtingen in de praktijk kloppen. De enquête is uitgezet onder een representatieve steekproef van de Nederlandse bevolking. Deze manier van onderzoeken wordt een survey genoemd. Survey-onderzoek is een methode waarbij gegevens worden verzameld uit een steekproef van de onderzochte populatie (Bowling 2003:194). De gegevensverzameling kan door middel van (mondelijke) interviews, maar er wordt ook vaak gebruik gemaakt van enquêtes, zoals in dit onderzoek is gebeurd.

De Nederlandse bevolking is van rechtswege verplicht verzekerd (Zvw) voor de basisverzekering. De steekproef is daarom genomen uit de algemene Nederlandse bevolking. Het wel of niet afsluiten van een aanvullende verzekering staat burgers vrij. Dit onderzoek gaat over aanvullende verzekeringen, maar doordat de enquête is afgenomen onder de algemene bevolking (met een leeftijd hoger dan 18 jaar) bevonden zich in de steekproef ook respondenten die geen aanvullende verzekering hebben afgesloten (n=131). Toch is deze groep ook informatief. Uitsluiting of een verhoging van de premie bij een bepaalde verzekeraar zou reden kunnen zijn om geen aanvullende verzekering af te sluiten. Daarom is ook naar de reden gevraagd waarom de respondenten zonder aanvullende zorgverzekering geen aanvullende verzekering hebben afgesloten.

De enquête is in voorgaande jaren ook afgenomen. In verband met de consistentie is geprobeerd om de inhoud/strekking van de enquête gelijk te houden als in voorgaand jaar. Op een enkel punt is de enquête uitgebreid omdat de NPCF meer wilde weten. Verder kunnen respondenten ieder jaar opmerkingen plaatsen bij het invullen van de enquête. Op basis van deze opmerkingen kan de vragenlijst ieder jaar verbeterd worden. Daarnaast is het zaak om het codeboek, de blauwdruk van de

survey, elk jaar te controleren om deze up-to-date te houden. Aan deze jaarlijkse herziening hebben dit jaar drie onderzoekers, waaronder de schrijver van deze scriptie, meegewerkt. Het codeboek van 2007 vormde daarbij de basis. Het codeboek geeft een routing aan met bijbehorende vragen. Het vormt de handleiding voor de ontwikkeling van de daadwerkelijke enquête. De ontwikkeling van het systeem gebeurde door CentERdata. In de laatste week van januari hebben de onderzoekers van het iBMG de testversie van de vragenlijst ter controle gekregen. Na een aantal kleine aanpassingen werd de vragenlijst onder de steekproef uitgezet.

De door het iBMG opgestelde enquête is uitgezet door CentERdata uit Tilburg. CentERdata is een instituut op het terrein van survey-onderzoek dat gelieerd is aan de Universiteit van Tilburg. Het instituut maakt gebruik van een internet-based panel. Het panel bestaat uit ruim 2000 huishoudens (CentERdata 2007a). Het panel vult iedere week via Internet een (andere) vragenlijst in. In week 5 (2008) hebben de respondenten de enquête met betrekking tot hun zorgverzekering ingevuld. Ook mensen zonder ervaring met Internet nemen aan het panel deel. Zij worden bij het afnemen ondersteund. Hierdoor wordt vertekening door internetgebruik teniet gedaan en de externe validiteit van het onderzoek versterkt; een meer representatieve steekproef van de bevolking is dan immers het gevolg.

Voordeel van het panel is de relatief lage uitval en de mogelijkheid van een betrouwbaar meten. Surveys worden door het niet-verplichtende karakter vaak gekenmerkt door een vrij hoge non-respons. Dit panel, dat al vanaf 1992 bestaat, kent een relatief lage uitval (CentERdata 2007a). Het in kaart brengen van de non-respons is belangrijk omdat het iets kan zeggen over de kwaliteit van de verzamelde gegevens (Bowling 2003:263). De verzamelde gegevens zouden, met een hoge non-respons, niet representatief kunnen zijn voor de Nederlandse bevolking. Dit zou ten koste gaan van de externe validiteit van het onderzoek en moet daarom vermeden worden. De enquête is door 1712 respondenten ingevuld. De vragenlijst kon worden ingevuld van vrijdag tot en met dinsdag. Op maandag hebben de personen die nog niet gereageerd hadden een reminder gekregen. 68 procent van de respondenten in de totale steekproef ($n=2522$) heeft de enquête ingevuld. Dat betekent dat 32 procent van de respondenten de enquête niet heeft ingevuld. Dit is in goede omstandigheden redelijk normaal (Billiet 2001:216). In 1998 schatten De Leeuw en Hox (1998:35) de non-respons van (para)universitaire survey-onderzoeken zelfs op 45 procent. Wel is het van belang dat er niet zomaar vanuit gegaan wordt dat de uitval louter toevallig is. Weigeringen kunnen namelijk systematisch samenhangen met sommige kenmerken die voor het onderzoek van belang zijn. Juist deze samenhang veroorzaakt de vertekening.

Het bestaan van een selectieve non-respons zou enkel aangetoond kunnen worden door de kenmerken van de respondenten te vergelijken met kenmerken van de mensen in de totale sample. De gegevens

van de totale sample zijn echter niet bekend. Daarom is het niet mogelijk een uitspraak te doen over de non-respons. Het was wel mogelijk een aantal achtergrondkenmerken van respondenten in 2008 en 2007 met elkaar te vergelijken. Zo'n vergelijking zegt weinig over de non-respons maar wel over de mate waarin de resultaten uit de verschillende jaren met elkaar vergeleken kunnen worden. De demografische verdeling van kenmerken blijkt dan redelijk overeen te komen. Zowel in 2008 als in 2007 bevinden zich onder de respondenten (iets) meer mannen dan vrouwen en is de leeftijdsgroep 40 tot 65 jaar (ten opzichte van de groepen 20 tot 39 jaar en 65-plus) oververtegenwoordigd. Het opleidingsniveau is vrij gelijkmatig over de steekproefpopulatie verdeeld. De meeste respondenten wonen in het Westen van Nederland en vrij veel respondenten verrichten betaald werk, zijn met pensioen of verzorgen de huishouding. Omdat de respondenten in 2007 en 2008 wat betreft demografische kenmerken vrijwel overeen komen, is een vergelijking over jaren goed mogelijk.

Door middel van een vergelijking met de cijfers die verzameld zijn door het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS 2008), is het bovendien mogelijk om te zien of er verschillen bestaan tussen de onderzoekspopulatie en de algemene populatie. De cijfers van het CBS betreffen de algemene Nederlandse bevolking in 2008. De steekproefpopulatie zal altijd wat verschillen van de totale populatie. Dit wordt de *sampling variation* genoemd. Maar er kan wel bekeken worden of de kenmerken van de respondenten in de steekproef en kenmerken van de algemene populatie globaal overeen komen.

In de algemene populatie blijken iets meer vrouwen voor te komen dan mannen, maar dit scheelt, net als in de onderzoekspopulatie, niet veel. In zowel de algemene populatie, als in de onderzoekspopulatie, is de groep 40 tot 65-jarigen oververtegenwoordigd. Het opleidingsniveau is over de steekproef gelijkmatig verdeeld, terwijl in de algemene populatie een (lichte) oververtegenwoordiging te zien is van het aantal mensen met het opleidingsniveau 'middel'. De meeste respondenten van de enquête leven in het Westen van Nederland. Dat beeld wordt bevestigd in de algemene populatie. Omdat het cijfermateriaal van het CBS met betrekking tot de belangrijkste bezigheid van de bevolking divers is en lastig is te vergelijken met de gegevens die bekend zijn over de onderzoekspopulatie, is deze vergelijking niet gemaakt. In ieder geval tonen de vergelijkingen die wel gemaakt kunnen worden dat de steekproef van CentERdata vrij representatief is voor de algemene bevolking.

Het gebruik van CentERdata (2007a) heeft als voordeel dat het snel en efficiënt werkt bij het afnemen van het onderzoek (CentERdata 2007a). De externe validiteit (representativiteit) wordt door CentERdata gewaarborgd door te zorgen dat het panel een goede afspiegeling is van de Nederlandse bevolking, respondenten gedurende langere tijd lid blijven van het panel (ter bevordering van longitudinaal onderzoek) en dat de respondenten gemotiveerd zijn om de vragenlijsten serieus in te

vullen en zodoende valide gegevens aanleveren (CentERdata 2007a). De anonimiteit van de panelleden wordt gehandhaafd zodat minder sociaal wenselijke antwoorden en meer betrouwbare antwoorden bij privacygevoelige onderwerpen worden gegeven (CentERdata 2007b). Privacy is een ethisch gevoelig aandachtsgebied (Creswell 2003:66).

De levering van gegevens aan de onderzoekers van het iBMG geschiedde door middel van een standaardprocedure waarbij een SPSS system file geleverd wordt. De analyse van gegevens is dan mogelijk (CentERdata 2007b). In dit onderzoek is vooral gebruik gemaakt van frequentietabellen, kruistabellen en, indien mogelijk, een Chikwadraattoets. Alle procedures zijn in het syntaxvenster uitgevoerd. Deze data is, net als de outputvensters, onder voorwaarden opvraagbaar bij de onderzoeker. Aangezien SPSS een veel gebruikt systeem is voor statistische toepassingen, bevordert het gebruik hiervan de externe betrouwbaarheid (reproduceerbaarheid) van het onderzoek aanzienlijk. Daarnaast waren de gegevens van voorgaande jaren ook nog aanwezig in een SPSS system file, waardoor een trendvergelijking met behulp van dezelfde systematiek mogelijk was.

4.2 Collectieve verzekeringen

Collectieve verzekeringen kunnen gebruikt worden als instrument voor risicoselectie. Door middel van bovenstaande methoden is onderzocht of aanvullende verzekeringen als instrument voor risicoselectie gebruikt kunnen worden en of voorwaarden bij de aanvullende verzekeringen een belemmering kunnen vormen bij de overstap voor de basisverzekering. In het deel collectieve verzekeringen staat de vraag centraal in hoeverre de collectieve verzekering in 2008 door zorgverzekeraars en collectiviteiten kan zijn gebruikt als instrument voor risicoselectie. Ook in dit deel spelen de ervaringen van verzekerden, naast feitelijke informatie, een rol.

4.2.1 Aanbod van open collectiviteiten

Ter beantwoording van de vraag is eerst een inventarisatie gemaakt van de open collectieve verzekeringen die in 2008 worden aangeboden (zie bijlage 5). Van iedere collectiviteit is in kaart gebracht welke premiekortingen (voor de basisverzekeringen én overige verzekeringen) en andere voordelen er door de verzekeraar geboden worden en op welke polissen de collectiviteiten betrekking hebben. Daarnaast is bekeken of er naast de basisverzekering ook andere verzekeringen onder de collectieve afspraken vallen en of er door de open collectiviteiten toegangseisen worden gesteld. Ten slotte is onderzoek gedaan naar de mate waarin collectiviteiten gezondheidsverklaringen hanteren en in hoeverre er een verband bestaat tussen deze eventuele gezondheidsverklaringen en het risicovereveningsmodel.

De inventarisatie van collectieve verzekeringen is gedaan op basis van openbare bronnen. Het gaat dan om websites, advertenties en andere openbare publicaties. In dit onderzoek is gebruik gemaakt van de

zogenaamde sneeuwbalmethode (Bowling 2004:380). Websites, advertenties of openbare publicaties verwijzen vaak naar weer andere collectiviteiten. Vanuit dat punt is verder gezocht, totdat er geen nieuwe collectiviteiten meer gevonden zijn. Zo is er dit jaar weer een groot aantal open collectiviteiten méér geïnventariseerd dan vorig jaar (Schut & De Bruijn 2007:9). Hoewel gestreefd is naar volledigheid, is het overzicht waarschijnlijk niet uitputtend. Toch is de onderzoeker van mening dat, gezien het aantal geïnventariseerde collectiviteiten, het een representatief beeld geeft van de verschillende soorten open collectiviteiten die dit jaar zijn aangeboden.

In totaal zijn er dit jaar 148 open collectiviteiten (rechtspersonen) geïnventariseerd. Deze open collectiviteiten hebben in totaal 220 collectieve contracten afgesloten. De collectiviteiten zijn gerangschikt naar doelgroep. Deze indeling is enigszins arbitrair, maar vorig jaar is voor een dergelijke indeling gekozen omdat deze aansluit op de andere publicaties op dit terrein (ATOS 2007:19, Van Ruth et al. 2007:12). In verband met de consistentie is de indeling in dit rapport voortgezet.

4.2.2 Kenmerken en ervaringen van verzekerden per type open collectiviteit

Door middel van de inventarisatie en bijbehorende vragen is onderzocht of de verzekeraars de collectieve verzekering hebben kunnen gebruiken voor risicoselectie en of de open collectiviteiten in 2008 hun risicoprofiel zelf trachten te verbeteren door selectief acceptatiebeleid, selectieve marketing of door het stimuleren van gunstige zelfselectie door het aanbieden van gunstige extra's voor bepaalde groepen. Door middel van een enquête is getracht inzicht te verkrijgen in de ervaringen van verzekerden met het acceptatiebeleid van open collectiviteiten en de redenen van verzekerden om zich bij een bepaalde collectiviteit aan te sluiten. Verder is bekeken of collectief verzekerden gezonder zijn dan individueel verzekerden en of er een verband bestaat tussen het risicovereveningsmodel en de doelgroepen waar open collectiviteiten zich op richten.

De in paragraaf 4.1 behandelde enquête is ook in dit deelonderzoek gebruikt. De respondenten hebben door CentERdata één grote enquête voorgelegd gekregen die voor beide deelonderzoeken gebruikt kon worden. In de enquête werd gevraagd naar de ervaring van respondenten met betrekking tot het aannamebeleid van collectiviteiten en de eventuele toelatingseisen. Verder wordt de deelnemers aan het CentERdata-panel standaard ook een groot aantal achtergrondkenmerken gevraagd.

Omdat ook onderzoek werd gedaan naar de gezondheid van collectief en individueel verzekerden is de respondenten een aantal vragen gesteld over hun gezondheid in het algemeen en het voorkomen van chronische aandoeningen die bij het huidige risicovereveningssysteem, volgens het onderzoek van Stam en Van de Ven (2007:8), voor zorgverzekeraars een voorspelbaar verlies opleveren. Zo is geprobeerd inzicht te verkrijgen in de gezondheidstoestand van respondenten die via een (open)

collectiviteit zijn verzekerd onderling, en de gezondheidstoestand van deze respondenten ten opzichte van de gezondheidstoestand van respondenten die zijn aangesloten bij een (werkgevers)collectief of individueel verzekerd zijn. Wegens het gering aantal waarnemingen per aandoening en gezondheidstoestand op doelgroepniveau moeten de cijfers echter voorzichtig geïnterpreteerd worden: zij vormen niet meer dan een globale indicatie van de mate waarin aandoeningen of gezondheidstoestanen binnen een doelgroep voorkomen.

5. Risicoselectie via de aanvullende verzekeringen

De aanvullende verzekering kan gebruikt worden als instrument voor risicoselectie binnen de verplichte basisverzekering. In dit hoofdstuk wordt geanalyseerd in hoeverre de aanvullende verzekering in 2008 daadwerkelijk door zorgverzekeraars kan zijn gebruikt voor risicoselectie binnen de basisverzekering. Een directe manier van risicoselectie vindt plaats via het acceptatiebeleid. Risicoselectie kan echter ook indirect plaatsvinden: via premiestelling en/of pakketdifferentiatie. Met betrekking tot het acceptatiebeleid is onderzocht welke verzekeraars bij aanmelding aan de potentiële verzekerde vragen stellen over het verzekeringsverleden en de gezondheidstoestand. Verder is bekeken of er zorgverzekeraars zijn die de aanvullende verzekering eenzijdig kunnen opzeggen. Ook is onderzocht, met het oog op de premiestelling en het pakketaanbod, in hoeverre verzekeraars hun premies en pakketten differentiëren voor verschillende risicogroepen.

5.1 Verzekeringsverleden

Potentiële verzekerden die ooit geweigerd zijn voor een verzekering, die onder beperkende voorwaarden en/of verhoogde premie aangenomen zijn voor een verzekering, of bij wie de verzekering door de verzekeringsmaatschappij is opgezegd, kunnen een risico vormen voor de basisverzekering. Ook de reden voor beëindiging van de verzekering bij de huidige verzekeraar kan een indicatie zijn van een (groter) risico. Vragen met betrekking tot het verzekeringsverleden worden aan alle verzekerden gesteld: niet alleen aan verzekerden die naast hun basisverzekering ook een aanvullende verzekering af willen sluiten, maar ook aan verzekerden die alleen een aanvraag voor een basis- of aanvullende verzekering indienen. Daarom kunnen de vragen dienen voor risicoselectie, maar met de beantwoording kan tevens een indruk verkregen worden of de aanmelder een (potentiële) wanbetaler is. Hoewel zorgverzekeraars gebonden zijn aan een acceptatieplicht voor de basisverzekering, kunnen zij voor wat betreft de aanvullende verzekering (potentiële) wanbetalers weigeren. Door (potentiële) wanbetalers niet toe te laten tot de aanvullende verzekering kunnen verzekeraars hen wellicht ook ontmoedigen om een basisverzekering af te sluiten.

In tabel 5.1 is weergegeven welke verzekeraars vragen stellen over het verzekeringsverleden van de kandidaat verzekerde. Alleen IZA en Zorgverzekeraar UMC vragen, net als vorig jaar, expliciet of er ooit een verzekering is opgezegd of geweigerd ‘anders dan om medische redenen’.

Tabel 5.1 Verzekeraars die vragen naar verzekeringsverleden

<i>Vraag: heeft een ziektekostenverzekeringsmaatschappij ooit een aanvraag van een of meerder te verzekeren personen voor een verzekering afgewezen, beëindigd of slechts onder bijzondere voorwaarden aangenomen (of tegen een verhoogde premie geaccepteerd)?</i>	<i>Vraag: Wat is de reden van de beëindiging van de verzekering bij huidige verzekeraar?</i>
Avéro Achmea Azivo De Amersfoortse De Goudse Delta Lloyd IZA Zorgverzekeringen IZZ Zorgverzekeraar Lancyr SIZ Trias Univé VGZ Zorgverzekeraar UMC	Avéro Achmea De Amersfoortse De Friesland Delta Lloyd Achmea (D, G, P, Z) ¹ Lancyr ONVZ OZF Achmea Salland VGZ

¹ Let op: exclusief Interpolis

In bijlage 1 is een overzicht weergegeven van de verzekeraars die in dit onderzoek zijn meegenomen. De indeling die in deze bijlage is gehanteerd is ook in bovenstaande tabel, en in alle volgende tabellen van dit stuk, gebruikt.

Ten opzichte van 2006 en 2007 is het aantal verzekeraars dat een vraag stelt over het verzekeringsverleden niet noemenswaardig gewijzigd. Zestig procent van de verzekeraars (18 van 30) stelt een vraag over het verzekeringsverleden. In deze groep bevinden zich zowel grote verzekeraars (met veel klanten) als kleine verzekeraars (met een minder groot klantenbestand). Hetzelfde geldt voor de verzekeraars die een dergelijke vraag niet stellen. Het gaat dus in beide groepen om aanzienlijke aantallen verzekerden. Avéro Achmea heeft dit jaar voor het eerst gevraagd naar een eventuele weigering of acceptatie tegen afwijkende voorwaarden in het verleden en de reden van beëindiging van de verzekering. Verzekeraar OZ is opgeheven en overgenomen door CZ. CZ stelt, in tegenstelling tot OZ in 2007, geen vraag naar het verzekeringsverleden.

In 2006 bleek dat er meer zorgverzekeraars vragen naar het verzekeringsverleden dan in de jaren voor de invoering van de Zorgverzekeringswet (De Bruijn & Schut 2006:15). De meest waarschijnlijke reden hiervoor is dat het risico op wanbetaling onder lage inkomensgroepen is toegenomen door de sterke toename van de nominale premie in vergelijking tot de premie van voormalig Ziekenfondsverzekerden. In dit licht kunnen wellicht ook de vragen (van Avéro Achmea, De Amersfoortse, VGZ, IZZ, IZA, SIZ, Zorgverzekeraar UMC, Trias, De Goudse, Univé) naar een eventueel strafrechtelijk verleden van de te verzekeren personen of het voorkomen van ‘andere feiten die voor het beoordelen van deze aanvraag van belang zouden kunnen zijn’ worden gezien. Andere

verzekeraars (De Amersfoortse, ONVZ en Trias) stellen de vraag ‘Heeft u nog iets mede te delen dat voor het tot stand komen van de zorgverzekering van belang is?’.

Uit de afgenomen enquête blijkt dat 22 procent (n=11) van de verzekerden die in 2008 is overgestapt naar een andere verzekeraar (n=50) een vraag moest beantwoorden over het verzekeringsverleden (bijvoorbeeld of hen ooit een verzekering is geweigerd, opgezegd of voorgesteld tegen beperkende voorwaarden). In 2007 (De Bruijn & Schut 2007:14) vulden 15 respondenten (12 procent) een vraag over het verzekeringsverleden in.

5.2 Gezondheidsverklaringen

In 2006 bleek dat het aantal verzekeraars dat een gezondheidsverklaring hanteerde sterk was afgenomen ten opzichte van de jaren daarvoor (De Bruijn & Schut 2006:18). In 2007 was het aandeel zorgverzekeraars met een gezondheidsverklaring nog verder gedaald (De Bruijn & Schut 2007:15). Het aantal zorgverzekeraars dat vraagt naar de gezondheid van de potentiële verzekerde stijgt in 2008 echter weer wat. In tabel 5.2 is weergegeven bij welke zorgverzekeraars in 2008 een gezondheidsverklaring voor bepaalde aanvullende pakketten ingevuld moest worden.

Tabel 5.2 Zorgverzekeraars die een gezondheidsverklaring hanteren

Zorgverzekeraar	Aanvullend pakket waarvoor de gezondheidsverklaring ingevuld moet worden
Avéro Achmea	AV Excellent en/of Ziekenhuis Extra pakket
De Amersfoortse	Voor alle aanvullende verzekeringen als ze niet in combinatie met de basisverzekering van De Amersfoortse worden afgesloten.
De Friesland	Voor alle aanvullende verzekeringen als ze niet in combinatie met de basisverzekering van De Friesland worden afgesloten.
Delta Lloyd	ZorgGarant Top
Achmea (D, G, I, P, Z)	Principe Plus Polis 4 sterren en/of Beter Af Ziekenhuis Extra Pakket (klassenverzekering) ¹
ONVZ	Voor alle aanvullende verzekeringen als ze niet in combinatie met de basisverzekering van ONVZ worden afgesloten. Voor de aanvullende verzekeringen Optifit, Topfit, Superfit en Privé Zorgpakket moeten altijd gezondheidsverklaringen worden ingevuld.
PNO Ziektekosten	Alle aanvullende verzekeringen indien een individuele polis wordt afgesloten (i.p.v. collectieve polis)
Trias ²	Antroposofisch pakket

¹ Interpolis biedt geen klassenverzekering aan. De vraag met betrekking tot de verwachte ziekenhuisopname wordt door Interpolis dus ook niet gesteld.

² Trias vraagt in het aanmeldformulier aan de verzekerde of deze ermee in stemt dat de medisch adviseur, indien nodig, gebruik maakt van reeds bij Trias (c.q. bij een van de rechtspersonen die deel uitmaken van de Trias-groep) over hen bekende medische informatie.

De gezondheidsverklaring hoeft alleen ingevuld te worden bij de meest uitgebreide pakketten, een antroposofisch pakket of een klassenverzekering. Zorgverzekeraars De Amersfoortse (incl. Fortis ASR) en De Friesland selecteren enkel op medische gronden indien de aanvullende verzekering niet

tegelijk met de basisverzekering wordt aangegaan of indien de basisverzekering bij een andere zorgverzekeraar is afgesloten. De Friesland hanteerde deze methode ook in 2006 en 2007 (De Bruijn & Schut 2006:17 en 2007:15). De Amersfoortse hanteerde alleen in 2006 een uitgebreide gezondheidsverklaring wanneer de aspirant-verzekerde de aanvullende verzekering niet in combinatie met de basisverzekering afsloot. Toen zijn de Amersfoortse en De Friesland niet in de rapportage meegenomen aangezien het in het onderzoek uitsluitend ging om de mogelijkheden om via de aanvullende verzekering het risico voor de basisverzekering in te schatten (De Bruijn & Schut 2006:17). In 2007 hanteerde De Amersfoortse in geen enkel geval meer een medische selectie. In 2008 zijn dezelfde vragen echter weer op het aanmeldformulier van De Amersfoortse (incl. Fortis ASR) verschenen. Wederom alleen bij aanmelding voor de aanvullende verzekering zonder basisverzekering. Dit jaar is besloten ook deze verklaringen in het onderzoek mee te nemen. Risicoselectie voor de basisverzekering is weliswaar uitgesloten, maar vanuit een bredere invalshoek van de toegankelijkheid van de aanvullende verzekering zijn de verklaringen toch in de beschouwing meegenomen, mede gezien de maatschappelijke aandacht die besteed wordt aan de toegankelijkheid van de aanvullende verzekeringen (zie o.a. Radar 191107 en 101207) en omdat uit meldingen bij het meldpunt Consument en de Zorg van de NPCF blijkt dat de toegankelijkheid voor sommige patiënten een probleem vormt wegens medische selectie.

Tenslotte stelt een drietal zorgverzekeraars (De Amersfoortse, ONVZ, Trias) een algemene vraag over het risico van de aspirant-verzekerde: ‘Hebt u nog iets mee te delen dat voor de beoordeling van deze aanvraag van belang is?’. Avéro Achmea, De Amersfoortse en ONVZ vragen of ‘alle te verzekeren personen thans lichamelijk en geestelijk gezond en vrij van klachten [zijn]?’ of een variant op deze vraag. Als de kandidaat-verzekerde ontkennend antwoordt, wordt gevraagd naar een toelichting. PNO Ziektekosten vraagt of er ‘andere overwegingen of omstandigheden [zijn] waarvan u denkt dat ze van belang zijn?’. Vervolgens wordt om een toelichting gevraagd. VGZ, IZZ, IZA, SIZ en Zorgverzekeraar UMC vragen naar een eventueel strafrechtelijk verleden of het voorkomen van ‘andere feiten die voor het beoordelen van deze aanvraag van belang zouden kunnen zijn’.

5.2.1 Aard van de gezondheidsvragen

Van de verzekeraars die een gezondheidsverklaring hanteren, stellen alleen Avéro Achmea, ONVZ (incl. Aegon) en PNO Ziektekosten (in geval een individuele polis wordt aangevraagd) vragen over specifieke aandoeningen. Ook De Amersfoortse (incl. Fortis ASR) en De Friesland stellen aandoeningsspecifieke vragen, indien de aanvullende verzekering zonder basisverzekering wordt afgesloten. Het aantal verzekeraars dat specifiek vraagt naar aandoeningen is daarmee ten opzichte van 2007 gestegen. Het aantal blijft echter lager dan het aantal verzekeraars dat voor de invoering van de Zorgverzekeringswet vragen stelde naar specifieke aandoeningen (De Bruijn & Schut 2006:19). In

bijlage 2 is weergegeven naar welke specifieke aandoeningen en vormen van zorggebruik (periode 2004-2008) is gevraagd.

In 2008 stellen zorgverzekeraars die een gezondheidsverklaring hanteren vrijwel dezelfde vragen over zorggebruik als in 2006 en 2007. Tabel 5.3 geeft hiervan een overzicht. Wel is het aantal vragen per verzekeraar gemiddeld toegenomen. Vóór 2006 (De Bruijn & Schut 2006:19) hadden de verzekeraars nog meer vragen over zorggebruik in hun gezondheidsverklaringen opgenomen. Zo werd bijvoorbeeld gevraagd of de verzekerde contact heeft gehad met de huisarts en/of gebruik maakt van gezinsverzorging, thuisverpleging en/of noodzakelijk ziekenvervoer. De vraag naar huisartscontact (of contact met/behandeling door een arts in het algemeen) is in een enkele gezondheidsverklaring (Avéro Achmea, De Amersfoortse en ONVZ) teruggekomen. Naar gezinsverzorging, thuisverpleging en/of noodzakelijk ziekenvervoer wordt ook in 2008 niet gevraagd. Tevens stelden vóór 2006 (De Bruijn & Schut 2006:21) enkele verzekeraars vragen naar het gezondheidsgedrag (roken en/of alcoholgebruik) van de verzekerde. Ook dat komt in 2006, 2007 en 2008 niet voor.

In 2008 stellen Avéro Achmea, De Amersfoortse (incl. Fortis ASR), Delta Lloyd en ONVZ (incl. Aegon) de meeste vragen over zorggebruik, met de kanttekening dat deze vragen alleen gesteld worden bij aanmelding voor de meest uitgebreide pakketten, of, in het geval van de Amersfoortse (en ONVZ) als de basisverzekering elders wordt afgesloten. De meeste vragen gaan over het gebruik van verstrekkingen die in het aanvullende pakket zijn opgenomen. Uit onderzoek blijkt dat verzekerden die in het verleden gebruik hebben gemaakt van fysiotherapie of van alternatieve geneeswijzen voorspelbaar verliesgevend voor de basisverzekering zijn (Prinsze et al. 2005, Stam & Van de Ven 2006). Ook verzekerden die in de afgelopen 12 maanden contact hebben gehad met een medisch specialist blijken voorspelbaar verliesgevend voor de basisverzekering (Stam & Van de Ven 2007). Informatie over het huidige en toekomstige gebruik van deze zorgvormen kan verzekeraars in staat stellen om voorspelbaar verliesgevende kandidaat-verzekerden voor de basisverzekering te identificeren en deze niet te accepteren voor een aanvullende verzekering. Aangezien het hier echter voornamelijk gaat om verstrekkingen uit de aanvullende verzekering, lijkt het primaire motief van de vragen gelegen in het schatten van het risico voor de aanvullende verzekering zelf. Avéro Achmea, ONVZ, DVZ Achmea, Groene Land Achmea, PWZ Achmea en Zilveren Kruis Achmea vragen naar eventuele ziekenhuisopnamen (in heden, verleden en/of toekomst). De vier laatstgenoemde verzekeraars, allen behorend bij het Achmea concern, stellen deze vraag alleen aan verzekerden die de klassenverzekering aanvragen.

Tabel 5.3 Vragen in de gezondheidsverklaring over zorggebruik

<i>Zorggebruik</i>	<i>Avéro Achmea</i>	<i>De Amersfoortse</i>	<i>De Friesland</i>	<i>Delta Lloyd</i>	<i>Achmea (D, G, I, P, Z)</i>	<i>ONVZ</i>	<i>PNO Ziektekosten</i>	<i>Trias</i>
<i>Huidig gebruik</i>								
Geneesmiddelen	X	X				X		
Dieet of bijzondere voedingsmiddelen / -supplementen		X				X		
Ziekenhuisopname					X ³			
Contact met medisch specialist								
Behandeling door arts of specialist	X							
Gebruik fysiotherapeut en / of andere paramedische behandelingen ¹	X		X					
Contact alternatieve genezers / therapieën, waaronder biografische therapie	X			X				X
Huisarts	X							
Begeleiding / behandeling psycholoog, psychiater, psychotherapeut	X		X	X				
Behandeling dermatoloog of huidtherapeut	X			X				
Gezinsverzorging								
Thuisverpleging								
Medisch noodzakelijk ziekenvervoer								
Hulpmiddelen ²		X				X	X	
Geneeskundig onderzoek / behandelingen / controle						X		
<i>Toekomstig gebruik</i>								
Ziekenhuisopname / poliklinische behandeling	X				X ³			
Contact met medisch specialist								
Behandeling door arts of specialist								
Gebruik fysiotherapie en / of andere paramedische behandelingen ¹					X			
Contact alternatieve genezers / therapieën, waaronder biografische therapie				X				X
Huisarts								
Begeleiding / behandeling psycholoog, psychiater, psychotherapeut				X				
Behandeling dermatoloog of huidtherapeut				X				
Thuisverpleging								
Medisch noodzakelijk ziekenvervoer								
Hulpmiddelen ²								
Geneeskundig onderzoek / behandelingen / controle						X		
<i>Gebruik in het verleden</i>								
Geneesmiddelen	X							
Ziekenhuisopname / poliklinische behandeling						X		
Contact met medisch specialist								
Behandeling door arts of specialist	X	X				X		
Gebruik fysiotherapie en / of andere paramedische behandelingen ¹	X	X			X	X		
Contact alternatieve genezers / therapieën, waaronder biografische therapie	X	X				X		
Huisarts	X	X						
Begeleiding / behandeling psycholoog, psychiater, psychotherapeut	X	X				X		
Behandeling dermatoloog of huidtherapeut	X							
Hulpmiddelen ²	X							
Geneeskundig onderzoek / behandelingen / controle		X						

X = Ja

¹ Met andere paramedische behandeling wordt bijvoorbeeld bedoeld: manuele therapie, podotherapie of ergotherapie

² Met hulpmiddelen wordt bijvoorbeeld bedoeld: bril, contactlenzen, gehoorapparaat, protheses, pruik, beademingsapparatuur of injectiespuiten

³ Interpolis biedt geen klassenverzekering aan en stelt deze vraag, in tegenstelling tot de andere labels van het Achmea-concern, dus niet

5.2.2 Vergelijking gezondheidsverklaringen 2004-2008

Tabel 5.4 geeft een overzicht van het gebruik van gezondheidsverklaringen in de periode 2004 tot 2008. De verandering in het gebruik van de verklaringen sinds 2004 is in deze tabel inzichtelijk gemaakt. Bijlage 2 geeft weer naar welke specifieke aandoeningen en vormen van zorggebruik door verzekeraars in de periode 2004 tot 2008 is gevraagd.

Tabel 5.4 Gebruik van gezondheidsverklaringen¹ en vragen over verzekeringsverleden van 2004-2008

	2004	2005	2006	2007	2008
Totaal aantal verzekeraars	21	21	32	33	30
Aantal zorgverzekeraars dat een vraag stelt over het verzekeringsverleden van de aspirant verzekerde	8	8	19 ²	18 ²	18
Aantal zorgverzekeraars met een gezondheidsverklaring ¹	10	9	7 ³	4 ³	8 ⁴
<i>Aantal zorgverzekeraars met vragen in de gezondheidsverklaring over:</i>					
Aandoeningen (tussen haakjes het gemiddeld aantal vragen per zorgverzekeraar)	6 (15)	7 (8)	2 (2)	1 (1)	5 (11) ⁴
Zorggebruik (tussen haakjes het gemiddeld aantal vragen per zorgverzekeraar)	9 (4)	9 (3)	7 (2)	4 (3)	8 (6) ⁴
Medicijngebruik	5	4	1	1	3 ⁴
Algemene gezondheidsindicatie	2	0	0	0	4 ⁴
Gezondheidsgedrag	1	4	0	0	0 ⁴

¹ Exclusief gezond gebit verklaringen voor tandheelkundige zorg

² Ten behoeve van de trendvergelijking is een andere manier van berekenen gehanteerd dan in de rapporten 'Evaluatie aanvullende verzekering 2007' (De Bruijn & Schut 2007:18) en 'Evaluatie aanvullende verzekering 2006' (De Bruijn & Schut 2006:22).

³ zie De Bruijn & Schut 2007:18

⁴ Inclusief de gezondheidsverklaringen van De Amersfoortse en De Friesland. Ook zonder deze verzekeraars is het aantal verzekeraars met een gezondheidsverklaring gestegen. Als De Amersfoortse en De Friesland niet meegerekend worden, is het aantal verzekeraars met een gezondheidsverklaring 6; het aantal verzekeraars met vragen over aandoeningen 3 (gemiddeld aantal vragen 3); het aantal verzekeraars met vragen over zorggebruik 6 (gemiddeld aantal vragen 7); het aantal verzekeraars met vragen over medicijngebruik 2; en het aantal verzekeraars dat vraagt naar de algemene gezondheidstoestand 3.

In 2007 was het aantal verzekeraars dat een gezondheidsverklaring hanteerde nog verder afgenomen ten opzichte van 2006. De trendbreuk die in 2006 was ingezet, leek zich daarmee voort te zetten. In 2008 is er echter sprake van een stijging van het aantal verzekeraars dat een gezondheidsverklaring

hanteert. Ook als de gezondheidsverklaringen van De Amersfoortse en De Friesland buiten beschouwing worden gelaten, is er in 2008, ten opzichte van 2007, een stijging waarneembaar (zie ook voetnoot 4; tabel 5.4). De verzekeraars die gebruikmaken van een gezondheidsverklaring doen dit óf voor de meest uitgebreide verzekeringen, óf wanneer verzekerden een aanvullende verzekering zonder basisverzekering af willen sluiten.

In het onderzoek is aan de respondenten van de enquête gevraagd of zij de afgelopen jaren een gezondheidsverklaring hebben moeten invullen (het betreft hier tevens saneringsverklaringen voor tandheelkundige zorg die bij de inventarisatie buiten beschouwing zijn gelaten). De resultaten zijn samengevat in tabel 5.5.

Tabel 5.5¹ Aantal respondenten dat een gezondheidsverklaring heeft moeten invullen en het aantal dat vervolgens is geweigerd voor de aanvullende verzekering

	2005- 2006 ²	2006-2007 ²	2007-2008
n	2118	2118	1682
Aantal respondenten dat een gezondheidsverklaring moest invullen	86	10	14
Aantal geweigerd voor een aanvullende verzekering	7	4	1

¹ Een dergelijke tabel is in het rapport van 2007 ook opgenomen (De Bruijn & Schut 2007:19). Om vertekening door recall bias (beperkt selectief geheugen bij het ophalen van gebeurtenissen uit het verleden (e.g. > 0.5 jaar) - Bowling 2004:155 en 2004:305) zoveel mogelijk te beperken, is er gekozen voor een weergave van de getallen van vorig jaar (kolom 2005/2006 en 2006/2007) in combinatie met de meest recente getallen van dit jaar (kolom 2007/2008). Deze vraag is in 2007 beantwoord door 2118 personen (2007:19). In 2008 hebben 1682 personen deze vraag ingevuld. Relatief gezien is het aantal personen dat een gezondheidsverklaring heeft moeten invullen dus toegenomen.

² Zie De Bruijn & Schut 2007:19

Uit de tabel blijkt dat het aantal verzekerden dat een gezondheidsverklaring heeft moeten invullen in de loop der jaren dalende was. Dit jaar is voor het eerst een stijging waar te nemen. Gezien de toename van het aantal verzekeraars dat een gezondheidsverklaring hanteert, voldoet deze stijging aan de verwachting. Het aantal respondenten dat een gezondheidsverklaring moest invullen is nog wel lager dan in de periode 2005-2006. Gedeeltelijk is het verschil toe te schrijven aan de daling van het aantal overstappers in de periode 2006-2008. In de enquête gaf 16,2 procent van de mensen aan met ingang van 2006 overgestapt te zijn. In 2007 is 4,8 procent van de mensen overgestapt. Dit jaar is slechts 3,1 procent van het totaal aantal respondenten (n=1407) van basisverzekering veranderd. Vorig jaar gold dat ten opzichte van het voorafgaande jaar het gebruik van gezondheidsverklaringen per overstapper gedaald was (De Bruijn & Schut 2007:19). Aangezien in 2008 het percentage overstappers lager ligt dan in 2007, ligt ook het gebruik van gezondheidsverklaringen per overstapper hoger dan in 2007.

Acht respondenten die deelnamen aan de enquête van dit jaar hebben in december 2007 of januari 2008 te horen gekregen dat zij door de verzekeraar geweigerd zijn. Eén respondent is geweigerd na het

invullen van een gezondheidsverklaring. Deze respondent is geweigerd voor de meest uitgebreide algemene aanvullende verzekering. De weigering werd door de verzekeraar gemotiveerd door een verwijzing naar de medische achtergrond van de respondent. De respondent heeft uiteindelijk dezelfde aanvullende verzekering aangehouden als in 2007. De overige zeven geweigerde respondenten zijn voor de meest uitgebreide algemene aanvullende verzekering (n=2), de gemiddeld uitgebreide algemene aanvullende verzekering (n=1), de minst uitgebreide algemene aanvullende verzekering (n=1), een aanvullende module voor tandheelkundige zorg (n=1) of een combinatie van enkele van bovengenoemde aanvullende verzekeringen (n=2) geweigerd. Eén van de respondenten is geweigerd door een te hoge leeftijd, drie respondenten zouden een te slechte gezondheid hebben (wat overigens kan impliceren dat zij toch een gezondheidsverklaring hebben ingevuld of, eveneens zeer waarschijnlijk, dat zij geweigerd zijn voor een meer uitgebreide aanvullende verzekering bij dezelfde verzekeraar als gevolg van zorggebruik in het verleden), één respondent is geweigerd zonder opgave van redenen, één respondent was te laat met het invullen van de gezondheidsverklaring en één respondent is geweigerd om financiële redenen. Twee van hen hebben het aanbod van hun verzekeraar in 2007 met betrekking tot de aanvullende verzekering geaccepteerd. Twee respondenten hebben de door hun zorgverzekeraar van 2007 aangeboden aanvullende verzekering niet geaccepteerd, maar een andere aanvullende verzekering bij dezelfde zorgverzekeraar afgesloten. De andere 2 respondenten weten (nog) niet of ze het aanbod van de verzekeraar accepteren.

Slechts één van de 14 mensen die in 2008 een gezondheidsverklaring moest invullen is geweigerd. Drie respondenten zijn overgestapt naar een andere verzekeraar. Zes respondenten hebben, ondanks een positieve uitslag van de acceptatieprocedure, bij hun huidige verzekeraar hun huidige pakket wederom afgesloten. Twee respondenten hebben de door hun huidige verzekeraar aangeboden aanvullende verzekering niet geaccepteerd, en hebben een andere aanvullende verzekering genomen van dezelfde verzekeraar. Eén respondent, ten slotte, heeft besloten om in 2008 geen aanvullende verzekering af te sluiten. De hoogte van de vergoedingen en/of dekking van de aanvullende verzekering vond deze verzekerde onvoldoende.

Van de respondenten die in 2008 een gezondheidsverklaring moesten invullen, heeft dit voor 3 van hen de consequentie gehad dat de betreffende verzekering tegen beperkende voorwaarden en/of afwijkende premie is voorgesteld. Twee respondenten kregen van de verzekeraar te horen dat zij tegen beperkende voorwaarden (zoals uitsluiting van en/of wachttijd voor vergoeding van bepaalde behandelingen) geaccepteerd zouden worden. Eén respondent werd een verhoogde premie voorgesteld. Geen van hen heeft de voorwaarden of premieverhoging geaccepteerd; twee van hen zijn gebleven bij hun huidige verzekeraar, terwijl één respondent besloten heeft om geen aanvullende verzekering meer af te sluiten. In 2007 werd aan geen van de respondenten die een gezondheidsverklaring moest invullen, consequenties van deze aard verbonden (De Bruijn & Schut

2007:19). Zij werden of niet geaccepteerd, of geaccepteerd zonder voorwaarden of premieverhoging. In 2006 werd aan 2 personen die een gezondheidsverklaring in moesten vullen beperkende voorwaarden of een verhoogde premie voorgesteld.

In totaal zijn 20 respondenten van de vragenlijst tegen beperkende voorwaarden (zoals uitsluiting van en/of wachttijd voor vergoeding van bepaalde behandelingen) geaccepteerd, 47 mensen hebben een verhoogde premie voorgesteld gekregen, terwijl 10 respondenten zowel beperkende voorwaarden als een verhoogde premie kregen voorgesteld. Dat betekent dat in totaal 77 respondenten, waarvan er drie een gezondheidsverklaring hebben moeten invullen, tegen beperkende voorwaarden en/of met een verhoogde premie zijn geaccepteerd. Van hen heeft 79,2 procent besloten het huidige aanvullende pakket bij de huidige verzekeraar voort te zetten, 5,2 procent heeft een andere aanvullende verzekering bij de huidige verzekeraar afgesloten, 2,6 procent heeft de aanvullende verzekering bij een andere verzekeraar geaccepteerd, en 6,5 procent heeft in 2008 geen aanvullende verzekering afgesloten.

Opvallend is dat het aantal mensen dat geaccepteerd wordt tegen beperkende voorwaarden of een verhoogde premie ten opzichte van 2007 fors is toegenomen. Toen rapporteerden in totaal 15 respondenten dat zij te maken hadden gehad met een opslag op de normale premie en/of beperkende voorwaarden met betrekking tot de aanvullende verzekering (De Bruijn & Schut 2007:19).

Circa tweederde van de 30 respondenten die in 2008 tegen beperkende voorwaarden zijn geaccepteerd, is verzekerd bij hetzelfde concern (Achmea). In 2008 kwamen er over deze verzekeraar bij het Meldpunt Consument en de Zorg relatief veel klachten binnen over een beperking van de dekking van de aanvullende verzekering (zie par. 5.2.3). Van de 47 respondenten die aangeven dat “een verzekeraar bij de aanmelding voor de aanvullende verzekering een opslag op de normale premie berekent” is geen enkele van zorgverzekeraar gewisseld. Slechts enkelen hebben bovendien voor een andere aanvullende verzekering gekozen en de meesten hebben een overstap ook niet serieus overwogen. De respondenten in deze groep rapporteren vaker dan gemiddeld een matige gezondheid of tenminste één chronische aandoening. Op grond van de gangbare “en bloc” clausule in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekering zouden verzekeraars aan bestaande polishouders echter geen individuele premieopslag mogen berekenen. Mogelijk heeft een deel van de respondenten een “opslag op de normale premie” verward met een algemene verhoging van de polispremie.

In totaal heeft dit jaar 7,7 procent (n=131) van de respondenten geen aanvullende verzekering afgesloten. In 2008 is, net als in 2007, voor geen enkele respondent het vermoeden om niet geaccepteerd te worden vanwege de leeftijd of de gezondheid aanleiding geweest tot het niet nemen van een aanvullende verzekering. In 2006 gaf echter nog 4% van de respondenten aan dat deze aspecten reden waren om van een aanvullende verzekering af te zien. Tabel 5.6 geeft een overzicht van de meest belangrijke redenen waarom respondenten er voor kiezen geen aanvullende verzekering af te sluiten. Het NIVEL (De Jong 2008:2) onderzocht om welke redenen mensen niet wisselen van

verzekeraar. De meeste respondenten (35%) gaven aan tevreden te zijn met de huidige verzekeraar (2008:2). Vijf procent wisselde echter niet van verzekeraar omdat zij dachten niet geaccepteerd te worden en 6 procent gaf aan bang te zijn voor (administratieve) problemen (2008:2).

Tabel 5.6 Redenen om geen aanvullende verzekering af te sluiten (n=131)

<i>Redenen</i>	<i>Percentage verzekerden¹</i>
Aanvragen aanvullende verzekering te ingewikkeld, te veel rompslomp	2,3
De premie voor de aanvullende verzekering is te hoog	24,4
Hoogte vergoedingen en/of dekking is onvoldoende	19,1
Aanvullende verzekering is financieel niet op te brengen	8,4
Een aanvullende verzekering is niet nodig	77,9
Andere reden	6,9

¹ Percentages tellen niet op tot honderd procent, omdat een aantal respondenten meer dan één reden (max. drie) hebben opgegeven.

5.2.3 Inhoud pakket en gezondheidsverklaring

In dit onderzoek is voor het eerst gekeken naar de inhoud van het aanvullende verstrekkingenpakket in combinatie met het gebruik van gezondheidsverklaringen. Bij het Meldpunt Consument en de Zorg van de NPCF werd door verzekerden melding gemaakt van een zogenaamde ‘uitkleding’ van de aanvullende verstrekkingenpakketten. Verstrekkingen die vorig jaar in een bepaald pakket opgenomen waren, zouden uit het pakket zijn verwijderd of slechts beperkt worden aangeboden. Verzekerden gaan (meestal) een contract aan met de verzekeraar voor een jaar. Na dit jaar mag de verzekeraar de voorwaarden (in ieder geval) wijzigen. Gedurende het jaar zou dit eventueel ook kunnen. Daarover later meer. Punt van aandacht is echter dat ook gesignaleerd werd dat betreffende verzekeraars bij de meest uitgebreide pakketten (die door sommige verzekeraars aan het assortiment zijn toegevoegd), met volledige dekking en alle voorzieningen van het voorgaande jaar, vervolgens een gezondheidsverklaring hanteren zodat verzekerden niet zomaar kunnen overstappen. Dit is temeer van belang omdat volgens recent onderzoek (De Jong 2008:4) niet langer de prijs maar de dekking van de aanvullende verzekering de belangrijkste reden vormt om over te stappen.

Onderzoek naar de inhoud van pakketten is zeer omvangrijk omdat het een vergelijking van alle dekkingsvoorwaarden van vorig jaar met de dekkingsvoorwaarden van dit jaar betekent. Daarnaast ligt het niet geheel binnen het bereik van het hoofdonderwerp om hiernaar diepgravend onderzoek te verrichten. Daarom is gekozen voor een nader onderzoek naar slechts een tweetal verzekeraars. Deze verzekeraars (ONVZ en Achmea (D, G, I, P, Z)) zijn op basis van de meldingen bij het Meldpunt Consument en de Zorg geselecteerd. Omdat vooral over deze verzekeraars klachten bij het meldpunt zijn binnengekomen, zijn zij niet representatief voor alle verzekeraars.

Achmea

Achmea bood in 2007 vier aanvullende verzekeringen aan (uitgezonderd aanvullende tandarts- en klasseverzekeringen). Ook in 2008 biedt Achmea deze vier pakketten aan. Iedere aanvullende verzekering wordt met een ster aangeduid. De Beter Af Plus polis 4 sterren is daarom de meest uitgebreide aanvullende polis. Bij de NPCF werd door verzekerden gemeld dat Achmea de voorwaarden met betrekking tot het gebruik van fysiotherapie in de Beter Af Plus polis 3 sterren heeft beperkt. In 2007 bestond in deze polis nog een onbeperkte dekking (100% vergoeding) voor fysiotherapie. Ook de vier sterren polis kende in 2007 een maximale dekking voor fysiotherapie. In 2008 wordt fysiotherapie door het drie sterren pakket beperkt gedekt, met een maximum van 27 behandelingen per jaar. De Beter Af Plus polis 4 sterren kent nog steeds een maximale dekking (overigens wel met de voorwaarde dat behandeling bij een gecontracteerde zorgverlener plaatsvindt).

Verzekerden die in 2007 bij Achmea het 3 sterrenpakket afgesloten hebben, kunnen echter niet zomaar naar het 4 sterrenpakket overstappen. Achmea hanteert dit jaar voor het eerst een medische selectie bij aanmelding voor het vier sterrenpakket. Kandidaat-verzekerden moeten, als zij kiezen voor de Beter Af Plus polis 4 sterren, een vraag beantwoorden over hun verwachte gebruik van fysiotherapie. Uit telefonische navraag blijkt dat indien de kandidaat-verzekerde aangeeft meer dan 27 behandelingen per jaar te verwachten, de kandidaat voor de verzekering geweigerd wordt.

Ook op andere punten werd de Beter Af Plus polis 3 sterren beperkt (of verruimd). Zo werden bijvoorbeeld de financiële dekkingen van podotherapie, leefstijltrainingen en vervoer van zieken beperkt. Vergoedingen voor dieetadvisering en circumcisie werden juist verruimd. Verder werd een aantal behandelingen aan een maximum gebonden. Op zichzelf hoeft een verandering van de polisvoorwaarden geen teken te zijn van risicoselectie. De beperking van de voorwaarden met betrekking tot fysiotherapie in combinatie met de invoering van een gezondheidsverklaring voor de uitgebreidere dekking waarin een vraag wordt gesteld naar het verwachte gebruik van deze voorziening, zijn dit echter wel.

ONVZ

ONVZ bood in 2007 vier aanvullende verzekeringen aan. De aanvullende verzekering met de meest hoge dekking heette Topfit. In 2008 heeft ONVZ het aanbod uitgebreid met één aanvullende verzekering: de Superfit. Dit pakket wordt boven het Topfit pakket aangeboden is daarmee de meest uitgebreide aanvullende verzekering van ONVZ geworden.

Verzekerden meldden aan de NPCF dat de inhoud van het nieuwe Superfit pakket uit 2008 overeenkomstig is met de inhoud van het voormalige Topfit pakket. Het Topfit pakket vergoedt in 2008 een aantal verstrekkingen niet langer of slechts tegen beperkte voorwaarden. Overigens geldt

voor de Superfit een nieuwe medische selectie. Verzekerden die in 2007 volgens het Topfit pakket verzekerd waren, kunnen (ook) niet zonder deze medische selectie overstappen.

Het Topfit pakket 2007 en het Topfit pakket 2008 zijn verschillend van elkaar. Het Topfit pakket 2007 kende voor veel voorzieningen een maximale dekking (bij, uiteraard, medische noodzaak) terwijl in 2008 wat beperkende voorwaarden zijn ingevoerd. Zo kan niet langer onbeperkt van fysiotherapie, psychotherapie, farmaceutische hulp, alternatieve geneeswijzen, hulpmiddelen, brillen en/of contactlenzen, orthodontie, elektrische epilatie, preventieve geneeskunde en zorginstellingen in het buitenland gebruik worden gemaakt als de verzekerde kiest voor het Topfit pakket. Het Superfit pakket kent een ruimere dekking (waarbij vaak wel een maximum gesteld is aan de hoogte van de jaarlijkse vergoedingen)². De potentiële verzekerde moet over alle hiervoor genoemde behandelingen (met uitzondering van elektrische epilatie en gebruik van zorginstellingen in het buitenland) bij de aanvraag voor de aanvullende verzekering vragen beantwoorden. Telefonisch wordt medegedeeld dat ervan uitgegaan kan worden dat als de kandidaat-verzekerde een risico blijkt te zijn (dat wil zeggen: hij één van de vragen bevestigend beantwoordt), hij geweigerd wordt voor (in ieder geval) de Superfit verzekering.

5.3 Selectief opzeggen

Via selectieve acceptatie van gunstige risico's kunnen zorgverzekeraars aan risicoselectie doen. Verzekeraars kunnen ook aan risicoselectie doen door de aanvullende polis van ongunstige risico's niet meer te verlengen. Alle zorgverzekeraars hebben, net als vorig jaar (De Bruijn & Schut 2007:20), in hun polissen gespecificeerd in welke gevallen zij de aanvullende verzekering kunnen beëindigen. Daaruit blijkt dat zij de aanvullende verzekering alleen om een aantal niet-medische redenen kunnen beëindigen (zoals fraude, wanbetaling, verhuizing naar het buitenland en/of wangedrag ten opzichte van medewerkers). De Goudse, IZA, IZZ, SIZ, Trias, VGZ en Zorgverzekeraar UMC geven expliciet aan dat ze de verzekering niet kunnen beëindigen of wijzigen op grond van verzwaring van het gezondheidsrisico, voorzover dat is gelegen in de persoon van de verzekerde. Deze letterlijke bepaling staat aangegeven in de voorwaarden voor de basisverzekering. Het is niet geheel duidelijk of deze bepaling ook voor de aanvullende verzekering van toepassing is. Klantenservicemedewerkers konden hier desgevraagd geen uitsluitsel over geven. Verder staat in de polisvoorwaarden van alle verzekeraars, behalve in die van AZVZ en IZZ, dat de verzekering elk jaar stilzwijgend verlengd wordt of dat deze wordt afgesloten voor onbepaalde duur. In de polisvoorwaarden van AZVZ en IZZ staat niets vermeld over de contractduur van de aanvullende verzekering. Wel wordt in de polisvoorwaarden van IZZ de term 'kalenderjaar' gehanteerd en wordt nergens aangegeven dat de verzekering automatisch na een bepaalde periode eindigt.

² Overigens zijn de voorwaarden van het Topfit pakket (en het Superfit pakket) in 2008 op sommige punten ook verruimd ten opzichte van vorig jaar.

Uit de enquête blijkt dat in 2007 (het jaar voorafgaand aan de enquête) bij 8 respondenten de aanvullende verzekering ongevraagd door de zorgverzekeraar is opgezegd (N=1682). Vorig jaar gaf geen van de respondenten aan dat de verzekeraar in het jaar daarvoor de aanvullende verzekering ongevraagd had opgezegd (De Bruijn & Schut 2007:20).

In plaats van selectieve acceptatie of ongevraagde opzegging, kan de verzekeraar ook de premie van de aanvullende verzekering voor voorspelbaar verliesgevende verzekerden verhogen in de hoop dat zij zelf de aanvullende verzekering en de basisverzekering opzeggen. Volgens het algemene verzekeringsrecht (7:940, lid 5, BW) geldt: ‘De verzekeraar kan een persoonsverzekering niet beëindigen of wijzigen op grond van verzwaring van het gezondheidsrisico, voor zover dat is gelegen in de persoon van degeen, die de verzekering betreft’. Dit beëindigings- en wijzigingsverbod ‘ziet niet toe op een verzwaring van de gezondheidsrisico’s in het algemeen, zoals kan blijken uit een toename van de schade-uitkeringen als geheel. Het gaat om een verzwaring van het gezondheidsrisico in individuele gevallen, welke verzwaring ontstaat wanneer er zich bij de betreffende verzekerde gedurende de looptijd van de verzekering een ziekte openbaart die zich bij het sluiten van de verzekering niet voordeed’³. Een premieverhoging ten gevolge van een individuele *verzwaring* van het gezondheidsrisico is daarom niet mogelijk. De meeste verzekeraars hebben daarnaast expliciet in hun polisvoorwaarden opgenomen dat zij de premie (of voorwaarden) niet per individu mogen aanpassen, ongeacht de reden. Zij passen de premie dan alleen voor alle houders van dezelfde polis (‘en bloc’ of groepsgewijs) of voor polishouders in dezelfde regio (regionaal ‘en bloc’) aan. Aangezien de term ‘en bloc’ niet expliciet wordt gedefinieerd zou deze bepaling alsnog kunnen betekenen dat de premie door de verzekeraar selectief verhoogd kan worden voor *groepen* voorspelbaar verliesgevende verzekerden. Omdat het hier echter gaat om een algemene bepaling in een verzekeringsovereenkomst, gelden extra strenge eisen ten aanzien van de redelijkheid en billijkheid². Alleen AnderZorg, CZ, De Goudse, FBTO Achmea, IZA, Menzis (incl. Confior), OZF Achmea, PNO Ziektekosten, Salland en Trias, vermelden niet of ze de premie voor alle verzekerden, voor een deel van de verzekerden of voor individuele verzekerden mogen wijzigen. Dit aantal is ten opzichte van 2007 wat gestegen. Verder heeft een aantal verzekeraars dit jaar, in tegenstelling tot 2007, wel in zijn polisvoorwaarden opgenomen voor wie (groepsgewijs of individueel) de wijziging bestemd is, terwijl een aantal verzekeraars de ‘en bloc’-bepaling dit jaar voor het eerst weglaten. Hoewel Zorgverzekeraars IZZ, SIZ, VGZ en Zorgverzekeraar UMC de ‘en bloc’-bepaling niet zo scherp definiëren, hebben ze in hun voorwaarden wel een bepaling opgenomen die bedoeld lijkt te zijn als ‘en-bloc’-bepaling (bij IZZ is overigens niet duidelijk of deze bepaling behalve voor de basisverzekering ook voor de aanvullende verzekering geldt).

³ LJN: BA6717, Voorzieningenrechter Rechtbank Utrecht, 229633 / KG ZA 07-411

5.4 Premiedifferentiatie

Via premiedifferentiatie zouden zorgverzekeraars de aanvullende verzekering voor bepaalde groepen meer of minder aantrekkelijk kunnen maken. In 2007 pasten alleen de verzekeraars die tot het Achmea concern behoorden premiedifferentiatie toe. Deze Achmea-verzekeraars differentieerden de premie naar leeftijd, waarbij zij 3 of 4 leeftijdsklassen hanteerden (De Bruijn & Schut 2007:21). Ook dit jaar hanteren Achmea (D, G, I, P, Z), Avéro Achmea, FBTO Achmea, en OZF Achmea 3 of 4 leeftijdsklassen (klasse 't/m 18 jaar' niet meegerekend) bij de premiestelling. De premie voor de hoogste leeftijdsklasse ligt daarbij gemiddeld circa 50 procent hoger dan voor de laagste leeftijdsklasse. Opvallend is de toename van het aantal verzekeraars dat premiedifferentiatie toepast bij jongerenpolissen. CZ en Zorg en Zekerheid differentiëren bij hun jongerenpolis naar leeftijd en hanteren daarbij 2 leeftijdscategorieën. Ook DVZ maakt een onderscheid naar leeftijd bij jongeren. Er worden daarbij twee categorieën onderscheiden: '18-22 jaar' en '22+'. Dit onderscheid wordt toegepast op alle aanvullende verzekeringen. Salland en SIZ hanteren dezelfde differentiatie. Bijlage 3 geeft de premietabellen van zorgverzekeraars die in 2008 premiedifferentiatie toepassen, weer.

Vrijwel alle zorgverzekeraars bieden voor personen tot 18 jaar een gratis aanvullende verzekering aan. Vorig jaar werd alleen bij Anderzorg en FBTO Achmea kinderen tot 18 jaar geen gratis aanvullende verzekering aangeboden (De Bruijn & Schut 2007:21). Dit jaar worden ook de aanvullende verzekeringen van deze verzekeraars gratis aangeboden aan personen onder de 18. ONVZ biedt alleen de twee goedkoopste aanvullende verzekeringen voor kinderen tot 18 jaar gratis aan, net als vorig jaar.

Aangezien verzekeraars in de basisverzekering voor de leeftijdsopbouw van hun verzekerdenbestand worden gecompenseerd via het risicovereveningsmodel, is premiedifferentiatie naar leeftijd geen effectieve strategie voor risicoselectie ten aanzien van de basisverzekering tenzij de premiedifferentiatie gecombineerd wordt met pakketdifferentiatie. Door middel van gerichte pakketten en gunstige premies kan de verzekeraar voorspelbaar winstgevende groepen selecteren door zich te richten op bijvoorbeeld jonge gezinnen die relatief gezond zijn. Een aantal verzekeraars biedt gerichte pakketten aan en verbindt hieraan uiteenlopende premies (zie volgende paragraaf).

Voor de klassenverzekering van Achmea (D, G, I, P, Z) geldt dat de hoogte van de premie afhankelijk is van de regio waarin de verzekerde woont. Verzekerden in bepaalde postcodegebieden krijgen 25 procent korting op de premie van de klassenverzekering. In bepaalde gebieden in Nederland, bijvoorbeeld in het oosten van het land, is het verblijf in een zorginstelling goedkoper, zo wordt bij telefonische navraag verteld. De verzekeraar compenseert de verzekerden via de premie voor dergelijke regionale verschillen. Aangezien een klassenverzekering door slechts een klein aandeel van de mensen wordt afgesloten, en de regiocomponent gedeeltelijk in het risicovereveningsmodel is opgenomen, lijkt dit geen effectieve strategie voor risicoselectie.

5.5 Pakketsamenstelling

Ook via de samenstelling van het aanvullende pakket kunnen verzekeraars proberen om verzekerden aan te trekken die binnen de basisverzekering voorspelbaar winstgevend zijn of zich juist onaantrekkelijk te maken voor verzekerden die binnen de basisverzekering voorspelbaar verliesgevend zijn. Vorig jaar richtten diverse zorgverzekeraars zich met (enkele van) hun aanvullende pakketten op bepaalde leeftijdscategorieën (De Bruijn & Schut 2007:21). Dit jaar is het aantal zorgverzekeraars dat zich met een specifiek pakket richt op een doelgroep gestegen. Agis, AnderZorg, CZ, De Friesland, Delta Lloyd, DSW, Menzis (incl. Confior), Ohra, PNO Ziektkosten, Salland, Stad Holland Zorgverzekering, Trias, Univé, VGZ, Zorg en Zekerheid bieden, naast algemene aanvullende pakketten, ook specifieke aanvullende verzekeringen aan.

In 2007 (De Bruijn & Schut 2007:21) onderscheidden alleen Ohra en Salland, naast jongeren en 50-plussers, ook andere leeftijdscategorieën. Inmiddels is het aantal verzekeraars dat meerdere categorieën hanteert gestegen. Opvallend is het aantal verzekeraars dat voor de verzekerde een soort levensplan uitstippelt. Naast jongeren en 50-plussers hebben nu ook kinderen (De Friesland en Salland), (jonge) ouders (De Friesland en Ohra), gezinnen (Ohra, Salland, Univé, VGZ en Z&Z), singles (Ohra) en duo's (Ohra) een eigen pakket. Vooral het aantal verzekeraars dat een gezinspakket aanbiedt, is daarmee opvallend hoog. Ook het aantal verzekeraars dat een speciale studentenpolis aanbiedt, is gestegen ten opzichte van vorig jaar.

Naast leeftijdscategorieën is er ook een aantal verzekeraars dat zich richt op bepaalde doelgroepen. Zo biedt Trias een pakket speciaal voor antroposofen aan en richt Univé zich met de speciale 'Sonja-Bakker-polissen' op de bewoners van Noord Holland die willen afvallen. Vorig jaar bood VGZ een speciale polis voor loopsporters aan (De Bruijn & Schut 2007:21). Deze polis wordt in 2008 niet meer aangeboden. Ook DiaVitaal, een label van Ohra dat een aantal aanvullende verzekeringen speciaal voor diabetespatiënten aanbood, bestaat niet meer. In 2007 werd geconcludeerd dat zorgverzekeraars voor diabetespatiënten binnen de basisverzekering extra middelen ontvangen uit het vereveningsfonds, zodat het aanbieden van een dergelijke polis een indicatie vormde dat deze groep patiënten voor zorgverzekeraars aantrekkelijk zou kunnen zijn. Het opheffen van het label heeft daarom waarschijnlijk meer te maken met te weinig interesse van verzekerden (zoals de inmiddels opgeheven site van DiaVitaal in december 2007 meldde) dan met een verlies op de polis van de verzekeraar.

In bijlage 4 zijn voorbeelden opgenomen van verstrekkingen die door de specifieke polissen worden vergoed. De verstrekkingen in deze pakketten lijken vaak gericht te zijn op de preferenties van de relatief gezonde mensen binnen de doelgroep. Veel verstrekkingen zijn bovendien van preventieve aard. Pakketten voor jongeren of studenten vergoeden meestal kosten van anticonceptie, sportmedisch advies, huidbehandelingen, lenzen of bril en vaccinaties voor reizen naar het buitenland.

Gezinspolissen of pakketten die gericht zijn op mensen die de leeftijd hebben bereikt waarin ze aan gezinsuitbreiding beginnen te denken, bevatten veelal (meer) kraamzorg, vruchtbaarheidsbehandelingen, opvoedcursussen of juist sterilisatie. Pakketten die op 50-plussers zijn gericht, vergoeden vaak verstrekkingen zoals preventieve cursussen, vitaliteitstesten, bovenooglidcorrectie en extra vergoedingen voor fysiotherapie en hulpmiddelen.

De premies voor de jongerenpakketten en ouderenpakketten bij de verschillende verzekeraars lopen erg uiteen. Bij Agis is het jongerenpakket ongeveer zeven euro per maand goedkoper dan het pakket voor 50-plussers. De Friesland brengt voor het pakket Grootouders een (veel) hogere premie in rekening dan voor kinderen of studenten. Bij Delta Lloyd is het pakket dat aan jongeren geadviseerd wordt ruim 300 procent goedkoper dan het pakket dat aan ouderen aanbevolen wordt. Ook voor de jongerenpakketten en 50+pluspakket van Salland lopen de premies behoorlijk uiteen. Dit scheelt in een enkel geval ruim dertig euro per maand. VGZ rekent een minder hoge premie voor het pakket 'Jong & Zeker' dan voor het pakket 'Vitaal & Zeker'. Ook de jongerenpolis van Zorg en Zekerheid is goedkoper dan de verzekering voor ouderen. Hoewel deze verzekeraars niet (allen) expliciet premiedifferentiatie toepassen, is door middel van de pakketdifferentiatie en de uiteenlopende premies die hieraan verbonden zijn, toch ook sprake van een vorm van premiedifferentiatie naar leeftijd.

5.6 Conclusie

Omdat de aanvullende verzekering in theorie gebruikt kan worden als instrument voor risicoselectie binnen de verplichte basisverzekering, is in dit hoofdstuk geanalyseerd in hoeverre de aanvullende verzekering in 2008 daadwerkelijk door zorgverzekeraars kan zijn gebruikt voor risicoselectie.

Het aantal verzekeraars dat dit jaar vraagt naar het verzekeringsverleden van de kandidaat-verzekerde is, ten opzichte van vorig jaar, niet noemenswaardig veranderd. Hoewel de vragen kunnen dienen ter risicoselectie, is het eerder waarschijnlijk dat getracht wordt het risico op wanbetaling in te schatten.

Het aantal zorgverzekeraars dat vraagt naar de gezondheid van de kandidaat-verzekerde is in 2008, ten opzichte van 2007 gestegen. De gezondheidsverklaring hoeft alleen te worden ingevuld bij de meest uitgebreide pakketten, een antroposofisch pakket of een klassenverzekering. Van de verzekeraars die een gezondheidsverklaring hanteren, stellen alleen Avéro Achmea, ONVZ, en PNO Ziektelasten vragen over specifieke aandoeningen. De Amersfoortse en De Friesland vragen alleen naar de gezondheid, indien de aanvullende verzekering zonder basisverzekering wordt afgesloten. Daarnaast is het aantal vragen per verzekeraar gemiddeld toegenomen. In 2008 stellen Avéro Achmea, De Amersfoortse (incl. Fortis ASR), Delta Lloyd en ONVZ (incl. Aegon) de meeste vragen over zorggebruik. Omdat deze vragen zich meestal richten op het gebruik van verstrekkingen die in het

aanvullende pakket zijn opgenomen, lijkt het primaire motief van de vragen vooral gelegen in het schatten van het risico voor de aanvullende verzekering zelf.

De afgelopen twee jaar daalde het aantal verzekerden dat een gezondheidsverklaring heeft moeten invullen. Dit jaar lijkt er echter sprake van een lichte stijging. Slechts één van de 14 respondenten die in 2008 een gezondheidsverklaring moest invullen, is geweigerd. Daarnaast heeft de gezondheidsverklaring voor 3 respondenten het gevolg gehad dat zij de betreffende verzekering tegen beperkende voorwaarden of afwijkende premie hebben voorgesteld gekregen. In 2007 werd aan geen van de respondenten die een gezondheidsverklaring moesten invullen, consequenties van deze aard verbonden. Verder bleken dit jaar in totaal 77 respondenten (waarvan er drie een gezondheidsverklaring hadden moeten invullen) tegen beperkende voorwaarden (zoals uitsluiting van en/of wachttijd voor vergoeding van bepaalde behandelingen) en/of met een verhoogde premie te zijn geaccepteerd. Dit betekent een forse toename ten opzichte van 2007. Toen rapporteerden in totaal 15 respondenten dat zij te maken hadden gehad met een opslag of beperkende voorwaarden. Circa tweederde van de 30 respondenten die in 2008 aangaven dat zij geconfronteerd werden met beperkende voorwaarden, waren verzekerd bij hetzelfde concern (Achmea). De 47 respondenten die in 2008 aangaven dat zij een premieopslag moesten betalen zijn in 2008 bij dezelfde zorgverzekeraar gebleven. De meesten hebben ook geen andere aanvullende verzekering afgesloten of dit serieus overwogen. De respondenten worden weliswaar gekenmerkt door een gemiddeld minder goede gezondheidstoestand, maar op grond van de gangbare “en bloc” clausule zou de huidige verzekeraar geen individuele premieopslag mogen berekenen. Mogelijk heeft een deel van deze respondenten een opslag op de normale premie verward met een algemene premieverhoging.

Het onderzoek is dit jaar voor het eerst uitgebreid met een onderzoek naar gezondheidsverklaringen in combinatie met de pakketinhoud. Bij één zorgverzekeraar is de dekking van de meest uitgebreide aanvullende verzekering beperkt en is tegelijkertijd een nieuwe polis geïntroduceerd met een vergelijkbare dekking als de meest uitgebreide polis in het vorige jaar. Aangezien op deze nieuwe polis een medische selectie van toepassing is, is deze niet zonder meer toegankelijk voor verzekerden met de oorspronkelijke meest uitgebreide polis. Een andere verzekeraar heeft de dekking voor het op één na meest uitgebreide pakket beperkt en een medische selectie ingevoerd voor het meest uitgebreide pakket.

Al met al lijkt er in het algemeen sprake van een aanscherping van de voorwaarden, zowel met betrekking tot de aanmelding als tot de acceptatie voor aanvullende verzekeringen.

Met betrekking tot meer indirecte vormen van risicoselectie geldt dat vrijwel alle zorgverzekeraars, net als vorig jaar, in hun polissen gespecificeerd hebben in welke gevallen zij de aanvullende verzekering

kunnen beëindigen. De meeste verzekeraars hebben expliciet in hun polisvoorwaarden opgenomen dat zij de premie niet per individu mogen aanpassen. Toch zijn er 8 respondenten die aangeven dat de aanvullende verzekering in het voorgaande jaar ongevraagd door de verzekeraar is opgezegd. Dit is een stijging ten opzichte van vorig jaar, toen geen van de respondenten dit aangaf.

Ten slotte zou risicoselectie plaats kunnen vinden door middel van premie- en pakketdifferentiatie. Opvallend is de toename van het aantal verzekeraars dat premiedifferentiatie toepast bij jongerenpolissen. Verder is het aantal zorgverzekeraars dat zich met een specifiek pakket richt op een doelgroep gestegen. De verstrekkingen in deze pakketten lijken vaak gericht te zijn op de preferenties van de relatief gezonden mensen binnen de doelgroep.

Vorig jaar was de conclusie dat de kans gering was dat de aanvullende verzekering in 2007 gehanteerd werd voor risicoselectie in de basisverzekering. Vooral het nagenoeg ontbreken van gezondheidsverklaringen wees op een non-select acceptatiebeleid. Dit jaar is het aantal verzekeraars en polissen met gezondheidsverklaringen weer enigszins gestegen. Dit betekent een lichte trendbreuk ten opzichte van voorgaande jaren. Verder werden fors meer respondenten tegen beperkende voorwaarden en/of met een premieopslag geaccepteerd voor de verzekering. Ook is het aantal respondenten gestegen waarvan de verzekering ongevraagd werd opgezegd door de verzekeraar. Daarnaast lijkt er sprake van een stijging met betrekking tot premie- en pakketdifferentiatie. Daarom kan in het algemeen gesteld worden dat er sprake is van een verscherping van de voorwaarden en de manier waarop de voorwaarden worden toegepast.

6. Aanvullende verzekering, keuzevrijheid en mobiliteit

In dit hoofdstuk wordt beschreven in hoeverre de aanvullende verzekeringen in 2008 een belemmering kunnen vormen om te switchen van basisverzekering. Eerst wordt ingegaan op de koppeling tussen de basisverzekering en de aanvullende verzekering, die door een aantal verzekeraars is aangebracht. Als er sprake is van een koppeling tussen de basisverzekering en de aanvullende verzekering kunnen de voorwaarden van de aanvullende verzekering mogelijk voor problemen zorgen ten aanzien van de mobiliteit in de basisverzekering. Het gaat dan om voorwaarden inzake de contractduur, de opzegtermijn, de aanmeldprocedure, de keuzemogelijkheden voor gezinsleden en het beleid rondom het overnemen van machtigingen. Deze potentiële belemmeringen worden achtereenvolgens besproken.

6.1 Koppeling basis- en aanvullende verzekering

De koppeling tussen de basisverzekering en de aanvullende verzekering kan op twee manieren worden vormgegeven. Bij de eerste vorm van koppelverkoop zegt de verzekeraar de aanvullende verzekering automatisch op wanneer de verzekerde besluit de basisverzekering bij de verzekeraar op te zeggen. Deze vorm van koppelverkoop was gebruikelijk bij de Ziekenfondsverzekering. Op grond van artikel 120 van de Zorgverzekeringswet is deze vorm van koppelverkoop echter verboden. Vooral voor chronisch zieken kan deze bepaling van belang zijn. Zij lopen immers het risico dat een andere verzekeraar hen niet accepteert voor een aanvullende verzekering. Voor de basisverzekering kunnen zij daarentegen, vanwege de acceptatieplicht, overal terecht. In 2006 had één verzekeraar een dergelijke koppeling wel in de polisvoorwaarden opgenomen, hetgeen in strijd was met de wet (De Bruijn & Schut 2006:31). In 2007 heeft deze verzekeraar de bepaling uit de polisvoorwaarden verwijderd. Ook in 2008 overtreedt geen van de verzekeraars deze regel.

Verzekeraars mogen wel een toeslag op de premie van de aanvullende verzekering in rekening brengen wanneer de verzekerde de basisverzekering tijdens de looptijd van de aanvullende verzekering opzegt. In 2007 hanteerden AnderZorg, Confior, Diavitaal, IZA, Menzis en Zorgverzekeraar UMC een dergelijke premieopslag, zonder te vermelden hoe hoog deze is (De Bruijn & Schut 2007:23). Ook dit jaar hanteren Anderzorg, IZA, Menzis (incl. Confior) en Zorgverzekeraar UMC deze bepaling. Er wordt wederom geen melding gemaakt van de hoogte van de toeslag. Ook telefonisch bleek de hoogte niet te achterhalen. Vier klantenservicemedewerkers (telefonisch) geven overigens aan dat een dergelijke constructie überhaupt niet mogelijk is (dit antwoord is niet in overeenstemming met de voorwaarden). Ook FBTO⁴ heeft in de polisvoorwaarden vermeldt dat een opslag van de premie voor de aanvullende verzekering in rekening wordt gebracht als de

⁴ Op de website van FBTO staat overigens aangegeven: 'Het is niet mogelijk om alleen aanvullende modules zonder basisverzekering af te sluiten', terwijl dit niet in overeenstemming lijkt met de polisvoorwaarden.

basisverzekering bij een andere verzekeraar wordt ondergebracht. Een medewerker van FBTO (telefonisch) meldt dat het gaat om een opslag van 50 procent. Klantenservicemedewerkers (telefonisch) van DSW, Groene Land Achmea, PWZ Achmea, SIZ, Stad Holland en Zilveren Kruis Achmea geven aan dat een verzekerde die een basisverzekering bij hen opzegt, ook automatisch een opzegging van de aanvullende verzekering kan verwachten. Hoewel een dergelijke automatische opzegging niet in de voorwaarden is opgenomen en in strijd is met de Zvw, is het opmerkelijk dat bij zes zorgverzekeraars medewerkers toch beweren dat dit het geval is. Of klantenservicemedewerkers verkeerd worden geïnstrueerd of opzettelijke onjuiste informatie verstrekken, is niet duidelijk.

Bij de tweede vorm van koppelverkoop kan de verzekerde bij een zorgverzekeraar uitsluitend een aanvullende verzekering afsluiten wanneer ook de basisverzekering bij deze verzekeraar wordt afgesloten. Deze vorm van koppelverkoop is niet verboden. IZA, IZZ, Salland en Zorgverzekeraar UMC hanteren, net als vorig jaar (De Bruijn & Schut 2007:23), een dergelijke bepaling. DSW en Stad Holland Zorgverzekeraar vermelden deze voorwaarde dit jaar voor het eerst in hun algemene voorwaarden. Ook AZVZ kent deze constructie. Achmea (D, G, I, P, Z) geeft niet letterlijk in de polisvoorwaarden aan dat het niet mogelijk is een aanvullende verzekering af te sluiten zonder basisverzekering. Wel staat bij de definiëring van de aanvullende verzekering aangegeven: 'U (verzekeringnemer) kunt een al bij ons lopende verzekering uitbreiden met een aanvullende verzekering'. Per telefonische navraag bleek echter dat het enkel afsluiten van een aanvullende verzekering niet langer mogelijk is. Ook Ohra geeft in de polisvoorwaarden aan: 'De OHRA aanvullende zorgverzekeringen kunnen gesloten worden door iedereen die een OHRA Zorgverzekering heeft en in Nederland woont of korter dan twaalf maanden in het buitenland verblijft.' Bij telefonische navraag (en leesbaar in het aanmeldingsformulier) werd bevestigd dat het afsluiten van een aanvullende verzekering zonder basisverzekering niet mogelijk is. Ook klantenservicemedewerkers van Avéro Achmea, AnderZorg, FBTO, PWZ Achmea, SIZ geven aan dat het uitsluitend afsluiten van een aanvullende verzekering niet mogelijk is.

Voor AnderZorg, CZ, De Friesland, Delta Lloyd, FBTO, Lancyr, Menzis (incl. Confior), Ohra en OZF Achmea geldt dat de aanvullende verzekering wel afgesloten kan worden zonder de basisverzekering (dit in tegenstelling tot wat enkele medewerkers telefonisch communiceren), maar dat de verzekeraar in dat geval een toeslag op de premie van de aanvullende verzekering in rekening brengt. Bij CZ geldt een opslag van 25 procent en bij De Friesland, ONVZ (incl. Aegon) en OZF Achmea bedraagt de opslag 100 procent. Bij de overige maatschappijen wordt de hoogte van de toeslag niet vermeld. Bij telefonische klantenservices is navraag gedaan. Een medewerker van FBTO meldt dat het gaat om een opslag van 50 procent. Verscheidene medewerkers van Delta Lloyd willen geen uitspraak doen over hoogte van de toeslag. Wel wordt het afsluiten van een aanvullende verzekering zonder basisverzekering sterk afgeraden. AnderZorg, Delta Lloyd, Lancyr en Menzis (incl. Confior) melden

in hun polisvoorwaarden dat zij bij het enkel afsluiten van een aanvullende verzekering administratiekosten berekenen. De toeslag zal niet meer bedragen dan de extra kosten die worden veroorzaakt door het afzonderlijk afsluiten van een aanvullende verzekering, ten opzichte van de situatie indien er wel een hoofdverzekering bij verzekeraar is afgesloten.

Bij De Amersfoortse (incl. Fortis ASR), De Friesland en ONVZ (incl. Aegon) kan de aanvullende verzekering afgesloten worden zonder de basisverzekering. In dat geval wordt, naast de eventuele toeslag, medische selectie toegepast. Op basis van deze medische beoordeling kan een kandidaat-verzekerde geweigerd worden of slechts tegen beperkende voorwaarden of afwijkende premie tot de aanvullende verzekering worden toegelaten. Azivo brengt geen toeslag in rekening en hanteert ook geen gezondheidsverklaring. Indien de aanvullende verzekering echter niet gelijktijdig met de basisverzekering wordt afgesloten, gelden er wachttijden voor vergoedingen en behandelingen (gebruikelijk: 2 maanden, met enkele uitzonderingen).

Koppeling tussen basisverzekering en aanvullende verzekering kan ook op een derde (meer indirecte) manier plaatsvinden. De aanvullende verzekeringen worden door alle verzekeraars gratis aangeboden aan kinderen tot 18 jaar. Alleen ONVZ biedt de duurste aanvullende verzekeringen voor kinderen niet gratis aan, terwijl voor de goedkopere polissen deze regel wel geldt. Verschillende zorgverzekeraars bieden de aanvullende verzekering voor kinderen (tot 18 jaar) echter uitsluitend gratis aan als (minimaal één van) de ouders de aanvullende verzekering bij de verzekeraar heeft afgesloten. Het gaat dan om Agis, Delta Lloyd, DSW, Interpolis, IZZ, Lancyr, Ohra, Pro Life, Salland, Stad Holland Zorgverzekeraar, Trias, Zorg en Zekerheid. In de premietabellen van Avéro Achmea (impliciet), FBTO, De Goudse, SIZ, IZA, Univé, VGZ en Zorgverzekeraar UMC wordt vermeld dat meeverzekerde kinderen gratis verzekerd zijn. Dit impliceert dat er een koppeling tussen ouder en kind moet plaatsvinden, wil het kind gratis aanvullend verzekerd kunnen zijn. IZZ biedt de afzonderlijke aanvullende verzekering enkel gratis aan als het kind ook een basisverzekering bij de verzekeraar heeft afgesloten.

Bij Azivo, Delta Lloyd, Lancyr en Ohra geldt de voorwaarde dat kinderen tot 18 jaar alleen gratis aanvullende verzekerd zijn als 1. Zowel de aanvullende als de basisverzekering bij de verzekeraar is afgesloten, 2. Eén van de ouders/verzorgers ook bij de verzekeraar verzekerd is voor zowel de basisverzekering als de aanvullende verzekering en 3. De aanvullende verzekering van het kind niet uitgebreider is dan die van de verzekerde ouder/verzorger.

In 2007 waren er met betrekking tot de koppelverkoop geen grote veranderingen te noteren ten opzichte van 2006 (De Bruijn & Schut 2007:24). Dit jaar lijkt er sprake van een verscherpt ontmoedigingsbeleid als het gaat om het afsluiten van de aanvullende verzekering zonder

basisverzekering. Twee verzekeraars, DSW en Stad Holland Zorgverzekeraar, vermelden dit jaar voor het eerst in de voorwaarden dat deze ontkoppeling niet mogelijk is. Dit is een stijging van het aantal verzekeraars dat een dergelijke voorwaarde hanteert ten opzichte van vorig jaar (De Bruijn & Schut 2007:23). FBTO berekent dit jaar voor het eerst een toeslag voor verzekerden die alleen een aanvullende verzekering afsluiten. Verder valt op dat het toeslagpercentage van ONVZ maximaal is gestegen tot een verdubbeling van de premie in geval uitsluitend een aanvullende verzekering wordt afgesloten. Ook zijn er verzekeraars die, naast een eventuele premieopslag, gebruik maken van een gezondheidsverklaring of extra wachttijden. Tevens is het aantal verzekeraars dat een koppeling tussen kind en volwassen hanteert dit jaar, ten opzichte van 2006 en 2007, gestegen. Alleen PNO Zorgverzekeraar hanteert op geen enkele manier een koppeling tussen basis- en aanvullende verzekering of tussen ouder en kind. Vooral voor gezinnen met kinderen wordt het vrijwel onmogelijk gemaakt uitsluitend een aanvullende verzekering bij een verzekeraar af te sluiten.

Uit de enquête blijkt dat van de 26 personen die in 2008 overwogen hebben om over te stappen (aanvullende verzekering), 2 respondenten aangeven dit niet te hebben gedaan omdat de aanvullende verzekering niet zonder de basisverzekering kon worden afgesloten. Twee respondenten geven aan dat zij geconfronteerd werden met een toeslag op de premie van de aanvullende verzekering als er geen basisverzekering werd afgesloten. Eén respondent ondervond een probleem toen een toeslag op de premie van de aanvullende verzekering in rekening werd gebracht omdat de basisverzekering tijdens de looptijd van de aanvullende verzekering werd opgezegd. Geen van de respondenten heeft problemen ondervonden als gevolg van koppelverkoop tussen ouder en kind. Ten opzichte van vorig jaar (De Bruijn & Schut 2007:24), is er sprake van een relatieve toename van het aantal mensen dat problemen heeft ondervonden als gevolg van koppelverkoop. Het gaat echter (nog steeds) om zeer kleine aantallen.

6.2 Contractduur van de aanvullende verzekering

In de Zorgverzekeringswet is geregeld dat de verzekerde wat betreft de basisverzekering (in ieder geval) het recht heeft tegen het eind van ieder kalenderjaar de verzekering op te zeggen (art. 7). Verzekerden hebben daardoor de mogelijkheid om elk jaar van zorgverzekeraar te veranderen. Veel mensen willen de basisverzekering en de aanvullende verzekering bij dezelfde ziektekostenverzekeraar afsluiten (Van de Ven et al. 2005:223). Ruim 90 procent van de verzekerden heeft een aanvullende verzekering (De Bruijn & Schut 2007:25) en zal deze aanvullende polis bij een verandering van verzekeraar voor de hoofdverzekering ook bij de nieuwe verzekeraar willen onderbrengen. Wanneer de contractduur van de aanvullende verzekering echter langer is dan een jaar, kan dat een belemmering voor de mobiliteit van de verzekerde voor de basisverzekering betekenen.

In 2006 (De Bruijn & Schut 2006:30) hanteerden zes zorgverzekeraars een langere contractduur voor een (bepaalde) aanvullende verzekering dan voor de basisverzekering. In 2007 (De Bruijn & Schut 2007:25) gold dit alleen nog maar voor bepaalde verzekeringen van CZ en OZ. CZ en OZ zijn gefuseerd en gaan verder onder de naam CZ. Daarmee is CZ, in 2008, de enige zorgverzekeraar die nog een aanvullende verzekering aanbiedt met een contractduur langer dan één jaar. CZ hanteert voor de aanvullende verzekeringen Uitgebreid Tandarts en Supertop een minimale contractduur van drie jaar. In 2007 (De Bruijn & Schut 2007:25) werd gerapporteerd dat deze bepaling alleen nog gold voor de Uitgebreid Tandarts. Dit jaar vermeldt de site van CZ echter, net als in 2006, ook weer een minimale looptijd van drie jaar voor de Supertop. Overigens wordt in de voorwaarden gesteld: ‘(...) na deze periode verlengen wij ook deze aanvullende verzekeringen steeds stilzwijgend van jaar tot jaar, zoals bij onze andere aanvullende verzekeringen’. Met uitzondering van CZ hanteren zorgverzekeraars een contractduur van de aanvullende verzekeringen van één jaar. Alleen in de polisvoorwaarden van AZVZ staat niets vermeld over de contractduur van de aanvullende verzekering.

Uit de enquête blijkt dat in de praktijk de contractduur van de aanvullende verzekering een belemmering kan opleveren om naar een andere verzekeraar over te stappen. 26 personen hebben overwogen om van aanvullende verzekering te wisselen. Twee van hen ondervond problemen bij de overstap doordat zij hun aanvullende verzekering niet op konden zeggen omdat daarvan de contractduur nog niet verstreken was. In 2007 gaf slechts één respondent (n=121) aan dat de contractduur een probleem vormde bij de overstap (De Bruijn & Schut 2007:25).

6.3 Opzegtermijn aanvullende verzekering

Verzekerden kunnen de basisverzekering opzeggen in de periode gelegen tussen de datum waarop de zorgverzekeraar hen het voornemen tot verhoging van de grondslag van de premie heeft meegedeeld en de inwerkingtreding van die verhoging. Vrijwel alle verzekeraars hanteren in dat geval een opzegtermijn van een maand (of 30 dagen). Een enkele verzekeraar (De Friesland, Delta Lloyd, Lancyr, Ohra, OZF Achmea) kent, in een dergelijk geval, een opzegtermijn van zes weken. Ook voor de aanvullende verzekering gelden, bij wijzigingen van de premie en/of voorwaarden, dergelijke termijnen. Indien echter alleen de premies en/of de voorwaarden voor de basisverzekering gewijzigd worden (ten nadele van de verzekerde), kan de opzegtermijn van de aanvullende verzekering (die in dat geval gelijkblijvende premies en polisvoorwaarden kent) tijdelijk problemen opleveren bij de overstap naar een andere zorgverzekeraar.

Negen zorgverzekeraars (Azivo, AZVZ, CZ, De Amersfoortse (incl. Fortis ASR), DSW (incl. Stad Holland Zorgverzekeraar), IZA, Univé, Zorg en Zekerheid en Zorgverzekeraar UMC) hanteren een opzegtermijn van twee maanden. Wanneer de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekering van deze verzekeraars niet worden aangepast, betekent dit dat de verzekerde die wellicht van

zorgverzekeraar zou willen veranderen, de aanvullende verzekering al voor één november moet opzeggen, terwijl op dat moment de meeste nieuwe basispolissen waarschijnlijk nog niet bekend zijn. In dat geval kan de opzegtermijn van de aanvullende verzekering een belemmering opleveren voor de mobiliteit in de basisverzekering. Immers: hoewel de verzekerde voor de basisverzekering nog kan overstappen, kan de opzegtermijn voor de aanvullende verzekering al verstreken zijn. Uit de enquête blijkt dat twee verzekerden (n=26) hier in de praktijk last van ondervonden hebben.

Voor de overige zorgverzekeraars geldt dat verzekerden jaarlijks tot 31 december de tijd hebben om de aanvullende verzekering op te zeggen. Overigens is er ten opzichte van vorig jaar een daling waar te nemen van het aantal verzekeraars dat een opzegtermijn van twee maanden hanteert. In 2007 gold voor tweederde van de zorgverzekeraars een termijn van twee maanden (De Bruijn & Schut 2007:25). Een groot aantal verzekeraars (AnderZorg, Menzis (incl. Confior), De Friesland, De Goudse, Delta Lloyd, FBTO Achmea, Ohra, Trias en Zilveren Kruis Achmea) heeft inmiddels de polisvoorwaarden op dit punt aangepast. Verzekerden kunnen ook bij deze verzekeraars in 2008 hun aanvullende verzekering tot 31 december opzeggen.

Een ander probleem zou zich voor kunnen doen als de verzekeraar de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekering aanpast, maar niet die van de basisverzekering. In dat geval mogen de verzekerden de aanvullende verzekering wel opzeggen (artikel 7:940 BW) maar de basisverzekering niet. Aangezien de meeste verzekerden er voorkeur voor hebben om beide verzekeringen bij dezelfde verzekeraar onder te brengen, kunnen zij voor een lastige keuze komen te staan. Bovendien is het – zoals beschreven in paragraaf 6.1 – bij een aantal verzekeraars niet eens mogelijk om een losse aanvullende verzekering af te sluiten. Andere zorgverzekeraars passen medische selectie toe, brengen een premieopslag in rekening of stellen beperkende voorwaarden als een verzekerde uitsluitend een aanvullende verzekering bij hen wil afsluiten. In 2007 werden ONVZ-verzekerden met deze situatie geconfronteerd. In de praktijk heeft dit voor ONVZ-verzekerden waarschijnlijk geen overstapbelemmeringen opgeleverd omdat ONVZ haar verzekerden de mogelijkheid bood om, ondanks het feit dat de voorwaarden voor de basisverzekering gelijk gebleven waren, de basisverzekering met ingang van dezelfde datum als de aanvullende verzekering op te zeggen (De Bruijn & Schut 2007:26)⁵. Desalniettemin wijst de ONVZ-casus op een potentieel probleem dat kan ontstaan bij tussentijdse wijziging van alleen de polisvoorwaarden voor de aanvullende verzekering.

⁵ Overigens werd op 080607 door de rechter besloten, in een kort geding dat door de Consumentenbond was aangespannen, dat ONVZ de wijziging van de polisvoorwaarden terug moest draaien. Zie ook: LJN: BA6717, Voorzieningenrechter Rechtbank Utrecht, 229633 / KG ZA 07-411

6.4 Aanmeldprocedure

De aanmeldprocedure voor de aanvullende verzekering kan een belemmering vormen om over te stappen als aan de acceptatie nadere voorwaarden worden gesteld die op voorhand niet zijn gespecificeerd. Dit geldt voornamelijk bij verzekeraars die een gezondheidsverklaring hanteren. Zorgverzekeraars geven in hun offerte alleen informatie over de premie en de dekking van de verschillende pakketten, en niet over de acceptatievoorwaarden. Op voorhand weet een aspirant-verzekerde dus niet of hij na aanmelding geaccepteerd wordt en tegen welke voorwaarden. Pas nadat de kandidaat-verzekerde heeft aangegeven zich te willen inschrijven bij de verzekeraar, gaat deze over tot de acceptatieprocedure, inclusief, indien nodig, het beoordelen van de gezondheidstoestand. In de Bruijn et al. (2004:20 e.v.) is uiteengezet waarom het bij de overweging om van zorgverzekeraar te veranderen verstandig kan zijn het acceptatiebeleid van verzekeraars mee te nemen in de afweging.

Net als in eerdere jaren geeft geen van de verzekeraars die een gezondheidsverklaring hanteren bij het opmaken van de offerte aan wat de mogelijke consequenties zijn van de wijze van invulling van deze verklaring. Bij deze verzekeraars is dus geen sprake van een volledige offerte. De kans bestaat immers dat de verzekerde niet, slechts onder beperkende voorwaarden of met een premieopslag wordt geaccepteerd voor het pakket dat op de offerte vermeld staat.

De aanmeldprocedure (incl. eventuele medische selectie) kan de nodige tijd in beslag nemen. Wanneer het lang duurt voordat de verzekerde de uitslag van de acceptatieprocedure te horen krijgen, dan kan er, in het geval van een weigering, nog maar weinig tijd over zijn om, indien nodig, een dergelijke acceptatieprocedure bij een andere verzekeraar te doorlopen. De verzekeraars met een gezondheidsverklaring geven op hun site of in hun polisvoorwaarden niet aan hoe lang de acceptatieprocedure duurt. Bij telefonische navraag blijkt Zilveren Kruis bij een schriftelijke aanmelding een acceptatieprocedure van twee of drie weken te hanteren. Bij telefonische aanmelding krijgt de kandidaat verzekerde meteen te horen of hij geaccepteerd is. Bij ONVZ en De Amersfoortse duurt de acceptatieprocedure ongeveer twee tot drie weken, bij De Friesland anderhalf tot twee weken, bij PNO Ziektekosten één week en bij Delta Lloyd en Trias 'een paar weken'.

De wettelijke overstapperperiode beslaat twee maanden. Het zou daarom voor verzekerden mogelijk moeten zijn om zich bij verschillende verzekeraars tegelijkertijd aan te melden. Dat houdt ook in dat verzekerden de aanmelding bij de verzekeraar moeten kunnen annuleren. Artikel 4:28 van de Wet op het Financieel Toezicht (Wft) biedt deze mogelijkheid. Op basis van dit artikel kan de consument 'een overeenkomst op afstand zonder een boete verschuldigd te zijn en zonder opgave van redenen ontbinden gedurende veertien kalenderdagen met ingang van de dag waarop die overeenkomst is aangegaan, dan wel, indien dit later is, gedurende veertien kalenderdagen met ingang van de dag waarop de informatie die de financiële dienstverleners hem overeenkomstig artikel 4:20, eerste lid,

dient te verstrekken door hem is ontvangen'. Artikel 4:20, lid 1 (Wft), luidt: 'Voorafgaand aan het adviseren, het verlenen van een beleggingsdienst, het verlenen van een nevendienst of de totstandkoming van een overeenkomst inzake een financieel product niet zijnde een financieel instrument verstrekt een beleggingsonderneming of financiële dienstverlener de consument of, indien het een financieel instrument of verzekering betreft, de cliënt informatie voor zover dit redelijkerwijs relevant is voor een adequate beoordeling van die dienst of dat product. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kunnen regels worden gesteld met betrekking tot de in de vorige volzin bedoelde informatie. Deze regels kunnen onder meer betrekking hebben op de informatie die wordt verschaft met betrekking tot de uitoefening van de in artikel 4:28, eerste en tweede lid, bedoelde rechten.' Dit betekent dat de verzekerde, na het ontvangen van de uitslag van de acceptatieprocedure, twee weken de tijd heeft om de aangevraagde overeenkomst ongedaan te maken. De bedoelde wettelijke bedenktijd geldt echter alleen voor overeenkomsten die op afstand gesloten zijn. Koop op afstand is in de Wft onder andere gedefinieerd als 'Elke overeenkomst inzake een financieel product tussen een financiële dienstverlener en een consument die wordt gesloten in het kader van een door de financiële dienstverlener georganiseerd systeem voor verkoop of dienstverrichting op afstand, waarbij tot en met de totstandkoming van deze overeenkomst uitsluitend gebruik gemaakt wordt van een of meer technieken voor communicatie op afstand'. Dit betekent dat verzekerden die hun verzekering telefonisch of via het Internet afsluiten wel een bedenktijd hebben, terwijl verzekerden die naar het kantoor van hun verzekeraar gaan en daar hun polis afsluiten of zich via een tussenpersoon aanmelden geen bedenktijd hebben. Wanneer een verzekerde zijn verzekering binnen de bedenktijd opzegt, wordt deze geacht niet te zijn ingegaan. Het is echter niet erg waarschijnlijk dat verzekerden op de hoogte zijn van deze wettelijke bedenktijd ten aanzien van de aanvullende verzekeringen.

Het is uiteraard wel mogelijk dat verzekeraars in hun polisvoorwaarden hebben geregeld dat verzekerden een bedenktijd hebben, ongeacht de manier waarop de overeenkomst tot stand komt. Van de verzekeraars die medische selectie toepassen, hebben De Friesland, Delta Lloyd en Trias de bedenktijd expliciet in hun voorwaarden opgenomen. Achmea (D, G, I, P, Z), Avéro Achmea, De Amersfoortse (incl. Fortis ASR), ONVZ (incl. Aegon) en PNO Ziektekosten hebben dit niet. Een groot aantal zorgverzekeraars dat geen medische selectie toepast, vermeld ook expliciet een bedenktijd in de polisvoorwaarden. Het gaat dan om Agis, AnderZorg, Menzis (incl. Confior), CZ, De Goudse, FBTO Achmea, IZA, IZZ, Lancyr, Menzis, Ohra, Pro Life, SIZ, Univé, VGZ en Zorgverzekeraar UMC.

De Goudse en Trias stellen bij deze bedenktijd wel als voorwaarde dat er nog geen declaraties zijn ingediend. Deze voorwaarde strookt echter niet met de Wft. Volgens artikel 4:29, lid 5, moet de consument (in geval sprake is van koop op afstand), indien deze gebruik maakt van het in artikel 4:28, eerste of tweede lid bedoelde recht, de financiële onderneming zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen dertig kalenderdagen nadat hij de kennisgeving van de ontbinding heeft verzonden, alle

geldbedragen en goederen teruggeven die hij van de financiële onderneming op grond van de overeenkomst op afstand heeft ontvangen. Een verzekering die op afstand gesloten is, kan dus altijd binnen twee weken ontbonden worden, waarbij geldt dat reeds ontvangen declaraties binnen 30 dagen aan de verzekeraar terugbetaald moeten worden.

De verzekerde mag de aanvraag overigens intrekken voordat het advies van de medisch adviseur naar de verzekeraar gaat. Dit kan nuttig zijn omdat er op aanvraagformulieren geïnformeerd kan worden naar eerdere weigeringen door een verzekeraar of een eerdere acceptatie tegen afwijkende voorwaarden. Wanneer de kandidaat verzekerde de aanvraag tijdig intrekt en dus een eventuele weigering van de verzekeraar vóór is, hoeft deze persoon bij een nieuwe verzekeringsaanvraag geen weigering te melden (De Bruijn et al. 2005:20). In artikel 464, lid 2 sub b, van de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) is neergelegd dat de aspirant verzekerde het recht heeft om als eerste het advies te vernemen van de medisch adviseur, voordat de medisch adviseur dit advies doorgeeft aan de verzekeraar. Het is dan overigens nog niet bekend welke beslissing de verzekeraar zal nemen naar aanleiding van het advies van de medisch adviseur.

Het aantal verzekeraars dat een gezondheidsverklaring hanteert, is stijgende. De kans dat de aanmeldprocedure een belemmering vormt om van verzekeraar te veranderen groeit daardoor ten opzichte van vorig jaar. Dit jaar gaven 15 respondenten (57,7 procent van degenen die hebben overwogen om van aanvullende verzekering te veranderen) aan dat zij moeite hadden de verzekeraars goed te vergelijken, omdat zij van tevoren niet wisten tegen welke voorwaarden zij geaccepteerd zouden worden. Bovendien gaven 3 personen (11,5 procent) aan dat de acceptatieprocedure van de aanvullende verzekering veel tijd in beslag nam. Dit leverde problemen bij de overstap op.

6.5 Gezinspolis of individuele polis

In 2005 was het voor meeverzekerde gezinsleden bij geen enkele verzekeraar mogelijk om een eigen aanvullende verzekering te kiezen. In 2006 gold voor 12 zorgverzekeraars dat alle meeverzekerde gezinsleden dezelfde aanvullende verzekering als hoofdverzekering moesten afsluiten (De Bruijn & Schut 2006:32). In 2007 is dit aantal wat afgenomen. Bij vijf van de twaalf zorgverzekeraars (CZ, IZA, IZA/AZ, OZ en Univé) konden inmiddels alle gezinsleden van de hoofdverzekering kiezen voor een eigen verzekering. Bij de resterende zeven verzekeraars (Agis, Pro Life, Avéro Achmea, DSW, FBTO en SR Zorgverzekeraar) was de aanvullende verzekering nog steeds een gezinspolis (De Bruijn & Schut 2007:29).

Bij alle verzekeraars kunnen de gezinsleden meeverzekerd worden op één polis. Dit jaar zijn de aanvullende verzekeringen van Agis, Avéro Achmea (volgens aanmeldingsformulier), DSW (volgens aanmeldingsformulier), FBTO (volgens aanmeldingsformulier), IZZ (volgens aanmeldingsformulier),

Pro Life en Stad Holland gezinspolissen. Bij IZA en Zorgverzekeraar UMC staat in de polisvoorwaarden aangegeven: 'De verzekeringsnemer dient hetzelfde dekkingpakket aan te vragen voor alle op de polis te verzekeren gezinsleden met uitzondering van mee te verzekeren kinderen vanaf 18 jaar'.

Gezinspolissen hebben tot resultaat dat in het geval één persoon uit het gezin meer uitgebreide zorg behoeft, de rest van het gezin verplicht is om ook deze uitgebreidere verzekering te nemen. Overigens hanteert geen van deze verzekeraars een gezondheidsverklaring waardoor het niet waarschijnlijk is dat non-acceptatie van één van de verzekerden gevolgen heeft voor de andere verzekerden.

Eén respondent heeft het als een probleem bij de overstap ervaren dat de verzekeraar van keuze een gezinspolis hanteert. Deze respondent heeft uiteindelijk besloten om geen aanvullende verzekering af te sluiten.

6.6 Overname van machtigingen

Met betrekking tot de overname van machtigingen is aan de Zorgverzekeringswet in 2006, naar aanleiding van het amendement Kant (TK 2006/2007 30668-10), een nieuw lid toegevoegd. In artikel 14, lid 5, is geregeld dat de nieuwe zorgverzekeraar de machtiging overneemt voor de periode dat deze geldig is. Dit betekent dat specifiek machtigingenbeleid van een verzekeraar geen belemmering meer kan vormen bij de overstap van een verzekerde voor de basisverzekering. Voor de aanvullende verzekering bestaat een dergelijke wettelijke regeling met betrekking tot het overnemen van machtigingen niet. De mobiliteit van de verzekerde ten aanzien van de basisverzekering kan derhalve door problemen bij het overnemen van machtigingen voor verstrekkingen uit de aanvullende verzekering belemmerd worden.

Zorgverzekeraars hebben, voor zover nagegaan kan worden, voor verstrekkingen uit het aanvullende pakket geen expliciete regelingen over het overnemen van machtigingen. Aspirant-verzekerden van AnderZorg en Menzis (incl. Confior) moeten bij aanmelding op het formulier aangeven of het volgende van toepassing is: 'Ja, ik heb van mijn huidige verzekeraar toestemming / machtigingen gekregen voor vergoeding van revalidatie, geneesmiddelen, hulpmiddelen, ziekenvervoer, bijzondere tandheelkundige en/of behandeling door plastisch chirurg / oogarts / medisch specialist'. AnderZorg licht toe: 'Het gaat hierbij om een machtiging die wel is afgegeven, maar nog niet gebruikt is of die nog geldig is. Als je de vraag met betrekking tot toestemming / machtiging met ja hebt beantwoord, ontvang je van ons een formulier met enkele aanvullende vragen'. Op het aanmeldformulier van Menzis staat enkel aangegeven: 'Als u de vraag met betrekking tot toestemming / machtigingen met 'ja' heeft beantwoord, ontvangt u van ons een formulier met enkele aanvullende vragen'. Het gaat hier om verstrekkingen die uit het basispakket worden vergoed. Op basis van artikel 14, lid 5, van de

Zorgverzekeringswet zijn AnderZorg en Menzis geboden de machtigingen, die door de vorige zorgverzekeraar zijn afgegeven voor zorg uit het basispakket voor de periode dat de machtiging geldig is, over te nemen. De aanvullende vragen kunnen dus alleen gaan over de periode dat de machtiging is afgegeven.

Het aanmeldingsformulier van SIZ bevat de volgende vraag: ‘Overstapservice lopende machtigingen. Om de overstap naar SIZ zo soepel mogelijk te laten verlopen, willen wij u vragen om aan te geven of er sprake is van een lopende machtiging’. De verzekeringnemer moet vervolgens aangeven om welke deelnemer (op de polis) het gaat, wat de geboortedatum is, wat het deelnemersnummer is en voor welke zorg een machtiging is ontvangen. Ook wordt gevraagd toestemming te geven voor het opvragen van relevante medische gegevens door de medisch adviseur van SIZ. Hierbij staat niet expliciet aangegeven of het gaat om machtigingen die zijn afgegeven voor zorg uit het basispakket of voor zorg uit het aanvullende pakket. Telefonisch wordt aangegeven dat het gaat om zowel machtigingen voor zorg uit het basispakket als voor machtigingen voor zorg uit de aanvullende pakketten.

Over het algemeen kan gesteld worden dat het voor potentiële overstappers met een lopende machtiging voor verstrekkingen uit de aanvullende verzekering dus onzeker is of deze machtiging zal worden overgenomen. Het risico dat (een deel van) de machtigingen niet wordt overgenomen, kan belemmerend werken op de geneigdheid om over te stappen.

6.7 Conclusie

Bepalingen in de voorwaarden van de aanvullende verzekering kunnen een belemmering vormen om te veranderen van basisverzekering. Het onbelemmerd kunnen overstappen van zorgverzekeraar vormt een essentiële voorwaarde om zorgverzekeraars aan te sporen om in te spelen op de preferenties van verzekerden. Belemmeringen om over te stappen bij de aanvullende verzekeringen kunnen, indien er sprake is van een koppeling tussen de basisverzekering en de aanvullende verzekering, ook de mobiliteit in de basisverzekering belemmeren.

De koppeling tussen de basisverzekering en de aanvullende verzekering kan op twee manieren worden vormgegeven. Bij de eerste vorm van koppelverkoop zegt de verzekeraar de aanvullende verzekering automatisch op wanneer de verzekerde besluit de basisverzekering bij de verzekeraar op te zeggen. Deze bepaling is, op grond van artikel 120 van de Zorgverzekeringswet, echter verboden. Geen van de verzekeraars overtreedt deze regel. Wel mogen verzekeraars een toeslag op de premie van de aanvullende verzekering in rekening brengen wanneer de verzekerde de basisverzekering tijdens de looptijd van de aanvullende verzekering opzegt. Een vijftal verzekeraars hanteert een dergelijke bepaling, zonder overigens in de voorwaarden te vermelden hoe hoog de opslag is. Daarnaast geven

klantenservicemedewerkers (telefonisch) van een zestal zorgverzekeraars aan dat een verzekerde die een basisverzekering bij hen opzegt, ook automatisch een opzegging van de aanvullende verzekering kan verwachten. Aangezien een dergelijke toezegging niet in de voorwaarden is opgenomen en wettelijk verboden is, is het vreemd dat bij zes zorgverzekeraars de medewerkers die klanten te woord staan, dit toch medelen.

Bij de tweede vorm van koppelverkoop kan de verzekerde bij een zorgverzekeraar uitsluitend een aanvullende verzekering afsluiten wanneer ook de basisverzekering bij deze verzekeraar wordt afgesloten. Deze vorm van koppelverkoop is niet verboden en wordt gehanteerd door ruim zeven verzekeraars. Dit betekent een stijging ten opzichte van voorgaand jaar. Daarnaast brengen negen verzekeraars, in geval er uitsluitend een aanvullende verzekering wordt afgesloten, een toeslag op de premie van de aanvullende verzekering in rekening. Andere verzekeraars passen een medische selectie toe, of hanteren wachttijden voor vergoedingen en behandelingen.

Een derde (meer indirecte) manier van koppelverkoop is de koppeling tussen ouder en kind. Verschillende zorgverzekeraars bieden de aanvullende verzekering voor kinderen tot 18 jaar uitsluitend gratis aan als (minimaal één van) de ouders de aanvullende verzekering bij de verzekeraar heeft afgesloten.

Over het algemeen kan gesteld worden dat er bij bijna alle zorgverzekeraars sprake lijkt van een impliciet ontmoedigingsbeleid als het gaat om het afsluiten van de aanvullende verzekering zonder basisverzekering. Slechts één zorgverzekeraar hanteert op geen enkele manier een koppeling tussen basis- en aanvullende verzekering. Vooral voor gezinnen met kinderen wordt het vrijwel onmogelijk gemaakt uitsluitend een aanvullende verzekering bij een verzekeraar af te sluiten.

In de voorwaarden voor de aanvullende verzekeringen kunnen bepalingen zijn opgenomen die de mobiliteit voor de basisverzekering belemmeren. Het gaat dan om voorwaarden inzake de contractduur, opzegtermijn, aanmeldprocedure, keuzemogelijkheden voor gezinsleden en het beleid rondom het overnemen van machtigingen. Met betrekking tot de contractduur geldt dat slechts één verzekeraar een langere contractduur hanteert dan een jaar. De rest van de verzekeraars (met uitzondering van AZVZ) geeft expliciet aan een jaarlijkse contractperiode te kennen.

Bij 9 zorgverzekeraars geldt een opzegtermijn van twee maanden. Met betrekking tot de mobiliteit in de basisverzekering kan dit een probleem opleveren. Overigens is aantal verzekeraars met een dergelijke opzegtermijn ten opzichte van vorig jaar gedaald. Een ander probleem zou zich voor kunnen doen als de verzekeraar polisvoorwaarden van de aanvullende verzekering aanpast, maar niet die van de basisverzekering. In de praktijk heeft dit voor 2 respondenten problemen opgeleverd.

Vooraf bij de verzekeraars die een gezondheidsverklaring hanteren, kan de aanmeldprocedure tot mobiliteitsproblemen zorgen. Deze verzekeraars bieden geen volledige offerte. Het is voor verzekerden namelijk niet op voorhand duidelijk wat de consequenties zijn van de invulling van een verklaring. Daarnaast kan de aanmeldprocedure de nodige tijd in beslag nemen en moet het voor de verzekerde mogelijk zijn zich bij verschillende verzekeraars tegelijkertijd aan te melden. Dat houdt ook in dat de verzekerde de aanmelding bij de verzekeraar moet kunnen annuleren. Niet elke verzekeraar heeft in de voorwaarden opgenomen dat de verzekerde een bedenktijd heeft. Omdat het aantal verzekeraars dat een gezondheidsverklaring hanteert, stijgende is, is de kans groter dat de aanmeldprocedure een belemmering vormt om van zorgverzekeraar te veranderen dan in 2007.

Ten slotte kunnen gezinspolissen en bepalingen over het overnemen van machtigingen een belemmering vormen om van zorgverzekeraar te veranderen. Zeven verzekeraars hanteren dit jaar een gezinspolis. Verder heeft geen enkele zorgverzekeraar voor verstrekkingen uit het aanvullende pakket expliciete regelingen gesteld over het overnemen van machtigingen. Over het algemeen kan daarom gesteld worden dat het voor potentiële overstappers met een lopende machtiging onzeker is of deze machtiging zal worden overgenomen.

De koppeling tussen basisverzekering en aanvullende verzekering lijkt steeds sterker te worden. Veel zorgverzekeraars maken het onaantrekkelijk, zometeen onmogelijk, om de aanvullende verzekering afzonderlijk af te sluiten. Vooral in combinatie met toenemende overstapbelemmeringen in de aanvullende verzekering vormt de sterkere koppeling een belangrijk aandachtspunt met het oog op de mobiliteit en keuzevrijheid in de basisverzekering.

7. Aanbod van open collectiviteiten

Collectieve verzekeringen kunnen gebruikt worden als instrument voor risicoselectie. Uit onderzoek is gebleken dat bij het huidige risicovereveningssysteem substantiële groepen verzekerden voor zorgverzekeraars voorspelbaar verliesgevend zijn (Stam & Van de Ven 2007). Collectiviteiten waarin dergelijke groepen relatief oververtegenwoordigd zijn, zullen voor zorgverzekeraars onaantrekkelijk zijn. Het omgekeerde geldt voor collectiviteiten waarin de betreffende groepen ondervertegenwoordigd zijn.

In dit hoofdstuk worden de open collectieve verzekeringen die in 2008 zijn aangeboden, geïnventariseerd. Ook wordt bekeken of de geïnventariseerde open collectiviteiten hun risicoprofiel zelf trachten te verbeteren door selectief acceptatiebeleid, selectieve marketing of door het stimuleren van gunstige zelfselectie door het aanbieden van gunstige extra's voor bepaalde groepen. Door zelf risicoselectie toe te passen, kunnen de open collectiviteiten een gunstig profiel creëren waardoor zij hoge premiekortingen of andere voordelen zouden kunnen bedingen. Dit wordt risicoselectie door collectiviteiten genoemd.

7.1 Aard en aantal open collectiviteiten

Op basis van openbare bronnen is in de eerste maanden van 2008 geïnventariseerd welke open collectiviteiten worden aangeboden. In totaal zijn er dit jaar 148 open collectiviteiten (rechtspersonen) geïnventariseerd. Deze open collectiviteiten hebben in totaal 220 collectieve contracten afgesloten. In bijlage 5 is een volledig overzicht van alle geïnventariseerde open collectiviteiten opgenomen. De collectiviteiten zijn, net als vorig jaar gerangschikt per doelgroep. Deze indeling is enigszins arbitrair, maar vorig jaar is voor een dergelijke indeling gekozen omdat deze aansluit op de andere publicaties op dit terrein (ATOS 2007:19, Van Ruth et al. 2007:12).

De doelgroepen zijn divers van aard. De meeste mensen zullen uit verschillende open collectiviteiten kunnen kiezen omdat de indeling veel overlap vertoont. De verschillende doelgroepen onderscheiden zich op basis van aandoening (patiëntenvereniging), leeftijd (ouderenbonden en jongeren/studentenverenigingen), activiteit (sportvereniging, onderwijsinstanties), klantrelaties (lidmaatschap van bijvoorbeeld bank, computerclub, charitatieve organisatie), werkkring (vakbonden, verenigingen voor zelfstandig ondernemers) of algemene consumentenbelangen (bijvoorbeeld internetcollectiviteiten). Collectieve contracten van gemeenten zijn, net als in 2007 (Schut & De Bruijn 2007:9), in dit onderzoek buiten beschouwing gelaten.

Patiëntenverenigingen nemen ruim 28 procent van het aantal geïnventariseerde collectiviteiten voor hun rekening. Zij hebben echter doorgaans gemiddeld genomen minder leden dan de overige

collectiviteiten (Van Ruth et al. 2007:17). Patiëntencollectiviteiten vertegenwoordigen daardoor gezamenlijk niet meer dan twee tot vier procent van het totaal aantal collectief verzekerden (De Jong et al. 2006:6, Van Ruth et al. 2007:48, NZa 2007:31, Schut & De Bruijn 2007:9). Ten opzichte van 2007 lijkt er overigens wel sprake van een stijging van het aantal verzekerden bij een patiëntencollectief, maar het relatieve aandeel daalt door de stijging van het totaal aantal collectief verzekerden (NZa 2007:31). In tabel 7.1 zijn de in dit onderzoek geïnventariseerde collectiviteiten gecategoriseerd weergegeven.

Tabel 7.1 Aard, aantal en premiekorting (ongewogen) open collectiviteiten in inventarisatie

Categorie / Doelgroep	Aantal rechtspersonen collectiviteit	Aantal collectieve contracten	Gemiddelde premiekorting in % in 2008 (ongewogen)	
			Basis	Aanvullend
Patiënten	42	57	6,6	7,4
Jongeren / Studenten	14	14	7,9	13,1
Ouderen	5	19	5,2	6,7
Vakbondsleden / Zelfstandig ondernemers	7	13	6,9	9,7
Leden / Klanten zorgorganisaties	21	35	5,9	7,4
Leden / Klanten bedrijven / belangenorganisaties	33	37	6,6	8,2
Sporters / Supporters	8	8	5,9	8,1
Algemeen ¹	18	37	7,3	8,6
Totaal	148	220	6,6	8,2

¹ Algemene consumentenorganisaties, tussenpersonen, internetmakelaars enz.

7.2 Premiekortingen en andere collectiviteitskortingen

Via collectieve contracten kunnen consumenten hun inkoopmacht bundelen om bij zorgverzekeraars gunstige voorwaarden te bedingen. Collectiviteiten zijn daarom vaak meer voordelig voor een verzekerde dan een individuele polis. Dit voordeel kan op verschillende manieren tot uitdrukking komen. Het meest bekend zijn de premiekortingen op de basis- en / of de aanvullende verzekering. Naast premiekorting kunnen collectieve contracten ook andere voordelen bieden. Gedacht kan worden aan extra vergoedingen (al dan niet specifiek voor de betreffende doelgroep), specifieke zorgarrangementen voor de betreffende doelgroep, non-selecte acceptatie voor de aanvullende verzekering, premiekorting op andere verzekeringen of overige voordelen die buiten de directe sfeer van de (zorg)verzekeringen liggen. De voordelen zullen in onderstaande paragrafen uitgewerkt worden.

7.2.1 Premiekorting op basis- en / of aanvullende verzekering

Tabel 7.1 geeft voor de verschillende categorieën open collectiviteiten de hoogte van de gemiddelde premiekortingen voor basis- en aanvullende verzekeringen weer. Bijlage 5 bevat een volledige lijst

van alle geïnventariseerde open collectiviteiten, eveneens gerangschikt naar doelgroep. De meeste open collectiviteiten hebben in 2008 substantiële premiekortingen weten te bedingen voor zowel de basis- als de aanvullende verzekering. Meestal geldt de premiekorting voor alle polissen (natura-, restitutie of combinatiepolis) van de basisverzekering. Voor de aanvullende verzekering ligt de procentuele premiekorting vrijwel altijd hoger dan voor de basisverzekering. De basispremie (premiegrondslag) is echter aanzienlijk hoger dan de premie voor de aanvullende verzekering. Daarom is het financiële voordeel van een collectieve verzekering op de basisverzekering groter. De premiekorting voor de aanvullende verzekering geldt ook vrijwel altijd voor alle aangeboden polissen. Opvallende uitzondering op deze regel vormt de doelgroep 'Jongeren'. De korting die jongeren aangeboden krijgen voor de aanvullende verzekering, geldt vaak alleen voor speciale jongerenpolissen.

De kortingspercentages die de verschillende typen open collectiviteiten hebben kunnen bedingen, liggen niet ver uit elkaar. Tabel 7.1 geeft de (ongewogen) gemiddelde premiekortingen in procenten weer. Een dergelijke berekening is vorig jaar ook gehanteerd (Schut & De Bruijn 2007:10).

Hoewel de verschillende kortingspercentages tussen de verschillende typen open collectiviteiten niet sterk uiteen lopen, lijkt de hoogte van de korting wel enigszins verband te houden met de hoogte van het risico. Uit tabel 7.1 blijkt dat collectiviteiten met een relatief laag risico (jongeren) een gemiddeld iets hogere korting krijgen dan collectiviteiten met een relatief hoog risico (ouderen, leden van zorgorganisaties en patiënten). Hoewel jongeren wellicht een gunstige risicogroep vormen, worden zorgverzekeraars via het vereveningssysteem gecompenseerd voor de risicofactor leeftijd. Een lagere leeftijd als zodanig kan dus geen reden vormen voor hogere of juist lagere (in geval van ouderen) premiekorting. Wel zou het zo kunnen zijn dat bijvoorbeeld een collectiviteit voor jongeren of sportverenigingen aantrekkelijk is voor verzekerden met een gunstig risico binnen een bepaalde leeftijdsgroep, terwijl deze zelfde collectiviteit onaantrekkelijk is voor verzekerden met een ongunstig risico in dezelfde leeftijdsgroep. Op de mogelijke risicoselectie via collectiviteiten wordt in het volgende hoofdstuk nader ingegaan.

Naast een korting in verband met de hoogte van het risico, lijken de premiekortingen ook samen te hangen met de inkoopmacht (omvang) van de collectiviteit. Zo weten de relatief grote vakbondscollectiviteiten relatief hoge premiekortingen te bedingen (zie ook tabel 7.1). Eenzelfde conclusie lijkt te gelden voor grote werkgeverscollectiviteiten (CPZ 2007:12).

Een vergelijking van de gemiddelde premiekortingen voor de basis- en de aanvullende verzekering van dit jaar met die van vorig jaar (Schut & De Bruijn 2007:10) wordt bemoeilijkt doordat dit jaar meer collectiviteiten zijn onderzocht dan vorig jaar. Dit kan een vertekenend beeld geven. Daarom is besloten nader onderzoek te verrichten naar de collectiviteiten die vorig jaar ook in het onderzoek

opgenomen zijn geweest (Schut & De Bruijn 2007:41 e.v.). De meeste collectiviteiten die geïnventariseerd zijn in 2007, worden ook dit jaar weer aangeboden. Slechts een enkeling is opgeheven, niet langer herleidbaar of heeft geen collectief contract meer afgesloten⁶.

In tabel 7.2 is de gemiddelde premiekorting in 2007 (Schut & De Bruijn 2007:10) weergegeven. Daarnaast staat per type open collectiviteit, met daarin dezelfde rechtspersonen met dezelfde contracten als in 2007, ook de gemiddelde premiekorting in 2008 vermeldt. Op die manier is getracht meer inzicht te verkrijgen in het verloop van de korting over de jaren waarin onderzoek wordt gedaan. Door het weglaten van de nieuw geïnventariseerde open collectiviteiten, vallen de kortingspercentages in tabel 7.1 wat anders uit dan in 7.2.

Tabel 7.2 Premiekorting per typen open collectiviteiten in inventarisatie 2007 en 2008

Categorie / doelgroep	Gemiddelde premiekorting in % in 2007 (ongewogen) ²		Gemiddelde premiekorting in % in 2008 (ongewogen) ³	
	Basis ²	Aanvullend ²	Basis ³	Aanvullend ³
Patiënten	6,3	7,0	6,3	6,5
Jongeren / Studenten	7,2	20,0	8,8	14,8
Ouderen	5,3	7,5	6,4	7,7
Vakbondsleden / Zelfstandig ondernemers	8,0	10,3	7,7	9,9
Leden / Klanten zorgorganisaties	6,2	6,2	6,5	7,4
Leden / Klanten bedrijven / belangenorganisaties	6,3	7,0	6,9	8,8
Sporters / Supporters	7,7	7,7	7,7	9,2
Algemeen ¹	7,0	9,0	7,3	8,1
Totaal	6,5	8,0	6,9	8,9

¹ Algemene consumentenorganisaties, tussenpersonen, internetmakelaars enz.

² Zie Schut & De Bruijn 2007:10. Er werden in 2007 99 collectieve rechtspersonen met 132 collectieve contracten geïnventariseerd.

³ Het gaat in deze tabel uitsluitend om de collectieve contracten die ook in 2007 werden aangeboden, zodat de premiekortingen afwijken van de in tabel 7.1 genoemde percentages. Van de 99 collectieve rechtspersonen die in 2007 werden geïnventariseerd bestaan er in 2008 nog 96. Er resteren 123 collectieve contracten (zie ook voetnoot 5).

Ten opzichte van vorig jaar is de gemiddelde totale premiekorting iets gestegen. De verschillen tussen de jaren zijn niet erg groot. Ze schommelen veelal rond een bepaald punt. De oorzaak van het verschil in gemiddelden tussen de verschillende jaren is, door het relatief kleine aantal per doelgroep, veelal te

⁶ Voor zover nagegaan kon worden: De Nederlandse Vereniging voor Slechthorenden (patiënten) heeft geen contract meer met Agis, Icare (zorgorganisatie) biedt geen collectieve verzekering meer aan van Zorg en Zekerheid, Turkiye.net (bedrijf) en Sport voor Zorg (sporters) zijn niet meer (via internet) te traceren, ONVZ is geen collectief contract meer aangegaan met de Koninklijke Nederlandse Voetbal Bond (sporters), Independer.nl en Verzekeringssite.nl (algemeen) hebben geen contract meer met FBTO en Informatieziektekosten.nl en Verzekeringsabonnement.nl (algemeen) hebben geen contract meer afgesloten met ONVZ. Reden voor gewijzigde situatie wordt door beide contractpartijen, in openbare bronnen, niet toegelicht.

herleiden naar specifieke contracten. Het verschil ten opzichte van vorig jaar is daarmee vaak door middel van een klein aantal contracten te verklaren. Gesteld kan daarom worden dat de totale premiekorting per type collectiviteit ten opzichte van vorig jaar nauwelijks lijkt te zijn veranderd.

De gemiddelde korting bij patiëntenverenigingen (met betrekking tot de aanvullende verzekering) is licht gedaald. De gemiddelde premiekorting bij jongeren is voor de basisverzekering gestegen, terwijl deze voor de aanvullende verzekering (fors) gedaald is. Dit verschil is te wijten aan één specifiek contract dat in 2007 door stichting CJP werd aangeboden (Schut & De Bruijn 2007:43). Toen werd de leden van Stichting CJP een korting van 50 procent op de aanvullende jongerenverzekering aangeboden. Dit jaar bedraagt de korting 25 procent. Daarmee valt de gemiddelde korting een stuk lager uit. Ouderenbonden hebben iets hogere kortingen weten te bedingen dan in 2007, vooral met betrekking tot de basisverzekering. De gemiddelde korting voor de vakbondsleden is daarentegen een fractie gedaald ten opzichte van het jaar hiervoor. Zorgorganisaties bieden hun leden en klanten dit jaar een gemiddeld hogere premiekorting voor zowel het basis- als het aanvullende pakket. Deze stijging van het gemiddelde is te wijten aan de hogere korting die met zorgverzekeraar Univé (drie contracten) is afgesproken. In de categorie Leden / Klanten van bedrijven / belangenorganisaties zorgt voornamelijk Kruidvat (in contract met Ohra) voor de stijging van het gemiddelde. De korting bij de groep Sporters en Supporters is niet navenant gestegen, ook al lijkt hiervan wel sprake. De stijging in de tabel is te wijten aan het wegvallen van de collectiviteit Sport voor Zorg. Deze collectiviteit had een drukkende werking op het gemiddelde van vorig jaar. De categorie Algemeen, ten slotte, is het minst stabiel in de afspraken. Een relatief groot aantal collectiviteiten heeft, binnen deze groep, andere premiekortingen afgesproken dan voorgaand jaar. Overigens gaat het hier niet om extreem andere percentages dan vorig jaar en verlaging van de ene korting wordt veelal gecompenseerd door verhoging in het andere.

7.2.2 Extra vergoedingen

Een groot aantal collectiviteiten biedt aan de deelnemers extra vergoedingen aan, vaak via de aanvullende verzekering. In bijlage 5 wordt een overzicht gegeven van de extra vergoedingen die per contract worden aangeboden. Het gaat, net als vorig jaar (Schut & De Bruijn 2007:11), meestal om vergoedingen van verstrekkingen die specifiek voor de doelgroep van belang zijn. Zo worden bijvoorbeeld bepaalde geneesmiddelen, hulpmiddelen en zorgverleners voor patiëntenverenigingen extra vergoed, bevatten de contracten met ouderenbonden extra beweegprogramma's, en worden in contracten met sportverenigingen extra sportconsulenten en sportfysiotherapeuten aangeboden. In 2007 (Schut & De Bruijn 2007:11) werd geconcludeerd dat dergelijke extra vergoedingen vooral bij patiëntenverenigingen voorkomen. Ook onderzoek van het NIVEL toonde aan dat voornamelijk patiëntenverenigingen 'afspraken gemaakt hebben over inhoudelijke zorgaspecten' (Van Ruth et al. 2007:36). In 2008 zet deze trend zich voort. De categorie patiëntenverenigingen heeft meer afspraken

over extra vergoedingen gemaakt dan de andere doelgroepen. Wel groeit het aandeel zorgorganisaties en ouderenbonden dat zorginhoudelijke afspraken maakt.

7.2.3 Specifieke zorgarrangementen

Specifieke zorginhoudelijke afspraken hebben, net als vorig jaar (Schut & De Bruijn 2007:12), vooral betrekking op diabeteszorg. Diabetes Vereniging Nederland (DVN) heeft met verschillende zorgverzekeraars zorginhoudelijke afspraken gemaakt. Het gaat dan bijvoorbeeld om de speciale DiAgis-module (Agis), met kortingen op hulpmiddelen en zelfzorgmiddelen, een digitale diabetespas, met korting op teststrips en telefonisch advies (CZ), een speciale diabetesmodule (Ohra), een preventiebudget (Univé) en een diabetes starterpakket (Zorg en Zekerheid). DVN heeft van alle geïnventariseerde patiëntenverenigingen de meeste collectieve contracten afgesloten. Verzekeraars worden via het risicovereveningssysteem gecompenseerd voor de kosten die zij, onder andere, maken voor patiënten met diabetes. Daarmee kunnen diabetespatiënten een voordeel opleveren voor de zorgverzekeraar als deze het voor elkaar krijgt de zorg voor diabetespatiënten zo goed te regelen dat hij geld overhoudt aan deze groep patiënten. Wellicht verklaart dit mede het groot aantal contracten dat DVN heeft kunnen afsluiten.

In 2007 werd er op websites melding gemaakt van afspraken tussen een zorgverzekeraar (Fortis ASR) en diverse patiëntenverenigingen over de ontwikkeling van specifieke zorgprojecten. Vooralsnog leken de afspraken zich in een prematuur stadium te bevinden (Schut & De Bruijn 2007:12). Dit jaar lijkt er geen sprake van verdere ontwikkeling van deze plannen. Wel heeft een aantal patiëntenverenigingen zich, net als vorig jaar, in de onderhandelingen samengevoegd als 'Het Patiëntencollectief'. Zoals voorgaande jaren hebben de onderhandelingen van de gezamenlijke patiëntenverenigingen geleid tot het afsluiten van de zogenaamde 'Je voelt je beter-polis' bij Fortis ASR. De verenigingen hebben extra gelet op zorg voor chronisch zieken in het algemeen en zorg voor de specifieke groepen die verenigd zijn in het collectief in het bijzonder. Op zichzelf is deze (gecollectiviseerde) manier van onderhandelen voor de doelgroep niet bijzonder. Zorg6 is een ander collectief dat onderhandelingsmacht van kleine patiëntenverenigingen samenbrengt. Hoewel de collectiviteiten afspraken maken over extra vergoedingen lijkt van specifieke zorgarrangementen vooralsnog geen sprake.

Bij de overige open collectiviteiten beperken de zorginhoudelijke afspraken zich meestal tot wachtlijstbemiddeling, zorggarantie, vakantieartsen en medische rechtsbijstand. Veel verzekeraars bieden alle collectiviteiten die een contract met hen afsluiten dezelfde extra vergoedingen of services.

7.2.4 Non-selecte acceptatie bij aanvullende verzekeringen

Veel collectiviteiten garanderen een non-select acceptatiebeleid voor de aanvullende verzekeringen. Ook is er een aantal collectiviteiten waarbij de zorgverzekeraar wel medische selectie toepast maar het aantal polissen waarvoor non-selecte acceptatie geldt, heeft uitgebreid voor de collectief verzekerden ten opzichte van individueel verzekerden. Zo hoeven leden van de Koninklijke Nederlandse Hockey Bond bij ONVZ alleen gezondheidsvragen in te vullen als zij kiezen voor de meest uitgebreide verzekering. Individuele verzekerden van ONVZ vullen voor meer pakketten de gezondheidsvragen in. De regels hieromtrent verschillen per verzekeraar. Circa 80 procent van de collectiviteiten maakte in 2006 afspraken met zorgverzekeraars over een non-select acceptatiebeleid (Van Ruth et al. 2007:39). Hoewel de exacte cijfers niet bekend zijn, lijkt ook nu het aantal collectiviteiten dat dergelijke afspraken maakt nog groot. In voorgaande hoofdstukken is geconcludeerd dat er een toename is van het aantal zorgverzekeraars dat bij individuele polissen een gezondheidsverklaring hanteert. Het belang van collectiviteitsafspraken betreffende non-selecte acceptatie zou, als deze trend zich in komende jaren voort zal zetten, daarom wellicht in belang kunnen toenemen.

7.2.5 Premiekortingen op andere verzekeringen

Een aantal collectiviteiten biedt, naast premiekorting voor de basis- en/of de aanvullende pakketten, tevens korting op andere verzekeringen die de verzekeraar aanbiedt. Bijlage 6 geeft een overzicht van deze collectiviteiten. Het aantal collectiviteiten dat kortingen aanbiedt voor andere verzekeringen is, ten opzichte van 2007 (Schut & De Bruijn 2007:47), gestegen. Vorig jaar ging het om negen rechtspersonen (met negen collectieve contracten) en vier zorgverzekeraars (Schut & De Bruijn 2007:47). Dit jaar bieden wederom negen rechtspersonen (met elf collectieve contracten) een dergelijk voordeel aan, en vijf zorgverzekeraars (Avéro Achmea, FBTO, Menzis, Ohra en VGZ). Het gaat om substantiële kortingen (met voordeel oplopend tot 20%). Ohra biedt bovendien al zijn verzekerden (zowel individueel als collectief) een oplopende pakketkorting aan bij het afsluiten van meer dan 3 verzekeringen (3-10%). Twaalf rechtspersonen hebben in 2008 een collectief contract bij Ohra afgesloten. Met uitzondering van een korting op een ANWB-reisverzekering voor ANWB-leden, is er geen duidelijk verband tussen premievoordelen voor andere verzekeringen en de aard van de betreffende doelgroep.

7.2.6 Overige collectiviteitsvoordelen

Naast extra vergoedingen en services biedt een aantal collectiviteiten ook voordelen die buiten de directe sfeer van verzekeringen liggen (zie bijlage 5). Bij collectiviteiten van patiënten, zorgorganisaties en ouderen wordt vaak een tegemoetkoming verleend op het lidmaatschap van de betreffende bond, organisatie of vereniging. Daarnaast bieden collectiviteiten van zorgorganisaties hun leden vaak diverse extra diensten, zoals cursussen, voorlichting, diensten aan huis, themabijeenkomsten en kortingen op bepaalde producten. Andere zorgorganisaties (en

ouderenbonden) bieden hun deelnemers dagjes uit aan. Collectiviteiten voor jongeren en studenten bieden uiteenlopende extra's, zoals korting bij kledingketens, condooms en een kortingspas. Onder het motto 'Zorg voor jezelf en voor een ander' ondersteunt Agis volgens het informatiepakket bij de jongerenverzekering ook, namens de jongeren, de AMREF Flying Doctors bij malariabestrijding onder jongeren in Afrika. Een aantal collectiviteiten geeft korting op tijdschriften of biedt nieuwe deelnemers een tijdschriftenbon aan. Tenslotte wordt door verschillende collectiviteiten korting verleend op fitness-, welzijns- en drogisterijartikelen.

7.3 Aanmeldprocedure en toegangseisen

De voorwaarde om te kunnen toetreden tot een collectiviteit is lidmaatschap van de rechtspersoon die het collectieve contract sluit. Om voor dit lidmaatschap in aanmerking te komen, kunnen bepaalde toelatingseisen worden gesteld. Bij collectiviteiten die gericht zijn op bepaalde doelgroepen wordt soms, net als vorig jaar (Schut & De Bruijn 2007:13), vereist dat de deelnemers aan kenmerken van de doelgroep voldoen. Dat geldt bijvoorbeeld voor studenten (studiefinanciering) of 50-plussers. Zo richt National Academic zich op HBO'ers, academici en middelbaar en hoger personeel, omdat: 'Deze groep gemiddeld minder gebruik [maakt] van zorg en zich daarom bij National Academic voordeliger [kan] verzekeren' (National Academic 2008). Vaker staat het lidmaatschap echter open voor iedereen. In de inventarisatie is geen collectiviteit aangetroffen die gezondheid als toelatingseis hanteert. Risicoselectie op basis van gezondheid lijkt dus niet direct plaats te vinden. Wel zullen voornamelijk patiëntenorganisaties inzicht hebben in de gezondheid van hun deelnemers. Bij de aanmeldformulieren voor dergelijke verenigingen wordt vaak gevraagd of de aanvrager aan de betreffende ziekte lijdt. Bij bevestiging worden aanvullende vragen gesteld. Deze aanmeldingsformulieren gelden echter niet specifiek voor de zorgverzekering. Bij aanvraag van het lidmaatschap moeten deze vragen sowieso ingevuld worden. Het lijkt niet waarschijnlijk dat de verenigingen deze gegevens doorspelen aan verzekeraars. Ook de Haagse huisartsen (NRC Handelsblad 2007 en 2007b), die dit jaar als eerste groep huisartsen een collectieve verzekering hebben afgesloten waaraan al hun patiënten kunnen deelnemen, zullen inzicht hebben in het risicoprofiel van hun patiënten. Het is echter niet aannemelijk dat dit inzicht gebruikt is in de onderhandelingen (gezien het beroepsgeheim).

Na aanmelding krijgen de leden doorgaans een collectiviteitsnummer dat zij aan de betreffende zorgverzekeraars moeten doorgeven om gebruik te maken van de premiekorting en eventuele andere voordelen. Vaak is de gehele aanmeldingsprocedure voor de verzekering geautomatiseerd en verloopt via het internet. De primaire doelstelling hiervan lijkt gelegen in het streven de administratiekosten van aanmelding zo laag mogelijk te houden.

7.4 Conclusie

In de eerste maanden van 2008 is geïnventariseerd welke open collectiviteiten worden aangeboden. Per collectiviteit is bepaald op welke doelgroep(en) zij zich richt, welke premiekorting en andere voordelen zij biedt en welke toelatingseisen zij stelt. In totaal zijn er dit jaar 148 open collectiviteiten (rechtspersonen) geïnventariseerd. Deze open collectiviteiten hebben in totaal 220 collectieve contracten afgesloten.

De meeste open collectiviteiten hebben in 2008 substantiële premiekortingen weten te bedingen voor zowel de basis- als de aanvullende verzekering. Meestal geldt de premiekorting voor alle polissen van de basisverzekering en de aanvullende verzekeringen. Opvallende uitzondering zijn de collectieve contracten voor jongeren. Deze premiekorting geldt vrijwel altijd uitsluitend voor de basisverzekering en een specifieke aanvullende jongerenpolis. Hoewel de kortingspercentages tussen de verschillende typen open collectiviteiten niet sterk uiteen lopen, lijkt de hoogte van de korting wel enigszins verband te houden met de hoogte van het risico. Collectiviteiten van jongeren krijgen gemiddeld iets hogere kortingen dan collectiviteiten van ouderen, leden van zorgorganisaties en patiënten. Mogelijk zijn deze verschillen een gevolg van verschillen in risicosamenstelling waarvoor het vereveningssysteem niet volledig compenseert. Een dergelijk resultaat komt overeen met de conclusie die vorig jaar werd getrokken (Schut & De Bruijn 2007:14).

Naast premiekortingen bieden collectiviteiten ook andere voordelen. Een groot aantal collectiviteiten biedt aan de deelnemers extra vergoedingen aan, vaak via de aanvullende verzekering. Het gaat, net als vorig jaar, meestal om vergoedingen van verstrekkingen die specifiek voor de doelgroep van belang zijn. Vooral patiëntencollectiviteiten maken zorginhoudelijke afspraken. Daarnaast groeit het aantal zorgorganisaties en ouderenbonden dat afspraken maakt over extra vergoedingen. Algemene zorginhoudelijke afspraken beperken zich veelal tot wachtlijstbemiddeling, zorggarantie, vakantieartsen en medische rechtsbijstand. Specifieke zorgarrangementen hebben, net als vorig jaar, voornamelijk betrekking op diabeteszorg. Diabetes Vereniging Nederland (DVN) heeft met verschillende zorgverzekeraars specifieke zorginhoudelijke afspraken gemaakt.

Voorts garanderen de meeste collectiviteiten een non-selecte acceptatie voor de aanvullende verzekeringen. Gezien de toename van het aantal gezondheidsverklaringen voor de individuele verzekering, zouden afspraken met betrekking tot non-selecte acceptatie bij collectieve contracten in de toekomst in belang kunnen toenemen. Een aantal collectiviteiten biedt, naast korting voor de basis- en/of de aanvullende pakketten, tevens korting (oplopend tot circa 20%) op andere verzekeringen van dezelfde verzekeraar (bijvoorbeeld doorlopende reisverzekeringen, autoverzekeringen of pakketkortingen). Tenslotte biedt een substantieel aantal collectiviteiten ook extra voordelen die buiten

de directe sfeer van verzekeringen ligt. Gedacht kan worden aan extra diensten, dagjes uit en kortingspassen.

Voor deelname aan een collectiviteit is lidmaatschap van de rechtspersoon die het collectieve contract sluit, noodzakelijk. Aan het lidmaatschap worden soms toelatingseisen verbonden die te maken hebben met kenmerken van de doelgroep waar de collectiviteit zich op richt. Er is geen collectiviteit aangetroffen die het invullen van een gezondheidsverklaring als toelatingseis hanteert. Risicoselectie op basis van gezondheidskenmerken lijkt dus niet direct plaats te vinden, al zijn er wel collectiviteiten die zich nadrukkelijk richten op, qua gezondheidsrisico, gunstige doelgroepen.

8. Kenmerken en ervaringen van verzekerden per type collectiviteit

Door middel van de enquête is onderzocht welke verzekerden hebben gekozen voor welk type collectiviteit, welke redenen aan hun keuze ten grondslag lagen en of zij bij hun keuze beperkingen hebben ondervonden. In dit hoofdstuk worden de resultaten van de enquête gepresenteerd. Ook wordt geanalyseerd in hoeverre de collectieve verzekering in 2008 werkelijk door zorgverzekeraars kan zijn gebruikt voor risicoselectie.

8.1 Omvang, groei en premiekorting collectiviteiten

Volgens Vektis, het informatiecentrum voor zorgverzekeraars, is het aandeel collectief verzekerden toegenomen van 57 procent in 2007 tot 59 procent in 2008 (Smit & Mokveld 2008:18). Het aandeel respondenten met een collectieve verzekering in de enquête ligt iets hoger, maar laat een vergelijkbare toename zien. Het cohort van dit jaar geeft aan dat in 2007 64 procent van de respondenten collectief verzekerd was. Dit aandeel is in 2008 met 2 procent gestegen tot 66 procent (zie tabel 8.1). Duidelijk is dat, zowel in 2007 als in 2008, de meerderheid van de bevolking collectief verzekerd is.

Tabel 8.1 Percentage respondenten met een collectieve en individuele zorgverzekering

	2007 (n=1682)	2008 (n=1682)
Collectief	64,4%	66,3%
Individueel	35,6%	33,7%

8.1.1 Groei open collectiviteiten

Ongeveer tweederde (65 procent) van de collectief verzekerde respondenten is in 2008 aangesloten bij een werkgeverscollectiviteit. Het aandeel van open collectiviteiten is 35 procent (zie tabel 8.2). In 2007 gaf 32 procent van de collectief verzekerden aan dat zij verzekerd waren via een open collectiviteit. Het aantal mensen dat via een open collectiviteit verzekerd is, is dus licht gestegen. Ook het NIVEL vindt een stijging in het aantal open collectiviteiten (De Jong 2008:5). In 2007 stelde de NZa vast, op basis van gegevens van zorgverzekeraars, dat het aandeel open collectiviteiten 35 procent bedroeg (NZa 2007:31).

Tabel 8.2 Onderscheid open/werkgevers collectiviteiten

Type contract in 2007		Type contract in 2008 (n=1682)		
Individueel	Collectief ¹	Individueel	Collectief werkgever	Collectief open
35,6%	64,4%	33,7%	43,1%	23,2%

¹ De verdeling van deze groep over werkgevers- en open collectiviteiten in 2007 is niet bekend

Uit tabel 8.3 blijkt dat van de respondenten die in 2008 zijn overgestapt (n=50) naar een andere zorgverzekeraar een relatief groot aandeel (26 procent) heeft gekozen voor een open collectiviteit. Toch is dit aandeel lager dan vorig jaar, toen van de respondenten die overstapten 38 procent meldde naar een open collectiviteit te zijn overgestapt (Schut & De Bruijn 2007:16). Ruim de helft van de

overstappers heeft voor een individuele polis gekozen. Ook zijn dit jaar relatief minder mensen overgestapt. Vorig jaar stapte 3,8 procent van de respondenten over (Schut & De Bruijn 2007:16). Dit percentage lag iets lager dan het door Vektis (Smit & Mokveld 2007:6) gerapporteerde percentage overstappers (4,5 procent). Dit jaar is 2,9 procent van de respondenten veranderd van verzekeraar. Wederom ligt dit percentage iets lager dan door Vektis is gerapporteerd. Vektis (Smit & Mokveld 2008:18) rapporteerde dat in het afgelopen jaar 3,5 procent van de verzekerden is overgestapt naar een andere zorgverzekeraar. Duidelijk is dat het aantal overstappers in 2008 lager ligt dan in 2007.

Tabel 8.3 Type contract van degenen die in 2008 zijn overgestapt (n=50)

<i>Type contract in 2007</i>		<i>Type contract in 2008</i>		
Individueel	Collectief ¹	Individueel	Collectief werkgever	Collectief open
56%	44%	52%	22%	26%

¹ De verdeling van deze groep over werkgevers- en open collectiviteiten in 2007 is niet bekend.

In 2007 (Schut & De Bruijn 2007:17) werd reeds verklaard dat de toename van het aandeel open collectiviteiten tevens een gevolg is van de overstap van verzekerden van een individueel naar een collectief contract binnen dezelfde zorgverzekeraar. Volgens Vektis (Smit & Mokveld 2007:7 en 2008:7) wordt hierdoor ongeveer de helft van de groei van de collectiviteiten veroorzaakt. Het is waarschijnlijk dat het bij een dergelijke overstap gaat om een overstap naar een open collectiviteit. Dit spoort met de observatie dat vooral 65-plussers relatief vaak binnen dezelfde zorgverzekeraar zijn overgestapt naar een collectieve polis (Smit & Mokveld 2007:7 en 2008:7). Ouderenbonden hadden in 2007, net als in 2008, met veel verzekeraars afspraken gemaakt. De overstap van een individuele polis naar een collectieve polis binnen dezelfde zorgverzekeraar is dan relatief gemakkelijk te maken. Kennelijk hebben een aantal verzekerden zich in 2007 en 2008 gerealiseerd dat zij door toetreding tot een open collectiviteit hun polis aanzienlijk goedkoper konden verkrijgen.

8.1.2 Marktaandeelen type collectiviteit

In de enquête is aan de respondenten met een collectieve zorgverzekering gevraagd bij welke collectiviteit zij zich in 2008 hebben aangesloten. Vervolgens zijn zij gecategoriseerd op basis van de eerder onderscheiden doelgroepen (zie tabel 7.1).

Uit tabel 8.4 blijkt dat vakbonden en organisaties van kleine zelfstandigen, net als vorig jaar (Schut & De Bruijn 2007:17), met ruim tien procent van het aantal collectief verzekerden circa eenderde van het marktaandeel van de open collectiviteiten voor hun rekening nemen. Bijna vijf procent van de collectief verzekerden heeft een collectief contract via de gemeente. Veel gemeenten bieden uitkeringsgerechtigden en mensen met een minimum inkomen de mogelijkheid om zich via de gemeente collectief te verzekeren. Het aantal mensen in de steekproef dat aangesloten is bij een gemeentecollectief ligt ten opzichte van vorig jaar een kleine fractie hoger. Ruim 2 procent van de

collectief verzekerden is verzekerd via een patiëntenvereniging. Vorig jaar gaf 3 procent van de respondenten met een collectieve verzekering aan dat deze via de patiëntenvereniging was afgesloten. In 2007 werd het aandeel van de patiëntencollectiviteiten door de NZa (2007:31) overigens geraamd op één procent. Opvallend is de stijging van het aantal verzekerden dat deelneemt aan een collectief contract via een (thuis)zorgorganisatie waarbij zij als lid (klant) zijn aangesloten. Vorig jaar gaf ongeveer twee procent van de respondenten met een collectieve verzekering aan dat zij via de thuiszorgorganisatie was verzekerd. Dit jaar neemt ruim 5,5 procent van de collectief verzekerde respondenten deel aan een collectief contract van een (thuis)zorgorganisatie. In 2007 (Schut & De Bruijn 2007:18) nam ongeveer 2 procent van de collectief verzekerde respondenten deel aan een leeftijdsgebonden collectief contract. Dit jaar is een stijging waar te nemen van het aantal respondenten dat via een ouderenbond collectief verzekerd is. Voor ruim 3 procent van de collectief verzekerden geldt dit, hetgeen ruim één procent hoger is dan vorig jaar (Schut & De Bruijn 2007:18). Dit spoort ook met de observatie van Vektis dat vooral 65-plussers relatief vaak binnen dezelfde zorgverzekeraars zijn overgestapt naar een (open) collectieve polis (Smit & Mokveld 2008:7). Daarentegen is het aantal jongeren dat via een jongerenvereniging collectief is verzekerd afgenomen.

Tabel 8.4 Aandeel (%) en gemiddelde premiekorting per type collectiviteit (in 2008)

Categorie / Doelgroep	Percentage collectief verzekerden (n=1116)	Gemiddelde premiekorting in % ²	
		Basis (n=389)	Aanvullend (n=480)
Werkgeverscollectiviteit (werknemers)	65,0	8,3	10,9
Open collectiviteit	35,0	7,6	8,3
Sociale minima	4,7	7,4	10,1
Patiënten	2,2	7,2	8,0
Jongeren / Studenten en Sporters / Supporters ¹	0,6	3,9	4,0
Ouderen	2,9	8,2	7,7
Vakbondsleden / Zelfstandig ondernemers	10,1	7,4	7,5
Leden / Klanten zorgorganisaties	5,5	7,5	7,7
Leden / Klanten bedrijven / belangenorganisaties	3,0	7,9	7,8
Algemeen ³	4,1	8,8	12,1
Anders	1,8	6,3	8,1
Totaal collectiviteiten	100	8,0	9,6

¹ Wegens het gering aantal respondenten zijn de twee kleine doelgroepen van jongeren/studenten en sporters/supporters samengevoegd. Qua risicosamenstelling zijn beide groepen vergelijkbaar.

² Het gemiddelde is bepaald op basis van gerapporteerde kortingspercentages, zonder correctie voor de verschillen in premiegrondslag.

³ Algemene consumentenorganisaties, tussenpersonen, internetmakelaars enz.

Ook het aantal respondenten dat als lid of klant is aangesloten bij een collectiviteit van bepaalde bedrijven (zoals Rabobank of Kruidvat) of van belangenverenigingen (zoals ANWB en het Rode

Kruis) is afgenomen. Tenslotte heeft dit jaar ruim 4 procent (vorig jaar 3,6 procent) van de collectief verzekerden zich aangesloten bij collectiviteiten die zich niet specifiek op een bepaalde groep verzekerden richten. Het gaat hierbij om collectiviteiten van tussenpersonen en algemene consumentenorganisaties, die meestal via Internet afgesloten kunnen worden.

Al met al is het aantal respondenten bij de meeste doelgroepen niet veel veranderd. Een uitzondering vormt de sterke stijging van het aantal mensen dat collectief verzekerd is via hun (thuis)zorgorganisatie. Daarnaast valt op dat de omvang van collectief verzekerden via een ouderenbond is gestegen. Dit spoot met de observatie van Vektis (Smit & Mokveld 2008:7).

8.1.3 Premiekortingen per type collectiviteit

De respondenten is gevraagd om aan te geven welke procentuele premiekorting zij hebben gekregen op zowel de basis- als de aanvullende verzekering. Voor veel respondenten bleek dit, net als vorig jaar, een lastige vraag, want de vraag werd door meer dan de helft van de respondenten niet beantwoord. De gemiddelde premiekortingen zijn vermeld in tabel 8.4.

Uit de tabel blijkt dat collectief verzekerden in 2008 profiteren van substantiële premiekortingen op zowel de basisverzekering (gemiddeld 8,0 procent) als de aanvullende verzekering (gemiddeld 9,6 procent). Omdat bij de berekening van de gemiddelde premiekorting geen rekening is gehouden met verschillen in de premiegrondslag, zijn de gemiddelden waarschijnlijk enigszins overschat. Van een overschatting is sprake wanneer de grootste procentuele premiekortingen worden gegeven op de goedkoopste polissen. De overschatting is vermoedelijk het grootst voor de aanvullende verzekering wegens de sterk uiteenlopende premies van de diverse polissen. Door het ontbreken van gegevens over de premiehoogte waarop de kortingen zijn gebaseerd, is het niet mogelijk om voor deze mogelijke overschatting te corrigeren. Volgens de NZa (2007:29) bedroeg de collectiviteitskorting in 2007 gemiddeld zeven procent op de premie van de basisverzekering (de collectiviteitskorting op de premie van de aanvullende verzekering is in dit onderzoek niet gegeven). Vorig jaar werd in dit onderzoek op basis van de enquête een percentage van 8,1 procent berekend (Schut & De Bruijn 2007:18). Ten opzichte van 2007 is de gemiddelde premiekorting voor de basisverzekering (8,0 procent) vrijwel constant gebleven, terwijl de korting voor de aanvullende verzekering (9,6 procent ten opzichte van 9,3 procent) licht gestegen is (zie tabel 8.4).

Uit tabel 8.4 blijkt dat deelnemers aan werkgeverscollectiviteiten gemiddeld een hogere premiekorting krijgen dan deelnemers aan open collectiviteiten. Net als vorig jaar krijgen deelnemers aan een open collectiviteit voor de basisverzekering een gemiddelde korting van 7,6 procent. Deelnemers aan een werkgeverscollectiviteit rapporteren een gemiddelde korting van 8,3 procent voor de basisverzekering, een nagenoeg zelfde korting als in 2007 (Schut & De Bruijn 2007:19).

Voor de aanvullende verzekering lopen de kortingen verder uiteen. De gemiddelde premiekortingen voor aanvullende verzekeringen bij open collectiviteiten bedraagt 8,3 procent, terwijl bij werkgeverscollectiviteiten het kortingspercentage 10,9 bedraagt. Ondanks het verschil in berekeningsmethode komt de gemiddelde premiekorting voor open collectiviteiten op basis van de enquête redelijk (basis) tot goed (aanvullend) overeen met de in het vorige hoofdstuk berekende ongewogen gemiddelde premiekorting van de geïnterviewde contracten (zie tabel 8.1).

Uit een nadere opsplitsing per type open collectiviteit blijkt dat de gemiddelde premiekortingen per type collectiviteit niet sterk uiteenlopen (tabel 8.4). Alleen de kortingen voor jongeren/studenten en sporters/supporters zijn opvallend laag ten opzichte van de rest. Hierbij moet de kanttekening worden gemaakt dat voor collectiviteiten met een gering aantal respondenten (zoals jongeren/studenten, sporters/supporters, patiënten en ouderen) de gemiddelden mogelijk weinig betrouwbaar zijn. Dit geldt bij uitstek voor de categorie jongeren/studenten en sporters/supporters, waarbij de gemiddelde premiekortingen zijn gebaseerd op slechts drie waarnemingen (vier respondenten vulden 'ik weet het niet' in). Niet geheel conform de resultaten uit het vorige hoofdstuk lijken respondenten die deelnemen in collectiviteiten met een relatief hoog risicoprofiel (ouderen, patiënten, leden / klanten zorgorganisaties en sociale minima) niet per se een lagere korting te krijgen dan overige respondenten.

8.2 Kenmerken collectief verzekerden

In dit hoofdstuk staat de analyse centraal in hoeverre de collectieve verzekering in 2008 werkelijk door zorgverzekeraars kan zijn gebruikt voor risicoselectie. Een belangrijke vraag is of, met inachtneming van het risicovereveningssysteem, bepaalde collectiviteiten qua samenstelling voor zorgverzekeraars voorspelbaar winst- of verliesgevend zijn. In dit kader is de vraag van belang of er verschillen bestaan tussen collectief en individueel verzekerden en tussen de deelnemers aan de verschillende soorten collectiviteiten.

8.2.1 Demografische kenmerken

In tabel 8.5 is een overzicht gegeven van de demografische kenmerken (leeftijd, geslacht en opleidingsniveau) in relatie tot de manier van verzekeren. Collectief verzekerden (onderverdeeld in werkgeverscollectiviteiten en open collectiviteiten) zijn daarbij afgezet tegenover individueel verzekerden. De demografische samenstelling van de groep individueel verzekerden, open collectiviteiten en werkgeverscollectiviteiten verschilt aanzienlijk.

Tabel 8.5 Kenmerken collectief en individueel verzekerde respondenten

	Collectief verzekerd in 2008 (n=1116)		Individueel verzekerd in 2008 (n=566)
	Werkgevers (n=725)	Open (n=391)	
<i>Leeftijd</i>			
18 – 39 jaar	24,7% (179)	19,4% (76)	31,3% (177)
40 – 59 jaar	43,7% (317)	36,6% (143)	34,5% (195)
60+	31,7% (229)	44,0% (172)	34,3% (194)
<i>Geslacht</i>			
Man	57,2% (415)	50,1% (196)	50,9% (288)
Vrouw	42,8% (310)	49,9% (195)	49,1% (278)
<i>Opleidingsniveau</i>			
Laag	28,0% (203)	38,7% (151)	35,2% (199)
Middel	33,6% (243)	28,2% (110)	32,4% (183)
Hoog	37,8% (274)	31,8% (124)	31,9% (180)
Geen / Anders	0,6% (4)	1,3% (5)	0,5% (3)

Verzekerden in een open collectiviteit zijn, net als vorig jaar, relatief sterk vertegenwoordigd in de hoogste leeftijdsklasse (60+). In 2007 was in de groep individueel verzekerden de leeftijdscategorie 18 tot 39 jaar relatief sterk vertegenwoordigd ten opzichte van de verdeling binnen de collectieve verzekerden. Dat is dit jaar minder sterk het geval. De leeftijdsverdeling binnen de categorie individueel verzekerd is gelijkmatiger geworden. Wel zijn dit jaar, net als vorig jaar, de 40- tot 59-jarigen relatief sterk vertegenwoordigd in de werkgeverscollectiviteiten. Hoewel deze middengroep nog steeds het grootste aandeel binnen de werkgeverscollectiviteiten inneemt, is de stijging van het aantal 60-plussers binnen deze categorie echter opvallend. Deze stijging is niet geheel naar verwachting aangezien de kans groter is dat respondenten ouder dan 60 jaar niet langer werkzaam zijn en daarom niet in aanmerking zouden komen voor een werkgeverscollectiviteit dan mensen in een lagere leeftijdscategorie. Daarom zijn de gegevens nader geanalyseerd. Van de 229 respondenten die ouder zijn dan 60 jaar en die naar eigen zeggen deelnemen aan een werkgeverscollectiviteit, bleken slechts 26 respondenten nog werkzaam. Ruim 160 respondenten uit deze groep bleken gebruik te maken van de VUT-regeling of gepensioneerd. Deze personen hebben een collectief contract via hun vroegere werkgever en hebben in dat kader ingevuld dat zij deelnemen aan een werkgeverscollectiviteit. Vorig jaar gold dit net zo goed, maar toen heeft een deel van hen ingevuld dat zij via een open collectiviteit verzekerd waren. Aangezien slechts 11 respondenten dit jaar zijn overgestapt naar een werkgeverscollectiviteit (zie tabel 8.3), is het waarschijnlijk dat de respondenten de vraag iets anders hebben opgevat dan voorgaand jaar. Daarnaast is het aantal 60-plussers dat dit jaar de vragenlijst heeft ingevuld, even hoog gebleven als vorig jaar. Minder mensen hebben dit jaar echter de vragenlijst compleet ingevuld, wat betekent dat de groepen 18 tot 39 jaar en 40 tot 59 jaar, ten opzichte van vorig jaar, (een dertigtal) minder respondenten bevatten. Dit kan een lichte vertekening veroorzaken.

Bij werkgeverscollectiviteiten zijn de verzekerden relatief vaker van het mannelijk geslacht. Het verschil tussen mannen en vrouwen beslaat in deze categorie ruim 14 procent. Ook in 2007 was het

aantal mannen dat deelnam aan een werkgeverscollectiviteit opvallend groter dan het aantal vrouwen (Schut & De Bruijn 2007:20). Bij de open collectiviteiten ligt het aandeel mannen en vrouwen echter nagenoeg gelijk. Ook bij de individueel verzekerden is het verschil gering. Wel is net als in 2007 (Schut & De Bruijn 2007:20) een trend waar te nemen met betrekking tot het opleidingsniveau van deelnemers aan open en werkgeverscollectiviteiten. Het opleidingsniveau van deelnemers aan een open collectiviteit is relatief laag ten opzichte van de deelnemers aan werkgeverscollectiviteiten. Ook onder individueel verzekerden komt een lager opleidingsniveau relatief vaak voor. Dit is redelijk in overeenstemming met de resultaten van vorig jaar.

Hoewel niet alle resultaten geheel overeenstemmen met de resultaten van voorgaand jaar, is met betrekking tot de collectiviteiten wel (voorzichtig) een trend waar te nemen. De demografische samenstelling van de groep individueel verzekerden is het meest veranderd. Er is hier echter geen sprake van een grote verschuiving. Eerder is de demografische samenstelling van deze groep meer gelijkmatig verdeeld over de categorieën dan voorgaand jaar (Schut & De Bruijn 2007:20).

De relatieve oververtegenwoordiging van ouderen in open collectiviteiten is vooral toe te schrijven aan bepaalde collectiviteiten die voor ouderen aantrekkelijk zijn (zoals ouderenbonden en (thuis)zorgorganisaties) of die relatief veel ouderen leden hebben (zoals patiëntenverenigingen en vakbonden). In tabel 8.6 is een overzicht gegeven van de leeftijdsverdeling per type open collectiviteit. Zoals blijkt uit tabel 8.6 ligt het aandeel 60-plussers bij al deze collectiviteiten rond 40 procent of hoger, waarmee het aandeel ruim uitstijgt boven het aandeel 60-plussers bij individuele contracten (34,3 procent) en werkgeverscollectiviteiten (31,7 procent). Vooral voor collectiviteiten via ouderbonden, vakbonden of thuiszorgorganisaties geldt deze conclusie.

Tabel 8.6 Leeftijdsverdeling per type open collectiviteit

Categorie / Doelgroep	Aantal (n)	Leeftijdscategorie (%)		
		18 -39	40 -59	60+
Sociale minima (gemeentecollectief)	53	20,8%	34,0%	45,3%
Patiënten	25	20,0%	48,0%	32,0%
Jongeren / Studenten en Sporters / Supporters ¹	7	85,7%	14,3%	0,0%
Ouderen	32	0,0%	18,8%	81,3%
Vakbondsleden / Kleine zelfstandigen	113	15,9%	38,9%	45,1%
Leden / Klanten zorgorganisaties	61	14,8%	31,1%	54,1%
Leden / Klanten bedrijven / belangenorganisaties	34	29,4%	35,3%	35,3%
Algemeen ²	46	30,4%	47,8%	21,7%
Anders / Weet niet	20	15,0%	45,0%	40,0%
<i>Totaal open collectiviteiten</i>	391	19,4%	36,6%	44,0%

¹ Wegens het gering aantal respondenten zijn de twee kleine doelgroepen van jongeren/studenten en sporters/supporters samengevoegd. Qua risicosamenstelling zijn beide groepen vergelijkbaar.

² Algemene consumentenorganisaties, tussenpersonen, internetmakelaars enz.

Daartegenover staat dat open collectiviteiten van jongeren/studenten en sporters/supporters en van consumentenorganisaties, tussenpersonen en internetorganisaties (doelgroep algemeen), een laag aandeel ouderen kennen. De ouderen zijn hier sterk ondervertegenwoordigd of zelfs afwezig. Deze collectiviteiten leggen qua omvang echter weinig gewicht in de schaal binnen de categorie open collectiviteiten.

Ten opzichte van vorig jaar (Schut & De Bruijn 2007:21) lijkt binnen de groepen sociale minima en patiëntencollectiviteiten een verschuiving opgetreden. Onder de sociale minima bevinden zich dit jaar meer ouderen dan vorig jaar, terwijl het aantal 60-plussers in een patiëntencollectiviteit is gedaald. Het aantal 40- tot 59-jarigen is bij de patiëntencollectiviteiten, ten opzichte van 2007, juist gestegen. Gezien het klein aantal respondenten per categorie moeten deze verschillen voorzichtig geïnterpreteerd worden. Het is de vraag of hier daadwerkelijk sprake is van een verschil of dat deze, overigens lichte, verschuiving te wijten is aan het effect van kleine aantallen. Ook binnen de collectiviteiten voor vakbondsleden en kleine zelfstandigen heeft zich een verschuiving voorgedaan. Het aantal ouderen binnen deze collectiviteiten is gestegen, terwijl het aandeel respondenten tussen de 40 en 59 jaar binnen dit type collectiviteit is gedaald.

8.2.2 Gezondheidskenmerken

In de enquête is de respondenten zowel gevraagd naar algemene gezondheidskenmerken als naar het voorkomen van specifieke chronische aandoeningen. In deze paragraaf wordt geanalyseerd in hoeverre er in dit opzicht verschillen bestaan tussen respondenten met een verschillend type contract.

Algemene gezondheidskenmerken

Tussen individueel verzekerden, deelnemers aan open collectiviteiten en aan werkgeverscollectiviteiten bestaan significante verschillen in gezondheid. Zoals blijkt uit tabel 8.7 zijn deelnemers aan open collectiviteiten gemiddeld het minst gezond, maken zij het meest gebruik van psychische hulpverleners (niet significant) en hebben zij relatief veel contact met de huisarts. Deelnemers aan werkgeverscollectiviteiten, daarentegen, zijn gemiddeld het meest gezond en maken het minst gebruik van de huisarts. Wel maken zij, net als vorig jaar (Schut & De Bruijn 2007:21), relatief vaak gebruik van de tandarts.

Tabel 8.7 Algemene gezondheid en zorggebruik per type verzekering (% respondenten)¹

	Collectief (n=1116)		Individueel (n=566)
	Werkgevers (n=725)	Open (n=391)	
<i>Algemene gezondheid*</i>			
Slecht / Matig	10,7% (77)	20,7% (81)	16,4% (93)
Goed	58,6% (425)	56,0% (219)	56,7% (321)
Zeer goed	26,1% (189)	18,9% (74)	22,3% (126)
Uitstekend	4,7% (34)	4,3% (17)	4,6% (26)
<i>Contact met huisarts*</i>			
0 keer	31,4% (228)	28,4% (111)	27,9% (158)
1 keer	30,1% (218)	21,7% (85)	28,4% (161)
2 of 3 keer	27,2% (197)	34,5% (135)	27,7% (157)
4 keer of meer	11,3% (82)	15,3% (60)	15,9% (90)
<i>Contact met tandarts***</i>			
0 keer	19,6% (142)	26,3% (103)	24,0% (136)
1 keer	30,2% (219)	24,3% (95)	29,9% (169)
2 of 3 keer	44,3% (321)	44,8% (175)	41,7% (236)
4 keer of meer	5,9% (43)	4,6% (18)	4,4% (25)
<i>Contact met psychische hulpverleners</i>			
0 keer	94,8% (687)	92,3% (361)	94,9% (537)
1, 2 of 3 keer	1,8 % (13)	3,0% (12)	1,6% (9)
4 keer of meer	3,4% (25)	4,6% (18)	3,5% (20)

¹ Aantal respondenten staat tussen haakjes

* p<0,01; ** p<0,05; *** p<0,10 (Chi-kwadraat toets)

De groep deelnemers binnen de open collectiviteiten is niet erg homogeen. Zo bleken de verschillende typen open collectiviteiten op basis van demografische kenmerken al vrij divers. Ook bestaan er grote gezondheidsverschillen tussen de verschillende typen open collectiviteiten. Tabel 8.8 geeft de algemene zelf gerapporteerde gezondheidsverdeling per type open collectiviteit. Sociale minima, leden van patiëntenverenigingen, ouderen en klanten van (thuis)zorgorganisaties rapporteren twee tot vier keer zo vaak een slechte of matige gezondheid als deelnemers aan werkgeverscollectiviteiten, zo blijkt uit een vergelijking tussen tabel 8.7 en tabel 8.8. Leden van vakbonden en kleine zelfstandigen zijn daarentegen ongeveer even gezond als deelnemers aan werkgeverscollectiviteiten. Klanten van algemene of specifieke consumentenorganisaties rapporteren ongeveer eenzelfde gezondheid als individueel verzekerden. Deze resultaten zijn in overeenstemming met vorig jaar (Schut & De Bruijn 2007:22). Tenslotte kenmerken collectiviteiten van jongeren/studenten en sporters/supporters zich door een zeer gunstige gezondheidssamenstelling. Wel wordt bij deze conclusie de kanttekening geplaatst dat het bij deze laatste categorie (zelfs na samenvoeging) gaat om een klein aantal deelnemers. De resultaten moeten daarom voorzichtig geïnterpreteerd worden.

Tabel 8.8 Gezondheidsverdeling per type open collectiviteit

Categorie / Doelgroep	Aantal (n)	Zelf gerapporteerde gezondheidstoestand (%)		
		Slecht / Matig	Goed	Zeer goed / Uitstekend
Sociale minima (gemeentecollectief)	53	34,0%	50,9%	15,1%
Patiënten	25	28,0%	40,0%	32,0%
Jongeren / Studenten en Sporters / Supporters ¹	7	0,0%	57,1%	42,9%
Ouderen	32	28,1%	53,1%	18,7%
Vakbondsleden / Kleine zelfstandigen	113	8,8%	66,4%	24,8%
Leden / Klanten zorgorganisaties	61	29,5%	50,8%	19,6%
Leden / Klanten bedrijven / belangenorganisaties	34	20,6%	52,9%	26,0%
Algemeen ²	46	13,0%	60,9%	26,1%
Anders / Weet niet	20	30,0%	45,0%	25,0%
Totaal open collectiviteiten	391	20,7%	56,0%	23,2%

¹ Wegens het gering aantal respondenten zijn de twee kleine doelgroepen van jongeren/studenten en sporters/supporters samengevoegd. Qua risicosamenstelling zijn beide groepen vergelijkbaar.

² Algemene consumentenorganisaties, tussenpersonen, internetmakelaars enz.

Chronische aandoeningen met voorspelbaar verlies

Gezondheidsverschillen in het verzekerdenbestand hoeven voor zorgverzekeraars niet bezwaarlijk te zijn indien zij hiervoor adequaat worden gecompenseerd door het risicovereveningssysteem. Uit onderzoek van Stam en Van de Ven (2006:11) blijkt echter dat zorgverzekeraars op specifieke verzekerden met bepaalde – veelal chronische - aandoeningen aanzienlijke voorspelbare verliezen maken. Ook de modelverbeteringen die in 2007 zijn doorgevoerd, hebben niet tot een substantiële reductie van de voorspelbare winsten en verliezen geleid (Stam & Van de Ven 2007:8). Een belangrijke vraag is daarom of voorspelbare verliesgevende aandoeningen onevenredig vaak voorkomen bij bepaalde collectiviteiten of bij individueel verzekerden, ten opzichte van een qua overige kenmerken vergelijkbare populatie. Als dit zo is, en als verzekeraars deze groepen met voorspelbaar verliesgevende aandoeningen weten op te sporen, dan zou risicoselectie kunnen voorkomen.

De respondenten is gevraagd aan te geven of zij aan één of meer voorspelbaar verliesgevende aandoening lijden. Tabel 8.9 geeft aan hoe vaak een voorspelbaar verliesgevende chronisch aandoening in de steekproef voorkomt bij individueel verzekerden, deelnemers aan werkgeverscollectiviteiten en deelnemers aan open collectiviteiten. De geschatte omvang van de subgroep is gebaseerd op gegevens van volwassen voormalig ziekenfondsverzekerden van zorgverzekeraar Agis (Stam & Van de Ven 2006; 2007; 2008). Hoewel het aantal respondenten per aandoening in dit onderzoek beperkt is, komen de procentuele aandelen binnen de meeste groepen redelijk goed overeen met de geschatte aandelen op basis van de gegevens van deze grote zorgverzekeraar. De procentuele aandelen van de verschillende subgroepen liggen bij de betreffende zorgverzekeraar (Agis) in een aantal gevallen iets hoger dan in de steekproef, hetgeen waarschijnlijk te

verklaren is doordat de gegevens van de zorgverzekeraar alleen betrekking hadden op ziekenfondsverzekerden en wellicht ook door de relatief ongunstige risicosamenstelling van het verzekerdenbestand van deze zorgverzekeraar.

Tabel 8.9 Prevalentie voorspelbaar verliesgevende chronische aandoeningen per type verzekering (in %)¹

Aandoeningen	Collectief (n=1116)		Individueel (n=566)	Geschatte omvang subgroep ²	Voorspelbaar verlies 2003 (euro's 2006) ²
	Werkgevers (n=725)	Open (n=391)			
Migraine of regelmatige ernstige hoofdpijn**	8,14% (59)	11,00% (43)	12,90% (73)	22,2	123
Hoge bloeddruk*	16,41% (119)	24,30% (95)	18,55%(105)	15,0	544
Vernauwing van de bloedvaten in de buik of in de benen (geen spataderen)**	1,38% (10)	4,09% (16)	3,53% (20)	4,1	845
Astma, chronische bronchitis, longemfyseem of cara***	7,17% (52)	11,25% (44)	7,95% (45)	8,0	466
Ernstige of hardnekkige darmstoornissen, langer dan 3 maanden	1,93% (14)	2,56% (10)	2,12% (12)	4,3	779
Onvrijwillig urineverlies (incontinentie)*	2,21% (16)	5,37% (21)	5,12% (29)	7,7	611
Ernstige of hardnekkige aandoening van de rug (incl. hernia)	5,93% (43)	3,76% (35)	6,71% (38)	14,9	300
Gewrichtsslijtage (artrose, slijtagereuma) van heupen of knieën*	6,90% (50)	11,51% (45)	11,84% (67)	15,9	403
Chronische gewrichtsontsteking (ontstekingsreuma, chronische reuma, reumatoïde artritis)	3,45% (25)	4,60% (18)	4,60% (26)	6,0	716
Andere langdurige ziekte of aandoening*	15,59% (113)	24,30% (95)	14,49% (82)	12,1	612
<i>Aantal aandoeningen*</i>					
Geen	54,9% (398)	39,1% (153)	50,5% (286)		
1	30,2% (219)	33,5% (131)	28,6% (162)		
2 of 3	13,2% (96)	24,0% (94)	16,1% (91)		
4 of meer	1,7% (12)	3,3% (13)	4,8% (27)		

¹ Aantal respondenten staat tussen haakjes. Omdat respondenten meer dan één aandoening kunnen noemen, tellen de percentages niet op tot 100.

² Gebaseerd op gegevens van volwassen voormalig ziekenfondsverzekerden van zorgverzekeraar Agis in 2001 (Stam & Van de Ven 2006; 2007; 2008). Voorspelbare verliezen zijn zonder ex-post hoge kostencompensatie, generieke verevening en nacalculatie (exclusief vaste kosten ziekenhuisverpleging)

* p<0,01; ** p<0,05; *** p<0,10 (Chi-kwadraat toets)

Bij een aantal aandoeningen komt de omvang van de subgroepen echter geheel niet overeen met de geschatte omvang. Zo wijken vooral de aandelen van de subgroepen ‘migraine of regelmatige ernstige hoofdpijn’ en ‘ernstige of hardnekkige aandoening van de rug (incl. hernia)’ aanzienlijk af van de samenstelling van het Agis-bestand.⁷

Niet alle gevonden verbanden zijn statistische significant. Op basis van de aandoeningen die wel significant zijn, kan echter geconcludeerd worden dat deelnemers aan werkgeverscollectiviteiten minder vaak lijden aan voorspelbaar verliesgevende aandoeningen dan individueel verzekerden of deelnemers aan een open collectiviteit. Dit geldt alleen niet voor de categorie ‘Andere langdurige ziekte of aandoening’. Individueel verzekerden hebben deze categorie het minst vaak aangevinkt. Tussen individueel verzekerden en deelnemers aan een open collectiviteit zijn de verschillen veel minder groot en bovendien niet eenduidig. Alleen de categorie ‘Andere langdurige ziekte of aandoening’ komt bij deelnemers aan open collectiviteiten veel vaker voor. Overigens geldt dat de prevalentie van voorspelbaar verliesgevende chronische aandoeningen per type verzekering voor een aantal aandoeningen hoger ligt dan vorig jaar, terwijl voor een aantal aandoeningen de prevalentie juist gedaald is (Schut & De Bruijn 2007:24).

In tabel 8.10 is een verdere opsplitsing gemaakt van de prevalentie van de verschillende chronische aandoeningen per type open collectiviteit. Wegens het gering aantal waarnemingen per aandoening op doelgroepniveau moeten de percentages voorzichtig worden geïnterpreteerd: zij vormen niet meer dan een globale indicatie van de mate waarin de aandoeningen bij de doelgroep voorkomt. Chronische aandoeningen blijken, net als vorig jaar, relatief vaak voor te komen bij collectiviteiten van zorgorganisaties, patiëntenverenigingen, sociale minima en ouderenbonden. Met betrekking tot de collectiviteiten voor jongeren/studenten en sporters/supporters kan, gezien het kleine aantal respondenten met een aandoening binnen deze categorie, geen conclusie getrokken worden. Chronische aandoeningen blijken relatief weinig voor te komen bij collectiviteiten van vakbonden en zelfstandig ondernemers, leden en klanten van bedrijven en belangenorganisaties en algemene consumentenorganisaties (doelgroep algemeen). Vorig jaar viel op dat het aandeel reumapatiënten onder de deelnemers aan patiëntencollectiviteiten relatief hoog was. Dit was mogelijk het gevolg van het collectieve contract dat de reumapatiëntenbond met een zorgverzekeraar had kunnen afsluiten (Schut & De Bruijn 2007:25). Ook dit jaar heeft de reumapatiëntenbond een aantal collectieve contracten afgesloten. Toch is het aandeel reumapatiënten in de collectiviteiten voor patiëntenverenigingen dit jaar niet opvallend hoog ten opzichte van de andere collectiviteiten. Het

⁷ Ook bij de categorie langdurige ziekte of aandoening is sprake van een fors verschil met het Agis-bestand maar dit wordt waarschijnlijk grotendeels veroorzaakt doordat in de vragenlijst voor Agis-verzekerden meer specifieke aandoeningen waren opgenomen (waardoor er dus minder respondenten in deze categorie overblijven).

aandeel reumapatiënten is binnen de collectieve contracten van zorgorganisaties juist fors gestegen, terwijl het aandeel binnen de collectiviteiten van patiëntenverenigingen gedaald is.

Tabel 8.10 Prevalentie voorspelbaar verliesgevende chronische aandoeningen per type open collectiviteit (in %)

Aandoening	Percentage respondenten per open collectiviteit dat lijdt aan betreffende aandoening								
	Totaal open collectiviteiten	Sociale Minima (gemeentecollectief)	Patiënten	Jongeren / Studenten en Sporters / Supporters ¹	Ouderen	Vakbondsleden / Kleine Zelfstandigen	Leden / Klanten zorgorganisaties	Leden / Klanten bedrijven / belangorganisaties	Algemeen ²
n =	391	53	25	7	32	113	61	34	46
Migraine e.d.	11,0	11,3	8,0	14,3	12,5	12,4	6,6	11,8	2,2
Hoge bloeddruk	24,3	24,5	24,0	0,0	21,9	30,1	23,0	26,5	15,2
Vernauwing van de bloedvaten buik / benen	4,1	3,8	4,0	0,0	18,8	2,7	4,9	0,0	2,2
Astma e.d.	11,3	18,9	8,0	0,0	18,8	7,1	18,0	8,8	6,5
Ernstige darmstoornissen	2,6	3,8	4,0	0,0	3,1	1,8	3,3	0,0	2,2
Incontinentie	5,4	11,3	4,0	0,0	15,6	2,7	1,6	5,9	4,3
Ernstige rugaandoening	3,8	13,2	12,0	0,0	15,6	7,1	16,4	2,9	2,2
Gewrichtsslijtage	11,5	7,5	8,0	0,0	31,3	8,8	21,3	8,8	4,3
Reuma e.d.	4,6	5,7	4,0	0,0	3,1	1,8	11,5	2,9	2,2
Andere langdurige ziekte of aandoening	24,3	24,5	32,0	14,3	34,4	23,9	24,6	26,5	17,4
Totaal (gemiddeld % aandoeningen)	11	12	11	3	18	10	13	9	6

¹ Wegens het gering aantal respondenten zijn de twee kleine doelgroepen van jongeren/studenten en sporters/supporters samengevoegd. Qua risicosamenstelling zijn beide groepen vergelijkbaar.

² Algemene consumentenorganisaties, tussenpersonen, internetmakelaars enz.

Meer informatief is wellicht een overzicht van het gemiddeld aantal aandoeningen per persoon ten opzichte van 2007. Omdat tabel 8.11 gebaseerd is op gegevens uit tabel 8.10 en gegevens uit het onderzoek van Schut & De Bruijn (2007:25), geldt ook hier dat, gezien de kleine aantallen, de gegevens voorzichtig moeten worden geïnterpreteerd.

Tabel 8.11 Gemiddeld aantal aandoeningen per persoon in de periode 2007-2008

	Aantal (n) in 2007	Gemiddeld aantal aandoeningen per persoon in 2007	Aantal (n) in 2008	Gemiddeld aantal aandoeningen per persoon in 2008
Sociale minima (gemeentecollectief)	56	0,98	53	1,25
Patiënten	36	1,25	25	1,08
Jongeren / Studenten en Sporters / Supporters ¹	13	0,31	7	0,29
Ouderen	24	1,42	32	1,75
Vakbondsleden / Kleine zelfstandigen	148	0,76	113	0,98
Leden / Klanten zorgorganisaties	25	1,40	61	1,41
Leden / Klanten bedrijven / belangenorganisaties	56	0,93	34	0,94
Algemeen ²	47	1,11	46	0,59
Totaal open collectiviteiten	419	0,98	391	1,08

¹ Wegens het gering aantal respondenten zijn de twee kleine doelgroepen van jongeren/studenten en sporters/supporters samengevoegd. Qua risicosamenstelling zijn beide groepen vergelijkbaar.

² Algemene consumentenorganisaties, tussenpersonen, internetmakelaars enz.

Het is lastig om een trend waar te nemen. Hoewel het gemiddeld aantal aandoeningen in de totale respondentenpopulatie van de open collectiviteiten iets gestegen is, is deze stijging niet binnen elk van de open collectiviteiten waarneembaar. De sterkste stijging lijkt plaats gevonden te hebben binnen de gemeentecollectiviteiten. Het gemiddeld aantal aandoeningen per persoon is bij deze respondenten met een kwart procent gestegen. Daarentegen is het gemiddeld aantal aandoeningen per persoon in de groep met een collectiviteit via een algemene consumentenorganisatie, tussenpersoon of internetmakelaar behoorlijk gedaald. In vergelijking tot vorig jaar is het gemiddeld aantal aandoeningen per persoon per type collectiviteit echter niet erg veranderd (Schut & De Bruijn 2007:25).

Risicoselectie?

Een hoog aandeel voorspelbaar verliesgevende aandoeningen (zoals vermeld in tabel 8.9) in een collectiviteit impliceert niet noodzakelijkerwijs dat de betreffende collectiviteit voor de zorgverzekeraar een ongunstig risico vormt. Wanneer dergelijke aandoeningen bijvoorbeeld vaak voorkomen onder ouderen en de collectiviteit eveneens vooral uit ouderen bestaat, kan de collectiviteit zelfs een gunstig risico vormen als het aandeel verliesgevende aandoeningen lager ligt dan in de totale ouderenpopulatie.

Om een indruk te krijgen of werkgeverscollectiviteiten, open collectiviteiten en individueel verzekerden voor verzekeraars gemiddeld genomen een relatief gunstig risico vertegenwoordigen ten opzichte van het vereveningssysteem, is globaal gecorrigeerd voor verschillen in leeftijdsopbouw. Op

basis van de gezondheidsenquête onder ziekenfondsverzekerden van Agis in 2001 (Stam & Van de Ven 2006) is onderzocht hoe de verdeling van gezondheidskenmerken verschilt per onderscheiden leeftijdscategorie (18-39, 40-59 en 60+ jaar). Vervolgens is op grond hiervan berekend wat – gegeven de leeftijdssamenstelling van de respondenten (zie tabel 8.5) – de *verwachte* verdeling van gezondheidskenmerken zou zijn voor werkgeverscollectiviteiten, open collectiviteiten en individueel verzekerden. Daarna zijn deze *verwachte* aandelen vergeleken met de door de respondenten *feitelijk gerapporteerde* aandelen (tabel 8.7 en tabel 8.9). De verhouding tussen de *feitelijke* en de *verwachte* aandelen is weergegeven in tabel 8.12.

Uit tabel 8.12 blijkt dat het risicoprofiel in het Agis-bestand gemiddeld genomen ongunstiger is dan van de respondenten⁸, aangezien voor slechte/matige gezondheid en de meeste aandoeningen geldt dat de feitelijke prevalentie bij de respondenten lager ligt dan de verwachte prevalentie (een ratio kleiner dan 1). Belangrijker zijn echter de onderlinge verschillen in gezondheidskenmerken tussen werkgeverscollectiviteiten, open collectiviteiten en individueel verzekerden, weergegeven door de verschillen in de ratio's in de tabel.

Tabel 8.12 Verhouding tussen feitelijke en verwachte verdeling van gezondheidskenmerken op basis van leeftijdssamenstelling en kenmerken Agis-verzekerden¹

	Werkgevers- collectiviteit	Open collectiviteit	Individueel verzekerd
Algemene gezondheid			
Slecht/ matig	0,46	0,83	0,73
Goed	1,11	1,06	1,08
Zeer goed/ uitstekend	1,28	1,05	1,08
Aandoeningen			
Migraine / regelmatige ernstige hoofdpijn	0,37	0,55	0,60
Hoge bloeddruk	0,96	1,25	1,10
Vernauwing bloedvaten in buik of benen (geen spataderen)	0,30	0,74	0,75
Astma, chronische bronchitis, cara of longemfyseem	0,86	1,28	0,95
Ernstige / hardnekkige darmstoornissen > 3 mnd.	0,43	0,54	0,47
Onvrijwillig urine-verlies (incontinentie)	0,26	0,55	0,60
Ernstige / hardnekkige rugaandoening (incl. hernia)	0,37	0,53	0,43
Gewrichtsslijtage (artrose, slijtagereuma) van heupen of knieën	0,37	0,53	0,65
Chronische gewrichtsontsteking (ontstekingsreuma, chronische reuma, reumatoïde artritis)	0,50	0,61	0,69
Andere langdurige ziekte/aandoening	1,24	1,94	1,18
<i>Gemiddelde (ongewogen) over alle bovengenoemde soorten aandoeningen</i>	<i>0,56</i>	<i>0,85</i>	<i>0,74</i>

¹ Standaardisatie naar leeftijd ten opzichte van gezondheid en prevalentie aandoeningen per leeftijdscategorie bij voormalig ziekenfondsverzekerden van zorgverzekeraar Agis in 2001 op basis van gegevens van de Agis gezondheidsenquête 2001 (Stam en Van de Ven 2006)

⁸ Dit kan zowel het gevolg zijn van een relatieve *oververtegenwoordiging* van ongunstige risico's bij Agis (de populatie bestond uitsluitende uit ziekenfondsverzekerden en kwam voornamelijk uit grote steden) als een *ondervertegenwoordiging* van chronisch zieken in het CentERpanel.

Na standaardisatie voor leeftijd blijkt het aandeel voorspelbaar verliesgevende aandoeningen bij werkgeverscollectiviteiten nog steeds aanzienlijk gunstiger dan bij open collectiviteiten en individueel verzekerden. Bij werkgeverscollectiviteiten komen voorspelbaar verliesgevende aandoeningen grosso modo maar half zo vaak voor als bij Agis-verzekerden in 2001 in dezelfde leeftijdscategorieën. Voor open collectiviteiten en individueel verzekerden ligt dit aandeel op circa 80 procent (zie de onderste rij in tabel 8.12).⁹ Na standaardisatie voor leeftijd blijkt dat deelnemers aan werkgeverscollectiviteiten gemiddeld genomen het meest gezond zijn, terwijl deelnemers aan open collectiviteiten gemiddeld een iets minder gunstige gezondheidstoestand hebben dan individueel verzekerden. Het beeld in 2008 wijkt nauwelijks af van dat in 2007, zij het dat toen individueel verzekerden een iets ongunstiger gezondheidstoestand rapporteerden dan deelnemers aan open collectiviteiten. De open collectiviteiten vormen als zodanig echter een zeer heterogene groep en het lijkt daarom waarschijnlijk dat er tussen de verschillende typen open collectiviteit ook na leeftijdstandaardisatie sprake zal zijn van uiteenlopende verschillen in gezondheidstoestand en in prevalentie van voorspelbaar verliesgevende aandoeningen. Een nadere analyse naar de voor leeftijd gecorrigeerde gezondheidssamenstelling per type open collectiviteit is vanwege de geringe aantallen echter niet mogelijk.

Evenals in 2007 is er sprake van relatief hoge prevalentie van astma onder de deelnemers van open collectiviteiten (zie tabel 8.12). In de vorige evaluatie werd aangegeven dat dit mogelijk een gevolg zou kunnen zijn van het collectieve contract van de Astma Patiënten Vereniging. Dat een collectiviteit van een patiëntenvereniging niet automatisch impliceert dat de betreffende aandoening bij deelnemers aan de open collectiviteit relatief vaak voorkomt, blijkt uit het feit dat aandeel reumapatiënten bij collectief verzekerden – in weerwil van het collectieve contract van de Reumapatiëntenbond – lager ligt dan bij individueel verzekerden. Mogelijk is de collectiviteit voor veel reumapatiënten niet aantrekkelijk genoeg om daarvoor te kiezen. Opvallend is dat het aandeel verzekerden met een andere langdurige ziekte of aandoening bij deelnemers in open collectiviteiten veel hoger ligt dan bij de overige verzekerden. Dit verschil is in 2008 aanzienlijk groter dan in 2007. Dit duidt er op dat chronisch zieken in toenemende mate hun weg naar open collectiviteiten weten te vinden, hetgeen kan samenhangen met groei van de collectiviteiten van zorgorganisaties en ouderenbonden.

8.3 Redenen om voor een collectiviteit te kiezen

De respondenten is gevraagd aan te geven wat de reden is of redenen zijn om voor een collectiviteit te kiezen. Tabel 8.13 geeft een overzicht van de meest belangrijke reden om voor een collectiviteit te kiezen. De collectiviteitskorting op de premie voor de basisverzekering is voor veruit de meeste

⁹ De ratio's bij de categorie "andere langdurige ziekte/aandoening" zijn wel onderling vergelijkbaar maar niet ten opzichte van de Agis-verzekerden omdat in de vragenlijst voor Agis-verzekerden meer specifieke aandoeningen waren opgenomen (waardoor er dus minder respondenten in deze categorie overblijven). Dit verklaart waarom de ratio's in deze categorie alle hoger zijn dan 1,0 (zie ook noot 7).

collectief verzekerden de belangrijkste reden. Deze reden wordt door meer dan de helft van de deelnemers aan een open collectiviteit genoemd en door iets minder dan de helft van de deelnemers aan een werkgeverscollectief. Ten opzichte van voorgaand jaar betekent dit respectievelijk een lichte stijging en een lichte daling (Schut & De Bruijn 2007:28). Naast de premiekorting op de basisverzekering speelt de korting op de aanvullende verzekering een belangrijke rol. Daarnaast vormt het gegeven dat de werkgever een deel van de premie betaalt als de werknemer gebruik maakt van zijn collectiviteit een belangrijke reden om deel te nemen aan een werkgeverscollectiviteit.

Tabel 8.13 Belangrijkste reden om collectiviteit te kiezen (in %)

Redenen	Open collectief (n=390)	Werkgeverscollectief (n=724)
De collectiviteitskorting op de premie voor de basisverzekering	62,8	49,6
De collectiviteitskorting op de premie voor de aanvullende verzekering	15,4	12,2
Mijn werkgever betaalt een deel van de premie als ik gebruik maak van zijn collectiviteit	2,6	15,7
De afspraken die het collectief met de zorgverzekeraar heeft gemaakt over de kwaliteit van zorg (bijvoorbeeld afspraken over veiligheid, klanttevredenheid of de kwaliteit van de behandeling)	4,4	5,8
Afspraken die het collectief heeft gemaakt over extra diensten die voor mij interessant zijn, bijvoorbeeld beweegprogramma's of fitnessprogramma's	1,0	0,6
De afspraken die het collectief heeft gemaakt over de dekking van de aanvullende verzekering(en)	3,6	4,0
Het afsluiten van een collectieve verzekering geeft weinig rompslomp	6,7	8,3
Korting op andere verzekeringen of producten via de collectiviteit (bijvoorbeeld korting op het lidmaatschap van een vereniging of korting op voedingssupplementen)	0,8	0,6

Door circa de helft van de respondenten wordt de premiekorting op de aanvullende verzekering genoemd als één van de drie belangrijkste redenen voor de collectiviteitkeuze (zie tabel 8.14). Wederom wordt duidelijk dat voor deelnemers aan een werkgeverscollectiviteit ook de werkgeverssubsidie een belangrijke rol speelt in de keuze voor een collectiviteit. Daarnaast is de geringe rompslomp een belangrijke reden om te kiezen voor een collectief contract. Deze niet-financiële reden is door ruim 20 procent van de respondenten genoemd, zowel bij de open collectiviteiten als bij de werkgeverscollectiviteiten. Specifieke afspraken over de dekking van de aanvullende verzekering worden minder vaak belangrijk gevonden dan de financiële aspecten en geringe rompslomp. Ongeveer 10 procent van de respondenten geeft aan dat de afspraken die het collectief met de zorgverzekeraar heeft gemaakt over de kwaliteit van zorg een belangrijke reden vormen om te kiezen voor een collectief contract. Andere voordelen, zoals extra diensten en korting op andere producten, blijken voor circa vijf procent van de respondenten het belangrijkste bij de keuze voor een open collectiviteit of werkgeverscollectiviteit. Net als vorig jaar (Schut & De Bruijn

2007:29) spelen dit soort factoren een grotere rol bij open collectiviteiten dan bij werkgeverscollectiviteiten.

Tabel 8.14 Maximaal drie belangrijkste redenen om collectiviteit te kiezen (in %)¹

Redenen	Open collectief (n=390)	Werkgeverscollectief (n=724)
De collectiviteitskorting op de premie voor de basisverzekering	84,1	73,5
De collectiviteitskorting op de premie voor de aanvullende verzekering	56,9	48,6
Mijn werkgever betaalt een deel van de premie als ik gebruik maak van zijn collectiviteit	3,8	22,2
De afspraken die het collectief met de zorgverzekeraar heeft gemaakt over de kwaliteit van zorg (bijvoorbeeld afspraken over veiligheid, klanttevredenheid of de kwaliteit van de behandeling)	12,1	10,2
Afspraken die het collectief heeft gemaakt over extra diensten die voor mij interessant zijn, bijvoorbeeld beweegprogramma's of fitnessprogramma's	3,3	2,3
De afspraken die het collectief heeft gemaakt over de dekking van de aanvullende verzekering(en)	8,5	10,9
Het afsluiten van een collectieve verzekering geeft weinig rompslomp	17,7	21,8
Korting op andere verzekeringen of producten via de collectiviteit (bijvoorbeeld korting op het lidmaatschap van een vereniging of korting op voedingssupplementen)	2,8	2,5

¹ Omdat respondenten meer dan één reden (maximaal drie) kunnen noemen, tellen de percentages niet op tot 100.

Deelnemers aan open collectiviteiten vinden zichzelf gemiddeld iets beter geïnformeerd over het aanbod aan collectiviteiten dan deelnemers aan werkgeverscollectiviteiten (zie tabel 8.15). Dit zou er op kunnen duiden dat deelnemers aan open collectiviteiten zich beter oriënteren op het beschikbare aanbod dan deelnemers aan werkgeverscollectiviteiten. Degenen die via de werkgevers verzekerd zijn, getroosten zich wellicht minder moeite om zich te verdiepen in alternatieve mogelijkheden. Overigens zijn de verschillen tussen de verschillende typen verzekerden niet groot. Daarnaast valt op dat zowel respondenten die via werkgeverscollectiviteit verzekerend zijn, als de respondenten die een open collectiviteit hebben afgesloten, zich minder goed geïnformeerd vinden over het aanbod dan in 2007 (Schut & De Bruijn 2007:30). Toen vond zo'n 37 procent van de verzekerden via een open collectiviteit en 31 procent van de verzekerden via een werkgeverscollectiviteit dat zij goed tot zeer goed geïnformeerd waren. Dat aandeel is gedaald. Wellicht hangt dit samen met de eerder gerapporteerde daling van het aantal overstappers.

Tabel 8.15 Mate waarin verzekerden zich geïnformeerd vinden over aanbod (andere) collectiviteiten

	Collectief (n=1116)	
	Werkgevers (n=725)	Open (n=391)
Niet	23,8%	25,6%
Slecht	15,6%	10,8%
Matig	31,4%	30,8%
Goed / Zeer goed	29,2%	32,9%

8.4 Toegangseisen

De respondenten met een open collectiviteit (n=391) is gevraagd in hoeverre zij moesten voldoen aan bepaalde toegangseisen. Meer dan de helft van deze respondenten (63,7 procent) gaf aan dat zij aan één of meer toegangseisen moesten voldoen. Bij ruim zeventig procent (71,9 procent) ging het hierbij om een lidmaatschap van een bepaalde vereniging. Bij bijna 20 procent (19,7 procent) bestond de toegangseis uit het voldoen aan een bepaald kenmerk, bijvoorbeeld student, onderwijzer, 50-plusser of diabetespatiënt. Net als vorig jaar (Schut & De Bruijn 2007:30) meldde slechts één respondent dat een bepaalde gedraging of leefstijl werd vereist. 4,8 procent (n=12) van de respondenten gaf aan dat zij gezondheidsvragen moest invullen om tot het collectief te mogen toetreden. Van deze 12 respondenten zijn er 4 aangesloten bij een collectiviteit voor sociale minima, twee bij een collectiviteit voor vakbondsleden of zelfstandig ondernemers, één bij een werkgeverscollectiviteit, één bij een collectiviteit via een patiëntenvereniging, één bij een collectiviteit via een ouderenbond, één bij een collectiviteit via een (thuis)zorgorganisatie, en 2 bij een collectiviteit via een algemene consumentenorganisatie of (internet)tussenpersoon. Gelet op de aard van de collectiviteiten is het niet erg aannemelijk dat de gezondheidsvragen als selectiemiddel zijn gebruikt. Mogelijk hebben respondenten in verband met deelname aan een collectief om een andere reden gezondheidsvragen gesteld. Zo zijn patiëntenverenigingen meestal gericht op een specifieke patiëntengroep en is het aannemelijk dat het aspirant-lid bij aanmelding wordt gevraagd aan welke aandoening(en) hij of zij lijdt. Ook zouden vragen over een arbeidsongeschiktheidsuitkering in verband met toelating tot een gemeentecollectief door betrokkenen kunnen zijn opgevat als gezondheidsvragen. Al met al lijkt de conclusie gerechtvaardigd dat collectiviteiten vooralsnog, net als vorig jaar (Schut & De Bruijn 2007:31), niet of nauwelijks expliciet aan risicoselectie doen.

8.5 Conclusie

De resultaten van de enquête bevestigen wederom het landelijke beeld dat de meerderheid van de bevolking inmiddels collectief verzekerd is en dat het aandeel collectief verzekerden in 2008 verder is gegroeid. Ruim 66 procent van de respondenten is in 2008 collectief verzekerd. Dit betekent een stijging van twee procentpunten ten opzichte van 2007. Onder de collectief verzekerde respondenten is het aandeel dat deelneemt aan een open collectiviteit gestegen, van 32 naar 35 procent.

Open collectiviteiten lopen zowel qua aard als samenstelling sterk uiteen. Qua omvang zijn de vakbondscollectiviteiten en collectiviteiten van kleine zelfstandigen het grootst. Zij nemen, net als vorig jaar (Schut & De Bruijn 2007:17) ruim eenderde van het marktaandeel van open collectiviteiten voor hun rekening. Bijna vijf procent van de collectief verzekerden heeft een collectief contract via de gemeente en ruim twee procent heeft een collectief contract via een patiëntenvereniging. Opvallend is de stijging van het aantal respondenten dat deelneemt aan een collectief contract via een (thuis)zorgorganisatie. Dit aandeel is ruim verdubbeld tot ruim 5 procent in 2008. Ongeveer drie procent van de collectief verzekerden is via een ouderenbond collectief verzekerd. Vier procent van de collectief verzekerden is aangesloten bij een collectiviteit via een tussenpersoon of algemene consumentenorganisatie. Tenslotte is een kleine minderheid collectief verzekerd via sportverenigingen of via jongeren- of studentencollectiviteiten (0,6 procent) en is ongeveer 3 procent collectief verzekerd als klant of lid van een belangenorganisatie.

Open collectiviteiten worden, nog steeds, gekenmerkt door een relatieve oververtegenwoordiging van ouderen, hetgeen vooral is toe te schrijven aan bepaalde collectiviteiten die voor ouderen aantrekkelijk zijn (zoals collectiviteiten via ouderenbonden en (thuis)zorgorganisaties), of die relatief veel oudere leden hebben (zoals patiëntenverenigingen en vakbonden). Deelnemers aan open collectiviteiten blijken in vergelijking met andere verzekerden gemiddeld het minst gezond en maken het meest gebruik van de huisarts en psychische hulpverleners (deze laatste niet significant). Het omgekeerde geldt voor deelnemers aan werkgeverscollectiviteiten.

Gezondheidsverschillen tussen individueel en verschillende soorten collectief verzekerden zouden geen probleem hoeven vormen indien de verzekeraars adequaat worden gecompenseerd door het risicovereveningssysteem. Onderzoek (Stam & Van de Ven 2006; 2007; 2008) heeft echter uitgewezen dat deze compensatie bij een aantal chronische aandoeningen niet voldoende is, zodat verzekerden met dergelijke aandoeningen voorspelbaar verliesgevend zijn voor de zorgverzekeraars. Uit de enquête blijkt dat deelnemers aan werkgeverscollectiviteiten na standaardisatie van verschillen in leeftijdopbouw minder vaak lijden aan voorspelbaar verliesgevende aandoeningen dan individueel verzekerden of deelnemers aan een open collectiviteit. Na correctie voor verschillen in leeftijdsopbouw blijken deelnemers aan open collectiviteiten gemiddeld een iets minder gunstige gezondheidstoestand hebben dan individueel verzekerden. Het beeld in 2008 wijkt echter nauwelijks af van dat in 2007, zij het dat toen individueel verzekerden een iets ongunstigere gezondheidstoestand rapporteerden dan deelnemers aan open collectiviteiten. Evenals in 2007 is er sprake van een relatief hoge prevalentie van astma onder de deelnemers van open collectiviteiten (zie tabel 8.12). Hoewel dit samen lijkt te hangen met de mogelijkheid deel te nemen aan een collectief contract, impliceert een collectiviteit van een patiëntenvereniging niet automatisch dat de betreffende aandoeningen bij deelnemers aan open collectiviteiten relatief vaak voorkomt, zo blijkt uit aan het aandeel

reumapatiënten. Opvallend is het aandeel verzekerden met een andere langdurige ziekte of aandoening bij deelnemers in open collectiviteiten. Dit aandeel ligt veel hoger dan bij de overige verzekerden. Dit verschil is in 2008 aanzienlijk groter dan in 2007. Dit duidt op een toename van het aantal chronisch zieken binnen open collectiviteiten, hetgeen kan samenhangen met de groei van de collectiviteiten van zorgorganisaties en ouderenbonden.

Aangezien open collectiviteiten als zodanig een zeer heterogene groep vormen, is het waarschijnlijk dat er tussen de verschillende typen open collectiviteit ook na leeftijdstandaardisatie sprake zal zijn van uiteenlopende verschillen in gezondheidstoestand en in prevalentie van voorspelbaar verliesgevende aandoeningen. Een nadere analyse naar de voor leeftijd gecorrigeerde gezondheidssamenstelling per type open collectiviteit is vanwege de geringe aantallen echter niet mogelijk. Hoewel nadere (multivariate) analyse op basis van grotere gegevensbestanden noodzakelijk is voor harde conclusies, geven de resultaten van 2007 en 2008 wel aan dat werkgeverscollectiviteiten qua risicoprofiel voor zorgverzekeraars bij het huidige risicovereveningssysteem mogelijk substantieel aantrekkelijker zijn dan individueel verzekerden en de deelnemers aan de meeste open collectiviteiten.

Dat bepaalde collectiviteiten voor zorgverzekeraars bij het huidige risicovereveningssysteem qua risico aantrekkelijker zijn dan anderen, komt mogelijk ook enigszins tot uitdrukking in de premiestelling. Net als vorig jaar (Schut & De Bruijn 2007:19) krijgen werkgeverscollectiviteiten gemiddeld een hogere premiekorting dan deelnemers aan open collectiviteiten, vooral voor de aanvullende verzekering. Niettemin blijken respondenten in een collectiviteit met een relatief hoog risicoprofiel niet per se een lagere korting te krijgen dan respondenten in overige collectiviteiten. Dat deze collectiviteiten een substantiële premiekorting krijgen, zou er op kunnen duiden dat zorgverzekeraars de premiekortingen vooralsnog slechts ten dele baseren op risicoverschillen. De vraag is echter hoe lang dit nog zal duren. Door de scherpe prijsconcurrentie op de zorgverzekeringsmarkt is het voor zorgverzekeraars aantrekkelijk om via hogere premiekortingen collectiviteiten met een gunstig risicoprofiel aan te trekken zolang het daarmee gepaard gaande kostenvoordeel de korting overtreft. Dat dit staat te gebeuren, lijkt een kwestie van tijd omdat verzekeraars steeds beter inzicht krijgen in de kostenverschillen tussen collectiviteiten en ongeveer driekwart van de respondenten aangeeft dat premiekortingen de belangrijkste reden vormen voor de keuze van de collectiviteit.

Naast indirecte risicoselectie via het aantrekken van qua risicoprofiel gunstige typen collectiviteiten, zouden collectiviteiten via het stellen van toegangseisen ook zelf aan risicoselectie kunnen doen, teneinde bij zorgverzekeraars een hogere premiekorting of andere gunstige voorwaarden te bedingen. Uit de enquêteresultaten blijkt echter dat van een dergelijke vorm van risicoselectie (nog) geen sprake is.

9. Conclusie

In de inleiding werd gesteld dat zorgverzekeraars in het nieuwe zorgstelsel door de toegenomen prijsconcurrentie sterkere prikkels voor risicoselectie ondervinden dan in de voormalige ziekenfondsverzekering en dat aanvullende en collectieve verzekeringen door verzekeraars als instrument voor risicoselectie kunnen worden gehanteerd. Hoewel uit voorgaand onderzoek (De Bruijn & Schut 2006 en 2007) bleek dat van risicoselectie nauwelijks sprake was, blijft een periodieke evaluatie van het gebruik van de aanvullende en collectieve verzekering vanuit patiëntenperspectief zeer relevant zolang een deel van de patiënten voor verzekeraars voorspelbaar verliesgevend is.

Dit onderzoek vormt een vervolg op de jaarlijkse evaluaties van de aanvullende verzekeringen die sinds 2004 voor de NCPF zijn uitgevoerd. Het onderzoek naar de collectieve verzekeringen is in 2007 voor het eerst uitgevoerd. De resultaten van het onderzoek verschaffen inzicht in de mate waarin de aanvullende verzekering de toegankelijkheid en de mobiliteit ten aanzien van de basisverzekering in 2008 beïnvloed en de mate waarin de collectieve verzekering wordt gebruikt als instrument voor risicoselectie binnen de basisverzekering. Omdat na ieder resultatenhoofdstuk reeds een korte conclusie is gepresenteerd, zullen hier alleen de meest in het oog springende resultaten, in relatie tot de probleemstelling, worden weergegeven.

9.1 Conclusie aanvullende verzekeringen

Op grond van de inventarisatie van de aanvullende verzekering en de resultaten van de enquête kan worden geconcludeerd dat er sprake is van een aanscherping van de voorwaarden, zowel met betrekking tot de aanmelding als tot de acceptatie voor de aanvullende verzekeringen. Het gebruik van gezondheidsverklaringen is in tegenstelling tot de afgelopen jaren niet langer afgenomen maar weer enigszins gestegen. Daarnaast zijn er meer respondenten dan vorig jaar geaccepteerd tegen beperkende voorwaarden (zoals uitsluiting van en/of wachttijd voor vergoeding van bepaalde behandelingen) en/of met een premieopslag. Bij zorgverzekeraars die van gezondheidsverklaringen gebruikmaken, is het, evenals in voorgaande jaren, voor verzekerden niet mogelijk om volledige offertes op te vragen (inclusief eventuele uitsluitingen, wachttijden en premietoelagen).

Met betrekking tot de mobiliteit en keuzevrijheid blijft de koppeling tussen de basisverzekering en de aanvullende verzekering een belangrijk aandachtspunt. Veel zorgverzekeraars maken het onaantrekkelijk, zometeen onmogelijk, om uitsluitend een aanvullende verzekering af te sluiten. Slechts één zorgverzekeraar hanteert op geen enkele manier een koppeling tussen basis- en aanvullende verzekering of tussen ouder en kind. Deze verzekeraar gebruikt echter voor de (individuele) aanvullende verzekeringen wel een gezondheidsverklaring. Vooral voor gezinnen met kinderen wordt het vrijwel onmogelijk gemaakt om de aanvullende verzekering afzonderlijk af te sluiten. Een ander

aandachtspunt blijft de opzegtermijn voor de aanvullende verzekering. Het aantal zorgverzekeraars dat een opzegtermijn van 2 maanden hanteert is gedaald, maar nog steeds hanteren 9 verzekeraars deze bepaling. Dat kan een potentiële overstapbelemmering vormen.

9.2 Conclusie collectieve verzekeringen

Op grond van de inventarisatie en de enquêteresultaten kan worden geconcludeerd dat risicoselectie *door/via* collectiviteiten, net als vorig jaar, niet plaatsvindt en dat risicoselectie *van* collectiviteiten door zorgverzekeraars nog niet duidelijk als strategie wordt gehanteerd, al zijn er wel collectiviteiten die zich nadrukkelijk richten op verzekerden met een gunstig gezondheidsrisico. De premiekortingen (en andere voordelen) zijn nog nauwelijks afgestemd op het risico van de collectiviteit.

De resultaten geven wel aan dat risicoselectie door en via collectiviteiten mogelijk is en aantrekkelijk kan zijn. Vooral werkgeverscollectiviteiten bevatten, na standaardisatie van verschillen in leeftijdsopbouw, gemiddeld substantieel minder voorspelbaar verliesgevende verzekerden dan open collectiviteiten en individuele verzekeringen. Tussen de diverse open collectiviteiten loopt de risicosamenstelling sterk uiteen, maar gezien het beperkt aantal waarnemingen kan geen uitspraak worden gedaan over de voor- of nadeligheid van deze samenstelling ten opzichte van het vereveningssysteem. Wel is het aandeel verzekerden met een langdurige ziekte of aandoening bij deelnemers in open collectiviteiten opvallend. Het verschil ten opzichte van overige verzekerden is in 2008 aanzienlijk groter dan in 2007. Dit zou er op kunnen duiden dat chronisch zieken in toenemende mate hun weg naar open collectiviteiten weten te vinden, hetgeen kan samenhangen met de groei van de collectiviteiten van zorgorganisaties en ouderenbonden.

10. Discussie

In dit hoofdstuk wordt een reflectie gegeven op de resultaten, gebruikte theorie en methodologie. Bovendien zullen hier aanbevelingen worden gedaan voor toekomstig onderzoek en beleidsvorming.

10.1 Reflectie op de resultaten

Zowel aanvullende verzekeringen als collectieve verzekeringen kunnen als instrument gebruikt worden voor risicoselectie binnen de basisverzekering. Vorig jaar werd in het onderzoeksrapport al aangegeven dat ‘door de scherpe premieconcurrentie en de aanwezigheid van voorspelbaar verliesgevende verzekerden in de basisverzekering, de prikkels (...) voor risicoselectie (...) onverminderd aanwezig [blijven].’ (De Bruijn & Schut 2007:9). Bovendien dragen aanvullende verzekeringen nog het risico in zich dat zij door bepaalde voorwaarden de mobiliteit voor verzekerden binnen de basisverzekering kunnen verminderen. Uit voorgaande onderzoeken (De Bruijn & Schut 2006 en 2007; Schut & Bruijn 2007) bleek dat van risicoselectie via aanvullende en collectieve verzekeringen nauwelijks sprake was. Dit betekent echter niet dat een periodieke evaluatie naar het gebruik van aanvullende en collectieve verzekeringen als instrument voor risicoselectie niet langer nodig is. Uit onderzoek (Stam & Van de Ven 2007:10) blijkt dat risicoselectie bij het huidige risicovereveningssysteem aantrekkelijk is: er is sprake van substantieel voorspelbare verliezen bij specifieke groepen verzekerden die op eenvoudige wijze door de zorgverzekeraars kunnen worden onderscheiden. Verzekeraars krijgen voor deze voorspelbare verliezen onvoldoende compensatie.

De Nederlandsche Bank sprak, begin dit jaar, haar zorgen uit over de stabiliteit van de Nederlandse zorgverzekeringsmarkt (2008:18). Verzekeraars lijden nu al een aantal jaar behoorlijke verliezen. De prikkels tot het afdwingen van betere prestaties van zorgaanbieders, bijvoorbeeld door middel van gericht zorginkoop, nemen daardoor in belang toe (Hermans 2007:5). Verzekeraars lijken deze mogelijkheid dit jaar voor het eerst daadwerkelijk te gebruiken. Bekende voorbeelden zijn de ZEKURpolis (een polis waarin slechts vergoeding is opgenomen voor een beperkt aantal aanbieders en welke, mede door het selectieve zorginkoopbeleid, qua premiegrondslag onder het Nederlands gemiddelde ligt (Univé 2008)) en het initiatief van zorgverzekeraar CZ (CZ-verzekerden die zich voor een bepaalde aandoening laten behandelen in een ziekenhuis dat de voorkeur van CZ heeft (voorkeursziekenhuis), hoeven vanaf 1 januari 2009 geen verplicht eigen risico te betalen (CZ 2008)). Maar naarmate meer jaren verstrijken sinds de invoering van de Zvw en zowel het vereveningssysteem als het bekostigingssysteem voor de ziekenhuizen (DBC's) stabiel functioneren, kunnen zorgverzekeraars ook een steeds betere inschatting maken van de risico's van verschillende typen verzekerden of collectiviteiten. De mogelijkheden tot risicoselectie nemen daarom toe. Zo kan het potentiële voordeel van meer premieconcurrentie omslaan in een nadeel voor risicogroepen die bij het huidige vereveningssysteem voorspelbaar verlies opleveren.

In reactie op het door Stam en Van de Ven (2007) uitgevoerde onderzoek meldde minister Klink (2007:2) dat hij, ondanks het feit dat een verzekeraar voorspelbaar verliesgevende verzekerden op kan sporen, geen reden ziet om aan te nemen dat risicoselectie in de praktijk voorkomt. Wel gaf hij aan dat hij voor de NPCF een rol weggelegd ziet bij de signalering van eventuele risicoselectie (2007:3). Dit onderzoek vormt de uitwerking van deze door de minister uitgesproken noodzaak.

In 2008 blijkt er, met betrekking tot de aanvullende verzekeringen, sprake te zijn van een aanscherping van de voorwaarden, zowel met betrekking tot de aanmelding als tot de acceptatie voor de aanvullende verzekeringen. Bovendien blijkt de koppeling tussen de basisverzekering en aanvullende verzekering ook dit jaar weer een belangrijk aandachtspunt te zijn. Het afsluiten van een aanvullende verzekering zonder basisverzekering lijkt door verzekeraars bewust ontmoedigd te worden. De verscherpte voorwaarden in combinatie met een stevigere koppeling tussen basis- en aanvullende verzekering, kan problematisch zijn voor de mensen die zorg het meest hard nodig hebben, te weten chronisch zieken en ouderen. Hun mobiliteit wordt door de combinatie van deze ontwikkelingen beperkt, zowel voor de aanvullende als voor de basisverzekering. Voor verzekeraars vermindert dit de prikkels om in te spelen op de wensen van deze doelgroepen, vooral als zij voor de verzekeraar ook nog voorspelbaar verliesgevend zijn. Hoewel het beleid (nog) niet expliciet gericht lijkt te zijn op een bepaalde groep verzekerden, is de verwachting dat de verzekeraars de komende jaren een scherper beleid gaan voeren. Het lijkt een kwestie van tijd voordat verzekeraars in staat zijn het declaratiegedrag van specifieke verzekerden te volgen of voorspelbaar verliesgevende verzekerden reeds bij aanmelding te signaleren en te selecteren. Het in hoofdstuk 3 genoemde equivalentiebeginsel zal dan zijn werk doen op de (private) aanvullende verzekeringsmarkt. Voor patiëntenorganisaties, de NZa en de overheid lijkt het daarom van belang te voorkomen dat de keuzevrijheid en mobiliteit in de basisverzekering wordt ondergraven door een verdere verscherping van het acceptatiebeleid en de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekering.

Wat betreft de collectieve verzekering geldt dat risicoselectie *door of via* collectiviteiten, en risicoselectie *van* collectiviteiten nog niet duidelijk als strategieën worden gehanteerd. Toch meldde Reerink in 2006 (Reerink 2006) dat verschillende patiëntenorganisaties tevergeefs bij een verzekeraar aanklopten voor een collectief contract. Voor zestien van de negentien betrokken patiëntengroepen zou een voorspelbaar verlies gelden. Op basis van dit onderzoek kan echter geconcludeerd worden dat premiekortingen nog geen verband lijken te houden met het risico van de verzekerde collectiviteiten. Ook Stam en Van de Ven (2008:105) concludeerden dit. Zij ontdekten op basis van de evaluatie van vorig jaar (Schut & De Bruijn 2007) dat ten aanzien van de door hen gecategoriseerde subgroepen van voorspelbaar verliesgevende verzekerden geen sprake lijkt te zijn van risicoselectie van gezondheid bij collectieve contracten.

Het lijkt echter waarschijnlijk dat, naarmate de tijd vordert, de premiekortingen (en andere voordelen) steeds meer op het risico van de collectiviteit zullen worden afgestemd. Zo meldt een patiëntencollectiviteit op haar website: ‘Het aantal verzekerden in het collectief is in 2007 met 40% gegroeid tot ruim 7600 deelnemers en zij hebben vooral veel aanspraak gemaakt op vergoeding uit de aanvullende verzekeringen, met name het onderdeel alternatieve geneeswijzen en geneesmiddelen. (...) Dit heeft consequenties voor de polis aangezien de gedeclareerde bedragen niet in verhouding staan met de premies. Een fors negatief resultaat is het gevolg, waardoor er maatregelen nodig zijn om deze polis ook op de langere termijn te continueren’ (Antroposana 2008). Deze verzekeraar kiest (waarschijnlijk in samenspraak met de collectiviteit) voor een beperking van de polisvoorwaarden teneinde een verhoging van de premie te voorkomen. Uiteindelijk zullen de imperfecties van het risicovereveningssysteem zich waarschijnlijk toch vertalen in de premie. Wat geldt voor de premie voor de aanvullende verzekering, zal – zeker bij blijvend scherpe premieconcurrentie – op den duur ook moeten gelden voor de premiekortingen op de basisverzekering. Het verdient in dat opzicht aanbeveling om de premiekortingen op collectiviteiten in de toekomst nauwgezet te volgen, omdat zij kunnen dienen als signaal op welke punten het risicovereveningssysteem tekort schiet. Uiteindelijk kan alleen via een verdere verbetering van het risicovereveningssysteem effectief worden voorkomen dat de risicosolidariteit wordt ondergraven door risicoselectie via aanvullende of collectieve verzekeringen. Daarom vormt dit onderzoek tevens een verdere onderbouwing voor het herhaald aandringen aan de overheid (Stam & Van de Ven 2006 en 2007) om de afschaffing van de ex-postcompensatie, die tot gevolg heeft dat het risico voor verzekeraars groter wordt (wat concurrentie bevordert), en de prikkels tot risicoselectie toenemen, nogmaals kritisch te overdenken.

Minister Klink ziet geen reden om aan te nemen dat risicoselectie ook in de praktijk voorkomt. Het lijkt echter onvermijdelijk dat de verzekeringsvoorwaarden en de acceptatie voor de aanvullende en collectieve verzekeringen aangescherpt worden en dat de premiekorting meer afgestemd wordt op het risico van de verzekerden. Bij aanvullende verzekeringen lijkt reeds sprake van een verscherping van de voorwaarden ten opzichte van voorgaand jaar. Bij de collectieve verzekeringen worden dergelijke strategieën (nog) niet gevonden, maar hierbij geldt wel dat pas dit jaar sprake lijkt te zijn van een echte stabilisatie van de markt (Smit & Mokveld 2008:3). Het jaar 2006 kenmerkte zich door grote verschuivingen binnen de zorgverzekeringmarkt. Vorig jaar en dit jaar verminderde het aantal mensen dat wisselde van verzekeraar en/of collectiviteit. In een stabiele verzekeringsmarkt, kan de verzekeraar een nauwkeuriger beeld vormen van het declaratiegedrag en het risico van collectiviteiten. Het blijft daarom van zeer groot belang dat belanghebbenden (NPCF, NZa, de overheid enz.) de mogelijkheden tot risicoselectie via aanvullende en collectieve verzekeringen blijven evalueren.

10.2 Reflectie op de gebruikte theorie

Op de markt van de ziektekostenverzekeringen gaat het om het verminderen van de financiële onzekerheid van ziekte en de daarmee gepaard gaande medisch kosten, zo werd duidelijk in hoofdstuk 3. Vooral mensen die zorg hard nodig hebben, zoals chronisch zieken en ouderen, zullen zorgverzekeringen afsluiten. Dit wordt antiselectie genoemd. Een verzekeraar lijdt dan, in een vrije markt zonder premie-, pakketdifferentiatie, risicoselectie of -verevening, verlies. Daarom treedt het equivalentiebeginsel in werking. Een vrije en concurrerende verzekeringsmarkt heeft dan tot gevolg dat ouderen en anderen met een hoog risico geen of slechts een zeer onvolledige of dure ziektekostenverzekering af kunnen sluiten. Daardoor blijkt een particuliere markt niet in de behoefte aan een voor iedereen betaalbare verzekeringsdekking te kunnen voorzien.

Een vrije, ongereguleerde markt met concurrentie tussen risicodragende zorgverzekeraars kan leiden tot verschillende methoden om met antiselectie en hoge risico's om te gaan. Het equivalentiebeginsel kan zich manifesteren door het zorgvuldiger classificeren van de risico's teneinde de premiegrondslag nauwkeurig op het te verzekeren risico af te stemmen, of door middel van pakketdifferentiatie en een selectief acceptatiebeleid. Bij deze laatste strategie wordt getracht het te verzekeren risico aan te passen aan de premie. Dit staat op gespannen voet met de in de maatschappij levende solidariteitsgevoelens. Daarom houdt de Nederlandse overheid zich bezig met de inrichting van het stelsel van ziektekostenverzekering en regulering van de zorgverzekeringsmarkt. De regulering is noodzakelijk om ongewenste uitkomsten van een vrije markt tegen te gaan.

Met het ingrijpen van de overheid is in Nederland een stelsel van sociale ziektekostenverzekeringen ontstaan. Het sociale karakter van de zorgverzekering komt tot uitdrukking in een risico- en inkomenssolidariteit. Voor de basisverzekering geldt een acceptatieplicht en verzekeringsplicht waardoor risicosolidariteit ontstaat. Verder geldt een verbod op premiedifferentiatie. Het equivalentiebeginsel is door de overheid als het ware uitgeschakeld. Door de combinatie van een verbod op premiedifferentiatie en de plicht iedereen te accepteren, zouden verzekeraars, zonder compensatie, echter grote verliezen lijden. Daarom compenseert het risicovereveningssysteem verzekeraars voor verschillen in risicoprofiel.

In de basisverzekering wordt risicosolidariteit beoogd via verschillende reguleringsmechanismen, maar dit geldt niet voor de aanvullende verzekeringen. Aanvullende verzekeringen zijn particuliere verzekeringen. Het verbod op premiedifferentiatie en de acceptatieplicht gelden hier dus niet. Verzekeraars kunnen op deze markt daarom aan directe risicoselectie doen. Omdat veel mensen de aanvullende verzekering bij de verzekeraar willen afsluiten waar zij ook de basisverzekering hebben afgesloten, leidt risicoselectie op aanvullende verzekeringsmarkt daarom ook tot (indirecte) risicoselectie voor de basisverzekering. Bovendien beperken bepaalde voorwaarden bij de aanvullende

verzekeringen de verzekerden in hun mobiliteit. Deze evaluatie presenteert, in navolging van evaluaties in eerdere jaren, de resultaten van een onderzoek naar het voorkomen van risicoselectie via aanvullende verzekeringen. De resultaten zijn trendmatig weergegeven, wat wil zeggen dat de resultaten zoveel mogelijk vergeleken zijn met resultaten uit voorgaande jaren.

Naast de aanvullende verzekeringen, kunnen ook collectieve verzekeringen fungeren als instrument voor risicoselectie. Zorgverzekeraars zouden geneigd kunnen zijn zich vooral te richten op collectiviteiten die bij het huidige risicovereveningssysteem een gunstig risicoprofiel hebben. Dit wordt risicoselectie van collectiviteiten genoemd. Ook collectiviteiten kunnen risicoselectie toepassen. De collectiviteiten zijn niet gebonden aan een acceptatieplicht en zouden door middel van bijvoorbeeld selectieve acceptatie een gunstig risicoprofiel kunnen creëren. Door middel van risicoselectie van of via collectiviteiten kan de risicosolidariteit, die ten grondslag ligt aan het zorgstelsel, worden ondermijnd. Ook dit is in 2008, in navolging van de evaluatie in 2007, onderzocht.

De in hoofdstuk 3 aangehaalde literatuur en de resultaten die naar voren komen in de evaluatie 2008 kunnen complementair gebruikt worden. Het gaat om een evaluatie naar de Nederlandse situatie. De literatuur die tot nu bekend is over dit onderwerp toont aan dat als het proces tot risicoselectie en premiedifferentiatie eenmaal in gang is gezet, het proces lastig te keren valt (Schut 2004:55). Dit gegeven zou de overheid en minister moeten waarschuwen. Verschillende studies (Prinsze 2005:38 en Stam & Van de Ven 2006 en 2007) hebben jaar na jaar aangetoond dat het voor verzekeraars niet moeilijk zou moeten zijn bepaalde groepen voorspelbaar verliesgevende verzekerden te selecteren.

Deze studie toont aan dat risicoselectie niet alleen in theorie mogelijk is, maar dat er ook praktische mogelijkheden zijn die nog weinig, maar in toenemende mate, door verzekeraars gehanteerd worden. De resultaten uit deze studie manen weliswaar niet tot acuut handelen, maar wel tot voorzichtig optreden. Er lijkt sprake te zijn van een verscherping bij het acceptatie- en aannamebeleid, zonder dat dit beleid overigens expliciet gericht is op bepaalde groepen verliesgevende verzekerden. Het lijkt alsof de verzekeraars tot een gericht beleid nog niet geheel in staat zijn. Toch bestaat de overtuiging dat dit een kwestie van tijd is. Vooral als het risico voor verzekeraars op korte termijn uitgebreid wordt, door de afschaffing van de ex-postcompensatie zoals minister Klink nog steeds van plan is, nemen de prikkels tot de door de minister beoogde concurrentie toe. Hiermee nemen tevens de prikkels tot risicoselectie toe.

Een goed werkend risicovereveningssysteem is de beste strategie om risicoselectie te voorkomen. De beste methode om risicoselectie te vermijden zonder de solidariteit en concurrentie te reduceren, is de verbetering van het risicosysteem met gezondheidsvoorspellende variabelen (Van de Ven et al. 2003:97). Onderzoek naar een dergelijke uitbreiding wordt ondernomen en blijft aan te bevelen voor

de toekomst. In 2008 zal de werking van het risicovereveningssysteem in ieder geval door een internationaal panel geëvalueerd worden (TK 2007/2008 29689-187). Onderdeel van deze studie zal zijn dat het panel de mogelijkheden die zorgverzekeraars hebben om gunstige risicoselectie toe te passen in kaart brengen. Verder doet het panel onderzoek naar de waarschijnlijkheid dat zorgverzekeraars van deze mogelijkheden tot risicoselectie gebruik (gaan) maken. Dit lijkt verstandig.

Een jaarlijkse evaluatie, zoals de langlopende studie waar onderhavige evaluatie onderdeel van uitmaakt, lijkt daarentegen ook niet onverstandig. Nederland heeft een grote stap gemaakt met de omvorming van het verzekeringsstelsel en kent een zeer goed, hoewel niet perfect, risicovereveningssysteem. Een periodieke evaluatie van de ontwikkelingen op het gebied van risicoverevening en risicoselectie leidt onomstreden tot nieuwe en interessante (inter)nationale informatie over de werking van een (nieuw) systeem dat zowel marktprikkels kent, als rekening houdt met solidariteitsgevoelens die in de samenleving spelen. Cruciaal in het systeem zijn echter wel een goed werkend risicovereveningssysteem, borging van de solidariteit, en behoud van de mobiliteit van verzekerden. De evaluaties bieden daarom, zowel door de behandelde problematiek, als vanwege de langere looptijd van het onderzoek, een unieke kijk op het nieuwe stelsel en de fenomenen die hieromtrent een belangrijke rol spelen.

10.3 Reflectie op de gebruikte methodologie

Hoewel dit onderzoek een theoretische taak kan hebben in het brengen van nieuwe inzichten in de werking van een gereguleerde verzekeringsmarkt, is de insteek van het onderzoek pragmatisch geweest. In het pragmatische onderzoek spelen methoden een ondergeschikte rol: het probleem van het onderzoek en de oplossing daartoe is meer belangrijk. Er is bewust voor deze insteek gekozen. Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF). Deze federatie (NPCF 2008) heeft als doelstelling het ‘realiseren van vraaggestuurde zorg voor patiënten en consumenten vanuit het patiëntenperspectief, uitgaande van solidariteit, keuzevrijheid en behoud van persoonlijke autonomie’. Het doel van de evaluatie was om, gegeven de mogelijkheden tot risicoselectie die de Zvw biedt, risicoselectie via aanvullende en collectieve verzekeringen in de zorgverzekering in 2008 te signaleren. De resultaten van het onderzoek worden door de NPCF gepresenteerd en kunnen door de NPCF gebruikt worden bij het behartigen van de belangen van patiënten en consumenten. Het onderzoek dient daarom vooral een praktisch doel. De evaluatie heeft als doel de praktijk te evalueren teneinde de bestaande situatie te verbeteren (indien noodzakelijk).

In dit onderzoek is gekozen voor een mixed methods design. Zowel kwantitatieve als kwalitatieve methoden zijn gehanteerd om tot een antwoord op de onderzoeksvragen te komen. Creswell (2003:16) beschrijft dat een mixed method aanpak vooral gebruikt wordt om de beperking van de ene vorm van onderzoek op te heffen door de sterkte van de andere vorm en andersom. In dit onderzoek is het mixed

method design echter pragmatisch ingezet. Door gebruik te maken van verschillende vormen van onderzoek kon een zo uitgebreid en volledig mogelijk beeld van de situatie in 2008 worden verkregen.

10.3.1 Inventarisatie aanvullende en collectieve verzekeringen

Ten behoeve van het onderzoek naar de aanvullende verzekeringen is eerst een inventarisatie gemaakt van aanmeldpakketten, informatiebrochures en polisvoorwaarden van de in 2008 werkzame zorgverzekeraars. Alle zorgverzekeraars die in Nederland in 2008 werkzaam zijn, zijn, ten behoeve van de volledigheid, in het onderzoek meegenomen. In het onderzoek zijn echter geen afzonderlijke tandartsverzekeringen meegenomen. Bij de eerste conceptversie van het onderzoek merkte een medewerker van de NPCF op dat er wellicht een verband bestaat tussen het hebben van een slecht gebit en de sociaal economische status (SES) van kandidaat-verzekerden. Er zijn drie redenen waarom er uiteindelijk toch voor gekozen is om de aanvullende tandverzekeringen niet in het onderzoek mee te nemen. Ten eerste lijken de vragen in de tandheelkundige gezondheidsverklaringen enkel gericht op het schatten van de status van het gebit. Ten tweede toont de literatuur (Hobdell et al. 2003 en Sanders et al. 2006) een zwak en wisselend verband aan tussen een slecht gebit en lage SES. Het causale verband is nooit aangetoond. Ten derde wordt de SES sinds 2008 als variabele meegenomen in het risicovereveningssysteem. Verzekeraars worden daarom voor deze variabele gecompenseerd.

Er is dit jaar wel voor gekozen ook de gezondheidsverklaringen in het onderzoek mee te nemen die alleen gelden als een kandidaat-verzekerde uitsluitend een aanvullende verzekering wil afsluiten. Omdat deze gezondheidsverklaringen in eerdere onderzoeken (De Bruijn & Schut 2006 en 2007) niet waren meegenomen, kan het resultaat van dit onderzoek dus een overschatting opleveren ten opzichte van voorgaande jaren. In verband met de consistentie is er daarom voor gekozen twee inventarisaties te maken: één met en één zonder deze verklaringen.

Omdat vrij veel informatie via het Internet beschikbaar is, kon veel informatie via deze openbare bron verzameld worden. Voor nog ontbrekende informatie zijn de verzekeraars telefonisch benaderd. Daarbij viel op dat klantenservicemedewerkers goed geïnformeerd zijn over algemene en niet al te ingewikkelde informatie. Ter controle is altijd eerst een vraag gesteld waarvan het antwoord door de onderzoeker in de beschikbare informatie gecontroleerd kon worden. Opvallend vaak weten klantenservicemedewerkers van specifieke polisinformatie echter weinig af. Een aantal medewerkers zoekt bij lastige vragen het antwoord voor de klant uit, terwijl het grootste deel van de medewerkers zomaar een (soms onjuist) antwoord geeft. Daarom heeft de onderzoeker sommige vragen op verschillende momenten aan verschillende medewerkers gesteld. De betrouwbaarheid van de gegevens kan op deze manier redelijk gegarandeerd worden al blijft het controleren van mondelinge informatie lastig als de verzekeraar via openbare bronnen geen informatie geeft. Verzekeraars hebben bovendien vaak in hun polisvoorwaarden opgenomen dat geen aanspraak kan worden gemaakt op mondelinge

toelichtingen. Gelukkig was het grootste gedeelte van de informatie via het Internet te downloaden en daardoor op papier beschikbaar.

Hoewel veel informatie openbaar beschikbaar is, moet hierbij wel de kanttekening geplaatst worden dat de consumenteninformatie in een enkel geval erg lastig te vinden is. Een aantal verzekeraars kent een duidelijk opgezette informatiesite. Andere zorgverzekeraars lijken hier weinig aandacht aan te besteden. Aangezien de mobiliteit van verzekerden essentieel is in het systeem van gereguleerde concurrentie, vormt de toegankelijkheid tot vergelijkende informatie een belangrijk punt. Het vergelijken van polisvoorwaarden en andere informatiebronnen is nog niet eenvoudig. Veel verzekeraars hebben een veelvoud aan documenten op hun website staan. Het valt daarom aan te bevelen dat verzekeraars aandacht besteden aan de manier waarop zij hun informatie presenteren. Een enkele verzekeraar neemt hiertoe het initiatief door extra aandacht te besteden aan het vereenvoudigen van hun informatie in de verzekeringsvoorwaarden.

Dit geldt overigens ook voor de informatie die gebruikt is bij de inventarisatie van open collectiviteiten. Een aantal verenigingen heeft de mogelijkheid om deel te nemen aan een collectiviteit niet duidelijk op de site vermeldt. De inventarisatie van open collectiviteiten was afhankelijk van de openbare bronnen. Het gaat dan om websites, advertenties en andere openbare publicaties. In dit onderzoek is gebruik gemaakt van de zogenaamde sneeuwbalmethode. Bij deze methode worden verwijzingen in de onderzoekspopulatie (de inventarisatie van collectiviteiten van vorig jaar) gebruikt om te komen tot een meer volledige inventarisatie tot het punt dat er geen nieuwe collectiviteiten meer gevonden kunnen worden. Toch is deze inventarisatie waarschijnlijk niet uitputtend. De onderzoeker is echter van mening dat, gezien het aantal en de diversiteit, de inventarisatie een representatief beeld geeft van de verschillende soorten open collectiviteiten.

Het inventariseren van meer collectiviteiten dan vorig jaar had overigens wel als nadeel dat de gegevens van vorig jaar moeilijk vergeleken konden worden met de gegevens van dit jaar. Daarom zijn 2 analyses uitgevoerd: één maal met de totale inventarisatie van dit jaar, en éénmaal met een inventarisatie die qua inhoud precies overeen kwam met de inhoud van de inventarisatie van vorig jaar.

10.3.2 Enquête

Uit de analyses bleek dat zowel via de aanvullende als de collectieve verzekeringen risicoselectie toegepast kan worden. Omdat het de vraag is of deze strategie ook in de praktijk voorkomt, is gebruik gemaakt van een enquête. Door middel van de enquête is getracht inzicht te verkrijgen in de ervaringen van verzekerden. De enquête is onder een representatieve steekproef van de Nederlandse bevolking uitgezet. Het werken met het panel heeft een aantal voordelen: het kent een relatief lage

uitval en de mogelijkheid van een betrouwbaar meten. Uiteindelijk is de enquête door 1712 (68 procent van het totaal) respondenten ingevuld en dat is een gemiddelde respons. De vergelijking over de jaren bleek vrij goed mogelijk te zijn omdat belangrijke demografische kenmerken overeen komen. Bovendien kwam de verdeling van deze kenmerken redelijk goed overeen met de verdeling van dezelfde kenmerken in de algemene populatie.

In de meeste gevallen was het niet goed mogelijk de statistische significantie bij tabellen te berekenen. De cellen bevatten door een verfijnde categorisering te weinig variabelen. In een aantal gevallen is er daarom voor gekozen categorieën samen te nemen, maar in verband met de consistentie en de vergelijking met voorgaande jaren is er voor gekozen niet te veel ingrijpende veranderingen aan te brengen. De gegevens van de enquête moeten daarom wel voorzichtig geïnterpreteerd worden. De enquête diende als toetsing of de theoretische verwachtingen ook in de praktijk kloppen. Het gevaar bestaat echter dat opvallende resultaten aangenomen worden als waarheid. Dit maakt de interpretatie van de gegevens lastig.

Een voorbeeld van deze lastige interpretatie was de stijging het aantal respondenten dat was geaccepteerd tegen beperkende voorwaarden en/of premiestijging. Het aantal respondenten dat geaccepteerd was tegen beperkende voorwaarden en/of een premiestijging was ten opzichte van vorig jaar vervijfvoudigd. Dit is een behoorlijk hoge stijging. In de vragenlijst was geen vraag opgenomen waarmee de onderzoeker kon nagaan waar deze stijging aan te wijten was. Wel leek de vraag eenduidig gesteld te zijn, waardoor het niet mogelijk leek deze vraag anders op te vatten dan bedoeld. Het was daardoor, in eerste instantie, niet waarschijnlijk dat de respondenten de vraag verkeerd begrepen zouden hebben. Toch vergde dit een nadere analyse. Juist bij dit soort opvallende resultaten is het van belang dat toevalligheden zo veel mogelijk vermeden worden. Uit de nadere analyses bleek dat een groot deel van de respondenten dat geaccepteerd was tegen beperkende voorwaarden verzekerd is bij Achmea. Deze verzekeraar werd in paragraaf 5.2.3 aangehaald omdat het één van de verzekeringsconcerns is die door de beperking van de voorwaarden voor de aanvullende verzekeringen, vaak door verzekerden gemeld werd bij het meldpunt Consument en de Zorg van de NPCF. Verder bleek dat de respondenten die ingevuld hebben dat zij geaccepteerd zijn tegen een verhoogde premie, waarschijnlijk een algemene verhoging van de premie hebben verward met een opslag op de normale premie. Het is aan te bevelen, mocht het onderzoek nogmaals uitgevoerd worden, deze vraag te herzien en wellicht een tweede vraag toe te voegen die de achterliggende reden van de beperkte acceptatie aan het licht brengt.

Naast deze lastige interpretatie werd vrij vroeg in het analyseproces duidelijk dat respondenten moeite hadden zich bepaalde aspecten uit eerdere jaren te herinneren. Het meest duidelijk werd dit bij de uitwerking van tabel 5.5. Op basis van de inventarisatie was geconcludeerd dat het aantal verzekeraars

met een gezondheidsverklaring dit jaar was toegenomen. De verwachting was dan ook dat meer overstappers dit jaar een gezondheidsverklaring hadden moeten invullen. De gegevens uit de steekproef toonden dit verband echter niet. Sterker: de tabel week (sterk) af van de in de voorgaande jaren behaalde resultaten. Bij nadere analyse bleek dat de respondenten met betrekking tot enkele vragen niet erg consistent waren geweest in de beantwoording. Naar alle waarschijnlijkheid is dit verschijnsel te wijten aan recall-bias. Er is toen voor gekozen de antwoorden van voorgaande jaren in de tabel op te nemen en deze aan te vullen met informatie uit 2008. Zo is de vertekening ten gevolge van recall-bias vermeden.

Hoewel door middel van nadere analyses de interpretatieproblemen opgelost konden worden, blijft het zaak de enquêtegegevens zorgvuldig te interpreteren en deze vooral te zien als aanvulling. De betrouwbaarheid van de gegevens wordt overigens wel versterkt doordat gezocht is naar een consistente afname van de enquêtevragen. De inhoud en strekking van de enquête is globaal gelijk aan de enquête in voorgaande jaren. Dit heeft als voordeel dat de vergelijking tussen deze jaren goed gemaakt kan worden. Daar waar de significantie wel berekend kon worden, geldt bovendien dat de resultaten een consistent beeld laten zien ten opzichte van vorig jaar.

10.4 Aanbevelingen

Op basis van het ondernomen onderzoek en voorgaande reflectie op resultaten, literatuur en methoden is een aantal aanbevelingen mogelijk. Deze aanbevelingen duiden zowel op beleidsmatige kant van risicoselectie als het onderzoek hiernaar. De aanbevelingen zijn gedurende de tekst reeds aangestipt, en zullen hier daarom puntsgewijs genoemd worden:

- Voor patiëntenorganisaties, de NZa en de overheid is het van belang te voorkomen dat de keuzevrijheid en mobiliteit in de basisverzekering wordt ondergraven door een verdere verscherping van het acceptatiebeleid en de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekering. Het is daarom belangrijk dat de belanghebbenden de mogelijkheden tot risicoselectie via aanvullende en collectieve verzekeringen blijven evalueren zolang het mogelijk is voorspelbaar verliesgevend collectiviteiten te selecteren.
- Onderzoek naar risicoselectie is zowel van belang voor theorievorming over de ontwikkelingen op een gereguleerde verzekeringsmarkt als van belang voor de praktijk om de werking van een aantal cruciale voorwaarden (goed werkend vereveningssysteem, mobiliteit, solidariteit) van deze gereguleerde concurrentie te evalueren en –indien nodig- te verbeteren zodat borging van deze voorwaarden gegarandeerd kan worden.
- De overheid / de minister worden dringend gevraagd de afschaffing van de ex-postcompensatie nogmaals kritisch te overdenken. Het potentiële voordeel van een toename van de gereguleerde concurrentie wordt door de afschaffing wellicht teniet gedaan door extra prikkels tot risicoselectie.

- Verder onderzoek naar gezondheidsvoorspellende variabelen om het risicovereveningssysteem te verbeteren (de beste strategie om risicoselectie te vermijden) is gewenst.
- Wegens het gering aantal waarnemingen in de enquête moeten de cijfers voorzichtig geïnterpreteerd worden; zij vormen niet meer dan een globale indicatie van de mate waarin bepaalde ervaringen binnen een doelgroep voorkomen. Dit lijkt nog geen groot probleem. Als de verzekeringsmarkt echter verscherpt, en het noodzakelijk is om op basis van de enquête harde nauwkeurige uitspraken te doen, is het aan te bevelen te werken met een grotere steekproef. Ook kan het onderzoek mogelijk uitgebreid worden met een analyse van verzekerdenbestanden om een uitspraak te kunnen doen over de werkelijke mogelijkheden tot risicoselectie door zorgverzekeraars.
- Ten behoeve van de mobiliteit is het van belang dat verzekeraars aandacht besteden aan de manier waarop zij hun informatie presenteren. Een goede vergelijking is nog onvoldoende mogelijk.

Literatuur

Antroposana. 2008. *De Antroposana polis*. Antroposana. [Internet]. 2008. Bereikbaar op <http://www.antroposana.nl/>

ATOS. 2007. *Collectief gevangen? Onderzoek naar de dynamiek in de zorgverzekeringsmarkt*. Utrecht: ATOS consulting.

Billiet. J. 2001. 'Hoofdstuk 6. De selectie van de eenheden: steekproeven'. In: Billiet. J. & H. Waege (eds). *Een samenleving onderzocht. Methoden van sociaal-wetenschappelijk onderzoek*. Antwerpen: Standaard Uitgeverij: p. 181-221.

Bowling. A. 2004. *Research methods in health: investigating health and health services*. New York: Open University Press.

Bruijn, de. D. et al. 2005. *Monitor risicoselectie met bijzonder aandacht voor de aanvullende verzekeringen*. Rotterdam: Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (in opdracht van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie).

Bruijn, de. D. & F.T. Schut. 2006. *Evaluatie aanvullende verzekeringen 2006*. Rotterdam: Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (in opdracht van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie).

Bruijn, de. D. & F.T. Schut. 2007. *Evaluatie aanvullende verzekeringen 2007*. Rotterdam: Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (in opdracht van de Nederlandse Patienten Consumenten Federatie).

CentERdata. 2007a. *Het CentERpanel*. [Internet]. CentERdata. [Aangehaald op 24-10-2007]. Bereikbaar op <http://www.uvt.nl/centerdata/nl/watdoenwe/panel/>.

CentERdata. 2007b. *Panel onderzoek*. [Internet]. CentERdata. [Aangehaald op 24-10-2007]. Bereikbaar op <http://www.uvt.nl/centerdata/nl/hoewerkenwe/panelonderzoek/>.

Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). 2008. *Corporate informatie*. [Internet]. Centraal Bureau voor de Statistiek. [Aangehaald op 11-05-2008]. Bereikbaar op <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/organisatie/corporate-informatie/default.htm>.

Contactgroep Personeel en Zorgverzekering (CPZ). 2006. *Collectieve zorgverzekering CPZ-werkgevers 2006*. Bunnik: Contactgroep Personeel en Zorgverzekering.

Creswell. J.W. 2003. *Research design: qualitative, quantitative and mixed methods approaches*. Thousand Oaks, Londen & New Delhi: Sage Publications.

CZ. 2008. 'Geen eigen risico bij voorkeursziekenhuis'. [Internet]. CZ. [Aangehaald op 25-06-2008]. Bereikbaar op <http://www.cz.nl/{04416d9f-52bf-4347-9fbc-61ae3137bb55}?s=CZ&t=Default>.

Dale, van. 1999. *Groot woordenboek der Nederlandse taal*. Utrecht & Antwerpen: Van Dale Lexicografie.

Davies. D. & J. Dodd. 2002. 'Qualitative research and the question of rigor'. *Qualitative Health Research*. 12(2):279-289.

De Nederlandsche Bank (DNB). 2008. *ZBO-verantwoording 2007*. Amsterdam: De Nederlandsche Bank N.V.

Douven. R.C.M.H. 2005. 'Kwaliteit risicoverevening hangt af van marktontwikkelingen'. *Economisch Statistische Berichten*. 90:290-292.

Erken. O. 2004. *Verzeerde selectie?* Centraal Plan Bureau-memorandum 84. Den Haag.

Freidman. B. 1973. 'Risk aversion and the consumer choice of health insurance option'. *Review of Economics & Statistics*. 56(2):209-215.

Groenenboom. G.K.C. 2007. 'Marktwerking met een budgettair kader: toch voordelig! Ziekenhuisbekostiging tussen vrije markt en overheidsregulering'. *Zorg & Financiering*. 9a:3-10.

Hermans. H.E.G.M. 2005. *Tekst en toelichting Zorgverzekeringswet: Editie 2005/2006*. Den Haag: Sdu Uitgevers.

Hermans. H.E.G.M. 2007. *Tekst en toelichting Zorgverzekeringswet. Editie 2007*. Den Haag: Sdu Uitgevers.

Hobdell et al. 2003. 'Oral diseases and social economic status'. *British Dental Journal*. 194(2):91-96.

- Jong, J. D. et al. 2006. *Verzekerdenmobiliteit is hoog. Ook ouderen zijn overgestapt*. Utrecht: NIVEL.
- Jong, J.D. 2008. *Wisselen van zorgverzekeraar*. Utrecht: NIVEL.
- Kahneman, D. & A. Tversky. 1979. 'Prospect theory: an analysis of decision under risk'. *Econometrica*. 47(2):263-292.
- Kahneman, D. 2003. 'Maps of bounded rationality: psychology for behavioral economics'. *The American Economic Review*. 93(5):1449-1475.
- Klink, A. 2007. *Brief aan de Tweede Kamer. Risicoverevening in de zorgverzekering. Reactie op NPCF rapport: Risicoverevening in de zorgverzekering*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Lamers, L.M. & R.C.J.A. van Vliet. 2002. 'Vormgeving van Farmacie Kosten Groepen als verdeelkenmerk voor normuitkeringen aan ziekenfondsen.' *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*. 80:311-320.
- Lamers, L.M. & R.C.J.A. van Vliet. 2003. 'Financiering van ziekenfondsen: met diagnose-informatie van zorggebruik in het verleden sluiten normuitkeringen beter aan bij de verwachte schades.' *Het Verzekerings-archief*. 1:16-20.
- Lamers, L.M. et al. 2003. 'Risk adjusted premium subsidies and risk sharing: key elements of the competitive sickness fund market in the Netherlands'. *Health Policies*. 65:49-62.
- Lapr e, R. et al. 2001. *Algemene economie van de gezondheidszorg*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Leeuw, E.D. de. & J.J. Hox. 1998. 'Non-respons in surveys: een overzicht'. *Kwalitatieve methoden*. 19(57):31-35.
- National Academic. 2008. *De National Academic Zorgverzekering*. National Academic. [Internet]. 2008. Bereikbaar op <http://www.na.nl/index.php?id=5417>.
- Nederlands Patiënten Consumenten Federatie (NPCF). 2008. 'Waar we voor staan.' [Internet]. NPCF. [Aangehaald op 01-06-2008]. Bereikbaar op <http://www.npcf.nl/?id=74>.

Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). 2006. *Monitor Zorgverzekeringsmarkt*. Diemen: Nederlandse Zorgautoriteit.

Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). 2007. *Monitor Zorgverzekeringsmarkt: de balans 2007*. Diemen: Nederlandse Zorgautoriteit.

NRC Handelsblad. 2007. 'Haagse dokters bedingen korting voor patiënten'. *NRC Handelsblad*. 14-11-2007

NRC Handelsblad. 2007b. 'Huisarts weet wat nodig is in ziektekostenpolis'. *NRC Handelsblad*. 14-11-2007.

Prinsze, F.J. et al. 2005. *Verbetering risicoverevening in de zorgverzekering: van groot belang voor chronisch zieken*. Rotterdam: Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (in opdracht van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie).

Radar. 2007. *Zorgverzekering*. Radar. [Internet]. 19 november 2007. Bereikbaar op <http://www.trosradar.nl/index.php?id=uitzending&itemUid=1137>

Radar. 2007. *Zorgverzekering voor ouderen*. Radar. [Internet]. 10 december 2007. Bereikbaar op <http://www.trosradar.nl/index.php?id=uitzending&itemUid=1148>

Reerink, A. 'Zorgverzekeraars weren patiënten'. *NRC Handelsblad*. 27 mei 2006.

Rothschild, M. & J. Stiglitz. 1976. 'Equilibrium in competitive insurance markets: an essay on the economics of imperfect information'. *Quarterly Journal of Economics*. 90(4):629-649.

Ruth, L.M. van, et al. 2007. *De rol van collectiviteiten in het nieuwe zorgstelsel. Keuzes, verloop en uitkomsten van de onderhandelingen over de collectieve zorgverzekering voor 2006 en 2007*. Utrecht: NIVEL.

Sanders et al. 2006. 'The shape of the socioeconomic oral health gradient: implications for theoretical explanations'. *Community Dental Oral Epidemiology*. 34:310-319.

Schut, F.T. et al. 2004. *Effecten van de aanvullende ziekenfondsverzekering op de hoofdverzekering: een theoretische en empirische analyse*. Rotterdam: Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport).

Schut. F.T. 2006a. *Evaluatie aanvullende verzekering 2007: voorstel voor onderzoek in opdracht van de NPCF door iBMG*. Rotterdam: Erasmus Universiteit.

Schut. F.T. 2006b. *Gevolgen van collectieve verzekeringen door risicoselectie: voorstel voor onderzoek in opdracht van de NPCF door iBMG*. Rotterdam: Erasmus Universiteit.

Schut. F.T. & D. de Bruijn. 2007. *Collectieve zorgverzekeringen en risicoselectie*. Rotterdam: Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (in opdracht van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie).

Schut. F.T. & H.F. Velden, van der. 1998. *Zeker van zorg II (1941-2000)* in 'Studies over Zekerheidsarrangementen'. Amsterdam/Den Haag: NEHA/Verbond van Verzekeraars. p.854-878.

Smit. M. & P.J. Mokveld. 2007. *Verzekerdenmobiliteit en keuzegedrag: hoe staat het ervoor in 2007?*. Zeist: Vektis.

Smit. M. & P.J. Mokveld. 2008. *Verzekerdenmobiliteit en keuzegedrag: begin of einde van de rust?* Zeist: Vektis.

Stam. P.J.A. & W.P.M.M. van de Ven. 2006. *Risicoverevening in de zorgverzekering: een evaluatie en oplossingsrichtingen voor verbetering*. Rotterdam: Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (in opdracht van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie).

Stam. P.J.A. & W.P.M.M. van de Ven. 2007. *Evaluatie risicoverevening: prikkels tot risicoselectie? Een evaluatie van het vereveningsmodel 2007 en oplossingsrichtingen voor verbetering*. Rotterdam: Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (in opdracht van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie).

Stam. P.J.A. & W.P.M.M. van de Ven. 2008. 'De harde kern in de risicoverevening'. *Economische Statistische Berichten*. 104-107.

Stam. P.J.A. & W.P.M.M. van de Ven. 2008b. 'Evaluatie risicoverevening tussen verzekeraars: prikkels tot risicoselectie?'. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*. 86(2):92-100.

Swanborg. P.G. 1999. *Evaluatie en evaluatieonderzoek*. Amsterdam: Boom Uitgevers.

Tweede Kamer der Staten Generaal. 2006-2007. *Wijziging van de Zorgverzekeringswet in verband met stroomlijning van de bepalingen inzake opzegging van de zorgverzekering bij wijziging van de grondslag van de premie*. Vergaderjaar 2006-2007: No. 30668-10.

Tweede Kamer der Staten Generaal. 2007-2008. *Herziening zorgstelsel*. Vergaderjaar 2007-2008: No. 29689-187.

Univé. 2008. 'Kies de verZEKURing die bij je past'. [Internet]. Univé. [aangehaald op 25-05-2008]. Bereikbaar op <https://www.zekur.nl/#/word-ook-zekur/>.

Ven, van de. W.P.M.M. et al. 1995. *Premiebandbreedte en acceptatieplicht op een concurrerende zorgverzekeringsmarkt* (Hoofdstuk 2 en 3). Rotterdam: Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg.

Ven, van de. W.P.M.M. et al. 2000. 'Access to coverage for high-risks in a competitive individual health insurance market: via premium rate restrictions or risk-adjusted premium studies?' *Journal of Health Economics*. 19:311-339.

Ven, van de. W.P.M.M. et al. 2003. 'Risk adjustment and risk selection on the sickness fund insurance market in five European countries.' *Health Policy*. 65:75-98.

Ven, van de. W.P.M.M. et al. 2005. 'Nieuw zorgstelsel vereist betere risicoverevening'. *Economisch Statistische Berichten*. 90(4460):223.

Vliet, van. R.C.J.A. 2006. 'Free choice of health plan combined with risk-adjusted capitation payments: are switchers and new enrollees good risks?' *Health Economics*. 15:763-774.

Zorgverzekeraars Nederland (ZN). 2006. *Brief aan de leden van de Vaste commissie voor Volksgezondheid Welzijn en Sport van de Tweede Kamer der Staten-Generaal*. Onderwerp: wetsvoorstel 30668. 28 september 2006.

Bijlage 1 Zorgverzekeraars die zijn betrokken in het onderzoek 2008

Verzekeraar*	Opmerkingen
1. ONVZ Aegon	De maatschappijen treden onder eigen naam naar buiten, maar ONVZ is belast met de uitvoering van de verzekeringen. Hoewel de naamgeving van de aanvullende pakketten tussen de verzekeraars kan verschillen, zijn de inhoud en de premies van de pakketten hetzelfde. Wanneer in dit rapport ONVZ wordt genoemd, wordt daarmee ook bedoeld: Aegon.
2. Menzis Confior	De maatschappijen hanteren dezelfde polisvoorwaarden. AnderZorg hanteert andere premies en pakketten. Wanneer in dit rapport Menzis wordt genoemd, wordt daarmee ook bedoeld: Confior.
3. AnderZorg	
4. De Amersfoortse Fortis ASR	Gelijke voorwaarden. De naamgeving van de aanvullende pakketten verschilt, maar de inhoud en de premies van de pakketten zijn gelijk. Wanneer in dit rapport De Amersfoortse wordt genoemd, wordt daarmee ook bedoeld: Fortis ASR.
5. Achmea (D, G, I, P, Z) DVZ Achmea Groene Land Achmea Interpolis PWZ Achmea Zilveren Kruis Achmea	DVZ Achmea, Groene Land Achmea, Interpolis, Zilveren Kruis Achmea en PWZ Achmea hanteren dezelfde premies, pakketten* en voorwaarden. Wanneer in dit rapport Achmea (D, G, I, P, Z) wordt genoemd, wordt daarmee dus ook bedoeld: DVZ Achmea, Groene Land Achmea, Interpolis, PWZ Achmea en Zilveren Kruis Achmea.
6. Avéro Achmea	Avéro Achmea, FBTO Achmea en OZF Achmea treden onder eigen naam, met eigen pakketten en/of premies, naar buiten, maar Achmea Zorgverzekeringen N.V. is belast met de uitvoering van de (aanvullende) verzekeringen.
7. FBTO Achmea	
8. OZF Achmea	
9. Agis	
10. Pro Life	
	Per 1-1-2008 zijn Agis en ProLife Eureko/Achmea gefuseerd. ProLife hanteert andere pakketten en premies dan Agis. De polisvoorwaarden van de twee maatschappijen zijn gelijk. Agis en ProLife behouden – vooralsnog- hun eigen naam.
	* DVZ Achmea biedt de pakketten op pro-lifebasis aan. De naamgeving van de aanvullende pakketten van Interpolis verschillen van de pakketten zoals aangeboden door de andere verzekeraars. Inhoud en premies van de pakketten zijn echter gelijk, met één uitzondering: Interpolis biedt geen klassenverzekering aan.
11. VGZ	VGZ en SIZ kennen dezelfde polisvoorwaarden, maar bieden andere pakketten en premies aan. De pakketten van SIZ zijn gebaseerd op de pakketten van IZA. IZA en UMC bieden ook dezelfde polisvoorwaarden, maar andere premies en pakketten. De andere deelnemers van de Coöperatie VGZ-IZA-Trias Groep U.A. kennen eigen polisvoorwaarden, premies en pakketten.
12. IZZ	
13. IZA	
14. SIZ	
15. Zorgverzekeraar UMC	
16. Trias	
17. De Goudse	
18. Univé	
19. DSW	Stad Holland Zorgverzekeraar biedt naast de pakketten die DSW aanbiedt, nog een aantal aanvullende pakketten aan, maar de polisvoorwaarden van Stad Holland Zorgverzekeraar en DSW zijn hetzelfde. De premies zijn voor een groot deel van de pakketten overeenkomstig.
20. Stad Holland Zorgverzekeraar	
21. CZ	CZ en Delta Lloyd Groep zijn per 1-1-2008 gefuseerd (CZ heeft de zorgverzekeringsspoort van Delta Lloyd overgenomen).
22. Delta Lloyd	
23. Ohra	
24. Lancyr	

Verzekeraar*	Opmerkingen
(vervolg)	Ohra maakt onderdeel uit van de Delta Lloyd groep. Delta Lloyd en Ohra hanteren niet dezelfde premies, pakketten en voorwaarden. Lancyr wordt uitgevoerd door Delta Lloyd maar biedt niet de twee meest uitgebreide pakketten en de studentenzorgverzekering aan van Delta Lloyd. De polisvoorwaarden van Delta Lloyd en Lancyr zijn hetzelfde.
25. Azivo	Bericht (110408): NMa keurt fusie Menzis met Azivo goed. Alleen de ledenraden moeten nog formeel toestemming geven.
26. De Friesland	
27. PNO Ziektekosten	
28. Salland	
<i>29. Zorg en Zekerheid</i>	Zorg en Zekerheid en de AZVZ zijn een samenwerkingsovereenkomst aangegaan als De Maritieme maatschappij. Zorg en Zekerheid neemt daarbij de kosten/zorgen voor gepensioneerden voor rekening en de AZVZ de zorg voor actief zeevarenden. De AZVZ biedt de polissen van Zorg en Zekerheid door middel van collectieve contracten aan die specifiek zijn gericht op werknemers in de maritieme sectoren. AZVZ is de enige maatschappij die ook voor de basisverzekering een selectief acceptatiebeleid mag voeren.
<i>30. AZVZ</i>	

* Uitsluitend genummerde zorgverzekeraars zijn in dit onderzoek meegenomen

Bijlage 2 Vragen over aandoeningen en zorggebruik in de gezondheidsverklaringen van 2004-2008

Tabel 1 In de gezondheidsverklaring genoemde aandoeningen die uitgesloten zijn van de FKG's en DKG's

Aandoeningen in vragenlijst	Aantal verzekeraars dat naar de aandoening vraagt				
	2004	2005	2006	2007	2008
Verhoogde bloeddruk	1				
Verhoogd cholesterol ¹					1
Maag- en darmaandoeningen, bloed in de ontlasting	1				
Maagzweer of zweer aan de 12-vingerige darm, andere maag- / darmklachten	1				
Ziekte van de spijsverteringsorganen	1				
Ziekte van Bechterew	1				
Neurologische en psychische aandoeningen*	1				
Geestesziekte	1	1			
Overspanning, psychische aandoeningen of burn-out*		1			
Manische depressiviteit*	1				
Schizofrenie	1				
Eczeem of huidaandoeningen	2	1			2
Eczeem, schimmelziekte	2	1			
Acne, moedervlek	2	1			
Psoriasis, psoriasis kuurbehandeling	3	1			
Psoriasis, eczeem, PMLE, vitiligo		1			
Overbeharing, vorm-, omvangs- of standafwijkingen aan oren, gelaat, kaak, borsten, buik e.d.	1	1	1	1	2
Bril of contactlenzen dragend?	1	2			1
Is de sterkte van de bril of ooglenzen groter dan -8 en is deze de laatste 2 jaar gewijzigd? Complicaties door bril of contactlenzen?	1	1			
Scheelzien, lui oog	1				
Staar, glaucoom	1				
Oog- en oorziekten	1				1
Terugkerende oorontsteking	1				
Gehoorafwijking	2				
Terugkerende keelontsteking	1				
Doofheid / Slechthorendheid / Gehoorproblemen	1	1			1
Spraakstoornis, stottertherapie	2	2			
Zwangerschap	5	4	1		1
Vruchtbaarheidsproblematiek		5	1		1
(behandeling ten gevolge van een) ongeval		2			
Leerproblemen / dyslexie / dyscalculie					1
Open been ¹					
Complicaties bij menstruatie, zwangerschap of bevalling ¹					1
Totaal aantal aandoeningen die uitgesloten zijn van FKG's en DKG's waarnaar verzekeraars vragen	36	25	3	1	12
Totaal aantal verzekeraars dat vragen stelt over aandoeningen die uitgesloten zijn van FKG's en DKG's	6	7	2	1	4

* Deze categorie valt sinds 2008 (wellicht) in FKG3 en daarom wordt vanaf 2008 gestart met een telling van deze categorie in tabel 3 ('Neurologische en psychische aandoeningen') of tabel 4 ('Overspanning, psychische aandoeningen of burn-out' en 'Manisch depressiviteit')

¹ Deze categorieën zijn dit jaar (2008) voor het eerst toegevoegd aan de tabel.

Tabel 2 In de gezondheidsverklaring genoemde behandelingen en combinaties van behandelingen

Behandelingen in vragenlijst	Aantal verzekeraars dat naar de behandeling vraagt				
	2004	2005	2006	2007	2008
Camouflagetherapie	2	1			
Epilatiebehandeling	2	1			1
Elektrische epilatie, camouflage therapie, stottertherapie, lymfedrainage of een plaswekker		1			
Plastische chirurgie / vormverbeterende ingreep (verleden of voornemens te doen)	1	1			1
<i>Ooglidcorrectie¹</i>					1
<i>Flapoorcorrectie¹</i>					1
Sterilisatie ¹					1
Totaal aantal behandelingen waarnaar door verzekeraars gevraagd wordt	5	4	0	0	5
Totaal aantal verzekeraars dat vraagt naar genoemde behandelingen	3	3	0	0	2

¹ Deze categorieën zijn dit jaar (2008) voor het eerst toegevoegd aan de tabel

De indeling in FKG's en DKG's wordt gemaakt op basis van aandoeningen. De zorgverzekeraars vragen echter niet alleen naar aandoeningen, maar ook naar behandelingen. Een aantal behandelingen kan bij meerdere diagnoses worden voorgeschreven, waardoor het lastig te bepalen is of de behandeling aansluit bij een FKG of een DKG. In bovenstaande tabel is weergegeven naar welke behandelingen de verzekeraars vragen.

In de volgende tabel staan vragen naar aandoeningen en combinaties van aandoeningen waarvan lastig bepaald kan worden of ze wel of niet in de FKG- en DKG-systematiek zijn opgenomen. De reden daarvoor kan zijn dat er niet naar één specifieke aandoening gevraagd wordt. Ook wordt er naar symptomen gevraagd die bij meerdere aandoeningen gecategoriseerd kunnen worden.

Tabel 3 In de gezondheidsverklaring genoemde aandoeningen die mogelijk aan kunnen sluiten bij FKG's of DKG's

Aandoeningen in vragenlijst	Aantal verzekeraars dat naar de aandoening vraagt				
	2004	2005	2006	2007	2008
Longontsteking of longaandoening	2	1			
Bronchitis, astma of andere longaandoening (bijvoorbeeld aandoeningen van de luchtwegen, kortademigheid e.d.)		1			1
Aandoeningen aan de wervelkolom en/of ledematen (bijvoorbeeld kromme rug / verzakking)	1				1
Aandoeningen van de rug of overige ledematen		1			1
Spier- en gewrichtsaandoeningen	1				1
Gewrichtsklachten (o.a. knie / nek / schouder)	1				1
Reuma of andere gewrichtsklachten		1			
Maag-, lever of darmziekte		1			1
Chronische darmziekte		1			
Bloedarmoede of bloedziekte	1	1			1
Is van iemand het bloed wel eens onderzocht, bijvoorbeeld op bloedziekte, suikerziekte, nierziekte, vetgehalte (bv cholesterol), geelzucht (Hepatitis A, B,C of D), Seksueel overdraagbare aandoeningen (HIV of aids) (wie, wanneer, welke aandoeningen, afwijkingen gevonden?)	1	1			1
Hormonale ziekten, aandoeningen of afwijkingen	1				1
Te trage of te sterke functie van de schildklier/schildklierafwijkingen	1				1
Bijnieraandoening	1				
Bloed bij ontlasting	1				
Spataderen / aambeien	1				1
Borstklier	1				
Aderontsteking / Trombose	1				
Ziekten van de ademhalingsorganen	1				
Ziekten van de urinewegen	1				1
Blaasontsteking	1				
Aandoeningen aan de geslachtsorganen	1				1
Duizelingen, langdurige hoofdpijn	1				
Botbreuken	1				1
Liesbreuk	1				
Fistel	1				1
Allergie, hooikoorts	1				1
Fybromyalgie, RSI, Whiplash, Bekkeninstabiliteit, ME, Artrose, of regelmatig pijn in de rug / rugklachten	1	1			1
Neurologische en psychische aandoeningen*					
Inschatting algemene gezondheidstoestand of 'Enige ander ziekte of afwijking, aandoening of gebrek hier niet genoemd' ¹					4
Stofwisselingsziekten ¹					1
Aandoeningen van de ledematen ¹					1
Trombose / Embolie ¹					1
Totaal aantal aandoeningen dan mogelijk aansluit bij FKG's en DKG's waarnaar verzekeraars vragen	24	9	0	0	24
Totaal aantal verzekeraars dat vragen stelt over aandoeningen die mogelijk aansluiten bij FKG's / DKG's	3	3	0	0	4

* Deze categorie valt sinds 2008 (wellicht) in FKG3 en daarom wordt vanaf 2008 gestart met een telling van deze categorie in tabel 3 ('Neurologische en psychische aandoeningen') of tabel 4 ('Overspanning, psychische aandoeningen of burn-out' en 'Manisch depressiviteit')

¹ Deze categorieën zijn dit jaar (2008) voor het eerst toegevoegd aan de tabel

Tabel 4 In de gezondheidsverklaring genoemde aandoeningen, die aansluiten bij FKG's en DKG's. Vanaf 2006 worden DKG's vastgesteld via DBC's; deze tabel is gebaseerd op de DKG-indeling van 2008¹⁰. Zowel oude (2004-2007) als nieuwe (2008¹¹) FKG's zijn in onderstaande tabel weergegeven.

Aandoeningen in vragenlijst	Mogelijke FKG's en DKG's	Aantal verzekeraars dat naar de aandoening vraagt				
		2004	2005	2006	2007	2008
Aandoeningen aan hart en/of vaten	FKG4 (2004&2005), FKG9 (2006), FKG10 (2007&2008), DKG12, DKG8, DKG7, DKG6, DKG5, DKG4, DKG3, DKG2, DKG1	1	2			
Suikerziekte / Diabetes	FKG7 (2004&2005), FKG12 (2006), FKG13 (2007&2008), FKG5 (2008), FKG7 (2008), DKG10, DKG9, DKG6, DKG3, DKG2	2	2			1
Epilepsie	FKG2 (2004&2005), FKG7 (2006), FKG8 (2007&2008), DKG5	2	1			
Nierziekte	FKG12 (2004&2005), FKG17 (2006), FKG19 (2007&2008), DKG9		2			
Nierziekte, blaasaandoeningen	FKG12 (2004&2005), FKG17 (2006), FKG19 (2007&2008), DKG9	1				1
Nier- of nierbekkenontsteking	FKG12 (2004&2005), FKG17 (2006), FKG19 (2007&2008), DKG9	1				
Nier- of blaassteen	FKG12 (2004&2005), FKG17 (2006), FKG19 (2007&2008), DKG9	1				
Astma of bronchitis (CARA – De)	FKG1 (2004&2005), FKG5 (2006), FKG6 (2007&2008), DKG12, DKG7, DKG5	1				
Reuma, reuma kuurbehandeling, oefentherapie reuma	FKG5 (2004&2005), FKG10 (2006), FKG11 (2007&2008), FKG7 (2004&2005), FKG12 (2006), FKG13 (2007), FKG13 (2008), DKG9, DKG7, DKG6	3	1			1
Chronische reuma	FKG5 (2004&2005), FKG10 (2006), FKG11 (2007&2008), DKG6		1			1
Ischias, spit, hernia, jicht, reumatische aandoeningen	FKG5 (2004&2005), FKG10 (2006), FKG11 (2007&2008), DKG9, DKG7, DKG6	1				1
Pedicurezorg (bij diabetes / reuma)	FKG5 (2004&2005), FKG10 (2006), FKG11 (2007&2008), FKG7 (2004&2005), FKG12 (2006), FKG13 (2007&2008)	1	1			
Podotherapie (bij diabetes / reuma)	FKG5 (2004&2005), FKG10 (2006), FKG11 (2007&2008), FKG7 (2004&2005), FKG12 (2006), FKG13 (2007&2008)	1	1			
Ziekte van Crohn	FKG3 (2004&2005), FKG8 (2006), FKG9 (2007&2008)	1				

¹⁰ http://www.cvz.nl/resources/bijl9%20samenstelling%20DKG%27s%202008_tcm28-24391.pdf

¹¹ http://www.cvz.nl/resources/bijl-6-7_normbedragen_tcm28-24390.pdf (pagina 62)

Multiple Sclerose	FKG10 (2004&2005), FKG15 (2006), FKG16 (2007&2008)	1				
Chronische spierziekte	FKG10 (2004&2005), FKG15 (2006), FKG16 (2007&2008)	1	1			
Spierziekte	FKG10 (2004&2005), FKG15 (2006), FKG16 (2007&2008)	1				1
Goed- of kwaadaardige tumoren / kwaadaardige aandoeningen	FKG17 (2007&2008), DKG12, DKG11, DKG10, DKG9, DKG8, DKG7, DKG6, DKG5, DKG4, DKG2, DKG1	1	2			1
Galstenen, galblaas- of leveraandoeningen	DKG9, DKG8, DKG7	1				1
Geelzucht, lever- en/of alvleesklierziekte	DKG8, DKG5, DKG4	1				1
Beroerte, verlammingen	DKG7, DKG4, DKG1	1				1
Aangeboren of erfelijke afwijkingen	DKG8, DKG7, DKG5, DKG2		1			1
HIV besmetting / HIV seropositief / SOA	FKG11 (2004&2005), FKG16 (2006), FKG18 (2007&2008), DKG9, DKG8		3			1
Overspanning, psychische aandoeningen of burn-out*	FKG3					1
Manisch depressiviteit*	FKG3					
Totaal aantal aandoeningen dat aansluit op FKG's en DKG's waarnaar door verzekeraars gevraagd wordt		23	18	0	0	13
Totaal aantal verzekeraars dat vragen stelt over aandoeningen die aansluiten op FKG's en DKG's		3	5	0	0	1

* Deze categorie valt sinds 2008 (wellicht) in FKG3 en daarom wordt vanaf 2008 gestart met een telling van deze categorie in tabel 3 ('Neurologische en psychische aandoeningen') of tabel 4 ('Overspanning, psychische aandoeningen of burn-out' en 'Manisch depressiviteit')

¹ Deze categorieën zijn dit jaar (2008) voor het eerst toegevoegd aan de tabel

Tabel 5 Vragen over zorggebruik in de gezondheidsverklaring voor de aanvullende verzekering

Zorggebruik	Aantal verzekeraars dat naar zorggebruik vraagt				
	2004	2005	2006	2007	2008
<i>Huidig gebruik</i>					
Geneesmiddelen*	5*	4*	1	1	3
Dieet of bijzondere voedingsmiddelen / -supplementen*					2
Ziekenhuisopname	1	2	1	1	1
Contact met medisch specialist	2	1			
Behandeling door arts of specialist					1
Gebruik fysiotherapeut en/of andere paramedische behandelingen ¹	5	3	3		2
Contact alternatieve genezers / therapieën, waaronder biografische therapie	4	5	3	2	3
Huisarts	2				1
Begeleiding / behandeling psycholoog, psychiater, psychotherapeut	4	3		1	3
Behandeling dermatoloog of huidtherapeut			3	1	2
Gezinsverzorging	1				
Thuisverpleging	1				
Medisch noodzakelijk ziekenvervoer	1	1			
Hulpmiddelen ²	4	5	1	1	3
Geneeskundig onderzoek / behandelingen / controle		2			1
Totaal aantal vragen over huidig zorggebruik	30	26	12	7	22
Totaal aantal verzekeraars dat naar het huidig zorggebruik vraagt	7	9	7	4	8
<i>Toekomstig gebruik</i>					
Ziekenhuisopname / poliklinische behandeling	1	1	1	2	2
Contact met medisch specialist	2				
Behandeling door arts of specialist			1	1	
Gebruik fysiotherapie en/of andere paramedische behandelingen ¹	5	3	3	1	1
Contact alternatieve genezers / therapieën, waaronder biografische therapie	4	5	4	3	
Huisarts	2				
Begeleiding / behandeling psycholoog, psychiater, psychotherapeut	3	4	1	2	1
Behandeling dermatoloog of huidtherapeut			3	1	1
Thuisverpleging	1				
Medisch noodzakelijk ziekenvervoer	1	1			
Hulpmiddelen ²	1	1			
Geneeskundig onderzoek / behandelingen / controle		3			1
Totaal aantal vragen over toekomstig zorggebruik waarnaar door verzekeraars gevraagd wordt	20	18	13	10	6
Totaal aantal verzekeraars dat naar het toekomstig zorggebruik vraagt	6	9	7	4	5
<i>Gebruik in het verleden</i>					
Geneesmiddelen*					1
Ziekenhuisopname / poliklinische behandeling	3	2		1	1
Contact met medisch specialist	3	1			
Behandeling door arts of specialist			1	1	3
Gebruik fysiotherapie en/of andere paramedische behandelingen ¹	4	3	1	1	4

Contact alternatieve genezers / therapieën, waaronder biografische therapie	4	3	1	1	3
Huisarts	1	1			2
Begeleiding / behandeling psycholoog, psychiater, psychotherapeut	3	3	1	1	3
Behandeling dermatoloog of huidtherapeut					1
Hulpmiddelen ²		2			1
Geneeskundig onderzoek / behandelingen / controle		2			1
Totaal aantal vragen over zorggebruik in het verleden	18	17	4	5	20
Totaal aantal verzekeraars dat naar het zorggebruik in het verleden vraagt	6	5	1	1	4

* Deze categorieën zijn dit jaar (2008) voor het eerst toegevoegd aan de tabel. Met terugwerkende kracht is getracht te achterhalen in hoeverre er gezondheidsvragen gesteld zijn met betrekking tot deze categorieën in de periode 2004-2007. Omdat het onderscheid 'Huidig, Verleden, en Toekomstig gebruik' in de jaren 2004 en 2005 nog niet gehanteerd werd en dit ook niet meer te achterhalen was, is het aantal vragen met betrekking tot deze categorieën in 2004 en 2005 opgeteld bij het totaal aantal onder het kopje Huidig gebruik.

¹ Met andere paramedische behandeling wordt bijvoorbeeld bedoeld: manuele therapie, podotherapie of ergotherapie

² Met hulpmiddelen wordt bijvoorbeeld bedoeld: bril, contactlenzen, gehoorapparaat, protheses, pruik, beademingsapparatuur of injectiespuiten

Bijlage 3 Premietabellen van zorgverzekeraars die premiedifferentiatie toepassen

Aegon Zorgverzekering / ONVZ (maandpremies)

Aanvullende verzekering	Leeftijdsklassen	
	0-17	18+
Extra	€0,00	€10,49
Compleet / Ben	€0,00	€20,68
Optimaal / Opti	€6,37	€34,40
Top	€23,32	€49,78
Super	€29,40	€96,04

Avéro Achmea (maandpremies)

Aanvullende verzekering	Leeftijdsklassen			
	0-18	18-35	35-55	55+
Start	€0,00	€9,13	€11,42	€12,54
Extra	€0,00	€15,16	€18,95	€20,85
Royaal	€0,00	€19,90	€24,88	€27,35
Excellent	€0,00	€30,85	€38,56	€42,42

CZ (maandpremies) (premedifferentiatie bij jongerenpolis)

Aanvullende verzekering	Leeftijdsklassen			
	0-18	18-21	22-30	31+
Basis	€0,00	€6,10	€6,10	€6,10
50+	€0,00	€11,50	€11,50	€11,50
Plus	€0,00	€13,65	€13,65	€13,65
Jongeren	€0,00	€6,40	€12,40	€16,40
Top	€0,00	€22,20	€22,20	€22,20
Excellent	€0,00	€63,50	€63,50	€63,50
Supertop	€0,00	€87,95	€87,95	€87,95

DSW (maandpremies)

Aanvullende verzekering	Leeftijdsklassen		
	0-18	18-22	22+
AV-Student	n.v.t.	n.v.t.	€9,95*
AV-Standaard	€0,00	€0,00	€15,25
AV-Top	€0,00	€9,50	€24,75

*Voorwaarden: basisverzekering bij DSW, recht op studiefinanciering en ouder dan 22 jaar

DVZ Achmea / Groene Land Achmea / Interpolis / PWZ Achmea / Zilveren Kruis Achmea (maandpremies)

Aanvullende verzekering	Leeftijdsklassen				
	0-17	18-29	30-44	45-64	65+
Beter Af Plus Polis 1 ster / Zorgactief	€0,00	€6,15	€8,20	€9,00	€9,45
Beter Af Plus Polis 2 sterren / Zorgactief Plus	€0,00	€8,65	€11,55	€12,65	€13,25
Beter Af Plus Polis 3 sterren / Zorgactief Extra	€0,00	€14,50	€19,30	€21,20	€22,15
Beter Af Plus Polis 4 sterren / Zorgactief Top	€0,00	€25,55	€34,05	€34,05	€39,20
Ziekenhuis Extra	n.v.t.	€7,35	€7,35	€14,70	€18,35

FBTO (maandpremies internetverzekering resp. gewone verzekering)

Aanvullende verzekering	Leeftijdsklassen									
	0-18		18-27		27-50		50-65		65+	
Alternatief	€0,00	€0,00	€3,98	€4,30	€5,69	€6,15	€6,82	€7,38	€7,68	€8,30
Buitenland	€0,00	€0,00	€1,69	€1,83	€2,42	€2,61	€2,90	€3,14	€3,26	€3,53
Calamiteiten	€0,00	€0,00	€2,13	€2,30	€3,04	€3,29	€3,65	€3,94	€0,91	€0,99
Cosmetisch & Hulpmiddelen	€0,00	€0,00	€6,37	€6,88	€9,10	€9,84	€10,92	€11,80	€12,28	€13,28
Gezinsplanning	€0,00	€0,00	€1,56	€1,69	€2,24	€2,42	€2,68	€2,90	€3,02	€3,26
Therapieën Onbeperkt	€0,00	€0,00	€4,31	€4,66	€6,16	€6,66	€7,39	€7,99	€8,32	€8,99
Therapieën maximaal 9	€0,00	€0,00	€3,45	n.v.t.	€4,93	n.v.t.	€5,92	n.v.t.	€6,66	n.v.t.
Therapieën maximaal 15	€0,00	€0,00	€3,88	n.v.t.	€5,55	n.v.t.	€6,66	n.v.t.	€7,49	n.v.t.

OZF Achmea (maandpremies)

Aanvullende verzekering	Leeftijdsklassen				
	0-18	18-30	30-45	45-65	65+
Compact	€0,00	€8,50	€11,35	€12,45	€13,00
Royaal	€0,00	€15,00	€19,00	€22,00	€24,00

Salland (maandpremies exclusief MAX-modules)

Aanvullende verzekering	Leeftijdsklassen		
	0-18	18-22	22+
Extra	€0,00	€13,30	€13,30
Plus	€0,00	€31,30	€31,30
Top	€0,00	€41,50	€41,50
Kinderpolis (zonder gezinspolis)	€17,30	n.v.t.	n.v.t.
Jongerenpolis	€0,00	€0,00	€12,10
Jongerenpolis (student)*	€0,00	€0,00	€9,60
55-pluspolis	n.v.t.	n.v.t.	€40,10

*Voorwaarden: recht op studiefinanciering en ouder dan 22 jaar

SIZ (maandpremies)

Aanvullende verzekering	Leeftijdsklassen		
	0-18	18-22	22+
Budget	€0,00	€6,06	€11,30
Accent	€0,00	€15,22	€21,60
Plus	€0,00	€26,15	€33,75

Zorg en Zekerheid (maandpremies)

Aanvullende verzekering	Leeftijdsklassen			
	0-18	18-22	22-28	28+
AV-SURE	€0,00	€3,95	€11,95	n.v.t.
AV-Plus	€0,00	€31,95	€31,95	€31,95
AV-Basis	€0,00	€7,95	€7,95	€7,95
AV-Standaard	€0,00	€13,50	€13,50	€13,50
AV-Top	€0,00	€27,75	€27,75	€27,75
AV-Totaal	€0,00	€60,00	€60,00	€60,00

Bijlage 4 Aanvullende pakketten die gericht zijn op specifieke doelgroepen

Zorgverzekeraar	Omschrijving specifieke aanvullende pakketten	Specifieke doelgroep / Aanvullende pakket	Voorbeelden van verstrekkingen (specifiek voor de betreffende doelgroep), bijvoorbeeld waar de verzekeraars mee adverteren
Agis - 4 algemene aanvullende pakketten	TakeCareNow! 50+ Actief Polis	Advies: Jongeren tussen de 18 en 26 jaar Advies: 50 plussers	Orthodontie, condooms, fysiotherapie, Sport Medische Advies, vaccinaties voor verblijf in het buitenland en online zorgadvies, apotheek en verzekeringsadministratie. Geen vergoeding voor kraamzorg Gratis grieprik, ruime vergoeding bovenooglidcorrectie, iedere 3 jaar gratis bril bij Hans Anders
AnderZorg - 1 algemeen aanvullend pakket	AnderZorg Jong	Advies: Jongeren tussen de 18 en 30 jaar	Voorbehoedsmiddelen, controle door de tandarts, bril/contactlenzen en fysiotherapie
Confor - 4 algemene aanvullende pakketten	JongerenZorgExtra	Advies: Jongeren tussen de 18 en 30 jaar	Dieetadvisering, sportkeuring, ruime vergoeding voor Sport Medisch Advies, psychologische zorg, huidtherapieën, bril en contactlenzen, tandheelkundige behandelingen. Geen vergoeding voor kraamzorg, herstellingsoorden, kuurreizen, overgangsconsulten, en dergelijke vaak leeftijdsgerelateerde zorg
CZ - 4 algemene aanvullende pakketten	Jongeren 50+	Advies: Jongeren tussen de 18 en 30 jaar Advies: 50 plussers	Tandarts, ruime vergoeding voor bril en contactlenzen, alternatieve geneeswijzen, vergoeding voor fysiotherapie Hoortoestellen, preventieve onderzoeken, fysiotherapie, gezondheidstrainingen en beweegprogramma's en gratis grieprik
De Friesland Zorgverzekeraar - 3 algemene aanvullende pakketten	Kinderen Ouders	Uitsluitend: Kinderen tot 18 jaar Advies: (toekomstige) Ouders	Orthodontie, stottertherapie, fysiotherapie, brillen, sportarts en flapoorcorrectie Medicatie vruchtbaarheidsbehandeling, extra kraamzorg, psychologische zorg, reisverzekering Europa, cursussen/themabijeenkomsten Thuiszorg, sterilisatie en brilvervangende chirurgie

Zorgverzekeraar	Omschrijving specifieke aanvullende pakketten	Specifieke doelgroep / Aanvullend pakket	Voorbeelden van verstrekkingen (specifiek voor de betreffende doelgroep), bijvoorbeeld waar de verzekeraars mee adverteren
De Friesland Zorgverzekeraar (vervolg)	Grootouders	Advies: Ouderen	Alternatieve geneeswijzen, fysiotherapie, brillen en lenzen, reiskosten ziekenbezoek bij opname > 1 maand en lidmaatschap patiëntenvereniging
	Studenten	Uitsluitend: Studenten (aantonen met bewijs Studie Financiering)	Ziektekosten- + inboedel- + ongevallen- + aansprakelijkheidsverzekering
Delta Lloyd - 5 algemene aanvullende pakketten (waar ZorgGarant Start en Comfort deel van uit maken)	Studentenverzekering	Uitsluitend: Studenten (bewijs Studie Financiering)	Sport Medisch Advies, vaccinaties, anticonceptie, condooms, therapie stoppen met roken, fysiotherapie
	ZorgGarant Start	Advies: Jongeren	Stottertherapie, acnébehandeling (€600), buitenland werelddekking, vaccinaties, preventieve geneesmiddelen voor een buitenlandse reis, fysiotherapie (6 beh.)
	ZorgGarant Comfort	Advies: Ouderen	Herstel en balans (€500), fysiotherapie onbeperkt, medisch verantwoord bewegen, lidmaatschap patiëntenvereniging, orthodontie, eigen bijdrage hulpmiddelen (€1000)
DSW - 2 algemene aanvullende pakketten	Student	Uitsluitend: Studenten (>22 jaar, bewijs Studie Financiering)	Behandelingen in het buitenland, vaccinaties buitenland, homeopathische geneesmiddelen, tandarts vanaf 22 jaar, orthodontie, brillenglazen/contactlenzen, fysiotherapie en alternatieve geneeskundige hulp.
Menzis - 4 algemene aanvullende pakketten	JongerenVerzorgd	Advies: Jongeren tussen de 18 en 30 jaar	Dieetadvisering, sportkeuring, Sport Medisch Advies, psychologische zorg, huidtherapieën, brillen en contactlenzen en alternatieve geneeswijzen. Geen vergoeding voor kraamzorg, herstellingsoorden, kuurreizen, overgangsconsulten, en dergelijke vaak leeftijdsgerelateerde zorg
Ohra - 6 algemene aanvullende pakketten	Meegroeiservice (opgebouwd uit een combinatie van de algemene aanvullende	Uitsluitend: Studenten	Brillenglazen/lenzen, vaccinaties, werelddekking voor spoedeisende hulp, condooms, korting op vitaminepillen en korting op

Zorgverzekeraar	Omschrijving specifieke aanvullende pakketten	Specifieke doelgroep / Aanvullend pakket	Voorbeelden van verstrekkingen (specifiek voor de betreffende doelgroep), bijvoorbeeld waar de verzekeraars mee adverteren
Ohra (vervolg)	pakketten)	<p>Advies: Singles</p> <p>Advies: Duo's</p> <p>Advies: Jonge ouders</p> <p>Advies: Gezinnen</p> <p>Uitsluitend: 50 plussers</p>	<p>uittreksels van studieboeken</p> <p>Sport Medisch Onderzoek, fysiotherapie, brillenglazen/lenzen, korting op fitness centra, korting op tanden bleken en korting op ogen laseren</p> <p>Werelddekking, vaccinaties, fysiotherapie, brillenglazen/lenzen, korting op wellness en korting op internetapotheek</p> <p>Kraampakket, cursussen rondom bevalling, lactatiekundige zorg, cursus stoppen met roken, korting op een EHBO-cursus en korting bij Beter Bed</p> <p>Orthodontie, acné behandelingen, alternatieve geneeswijzen, dieetadvisering, korting bij de opvoeddeskundige, kortingen op wellness en korting op fitness</p> <p>Jaarlijkse gezondheidscheck, ooglidcorrecties, vergoeding Viagra, brillenglazen/lenzen, korting op cosmetische chirurgie en korting op ogen laseren</p>
PNO Ziektekosten - 3 algemene aanvullende pakketten	AV Jong	Advies: Jongeren en starters op de arbeidsmarkt	Fysiotherapie, brillen en contactlenzen, preventieve geneesmiddelen en vaccinaties en geneeskundige hulp in het buitenland
Salland - 3 algemene aanvullende pakketten	<p>Kinder (evt. + MAX: uitbreiding financiële dekking)</p> <p>Jongeren (evt. + MAX: uitbreiding financiële dekking)</p> <p>Gezin (evt. + MAX: uitbreiding financiële dekking)</p> <p>55+ (evt. + MAX: uitbreiding financiële</p>	<p>Uitsluitend: Opgroeiende kinderen tot 18 jaar</p> <p>Advies: Jongeren tussen 18 en 28 jaar</p> <p>Adviesleeftijd: mensen tussen 27 en 44 jaar</p> <p>Adviesleeftijd: 55 plussers</p>	<p>Orthodontie, therapie tegen stotteren en acné-therapie</p> <p>Fysiotherapie, Sport Medisch Advies, ruime tandartsdekking en bezoeken aan de psycholoog</p> <p>Kraamzorg, sterilisatie en alternatieve geneeswijzen</p> <p>Tandartsbehandelingen, brillen, ooglidcorrecties en taxivervoer</p>

Zorgverzekeraar	Omschrijving specifieke aanvullende pakketten	Specifieke doelgroep / Aanvullend pakket	Voorbeelden van verstrekkingen (specifiek voor de betreffende doelgroep), bijvoorbeeld waar de verzekeraars mee adverteren
Salland (vervolg)	dekking)		naar de specialist
Stad Holland Zorgverzekering - 4 algemene aanvullende pakketten	Zorg Student	Uitsluitend: Studenten (>22 jaar, bewijs Studie Financiering)	Behandelingen in het buitenland, vaccinaties buitenland, homeopathische geneesmiddelen, tandarts vanaf 22 jaar, orthodontie, brillenglazen/lenzen, fysiotherapie/manuele therapie en alternatieve geneeskundige hulp
Trias - 3 algemene aanvullende pakketten	Gezond 50plus (evt. + Gezond 50plus Extra: uitbreiding financiële dekking) Gezond 50plus Preventie (alleen in combi met Gezond 50plus of Gezond 50plus Extra) Antroposofisch	Advies: 50 plussers Advies: 50 plussers Antroposofen	Brillen en lenzen, gehoorapparaten, plastische chirurgie en fysiotherapie Preventief lichamelijk onderzoek, vitaliteitstesten, rijbewijskeuring, sportonderzoek en griepvaccinaties Speciale vergoedingen voor therapieën (kunstzinnigetherapie, heileuritmie), antroposofische huisarts, antroposofische geneesmiddelen
Univé - 5 algemene aanvullende pakketten	Gezin Gezin extra Lekker Fit met Sonja Bakker (3 varianten) Lekker Slank met Sonja Bakker (3 varianten)	Advies: Gezinnen en mensen die hoge vergoedingen belangrijk vinden Advies: Gezinnen en mensen die zeer ruime vergoedingen belangrijk vinden Uitsluitend: Inwoners van Noord Holland (mannen en vrouwen) Uitsluitend: Inwoners van Noord Holland (alleen voor vrouwen)	Overeenkomstig met Unive Extra zorgpolis 3 Overeenkomstig met Unive Extra zorgpolis 4 Online Plus Abonnement (16 weken het online afslankprogramma van Sonja Bakker), een jaar lang onbeperkt sporten bij Basic-Fit, fysiotherapie, alternatieve geneeswijzen, tandzorg, orthodontie Online Excellent Abonnement (24 weken het online afslankprogramma van Sonja Bakker), half jaar onbeperkt sporten bij Fit4Lady, fysiotherapie, alternatieve geneeswijzen, tandzorg,

Zorgverzekeraar	Omschrijving specifieke aanvullende pakketten	Specifieke doelgroep / Aanvullend pakket	Voorbeelden van verstrekkingen (specifiek voor de betreffende doelgroep), bijvoorbeeld waar de verzekeraars mee adverteren
Univé (vervolg)	Extra ZeKur	Advies: Jongeren ('voor iedereen die jong is of zich jong voelt')	orthodontie (tot 18 jaar) Gratis doorlopende reisverzekering, fysiotherapie, brillen/lenzen, preventieve inentingen
VGZ - 3 algemene aanvullende pakketten	Jong & Zeker	Uitsluitend: Jongeren tussen 18 en 27 jaar	Tandzorg, spoedeisende hulp op vakantie (wereldwijd), vaccinaties, brillenglazen (tot €200), fysiotherapie, desgevraagd advies van een SOA-deskundige, SOA-testen (1x pj) en condooms (max. €20)
	Gezin & Zeker	Advies: Mensen met kinderen of een kinderwens	Tandzorg, kraamzorg, flapoorcorrectie, orthodontie (tot €2500), (kinder)fysiotherapie, stotterfysiotherapie, orthopedagoog, huishoudelijke hulp en kinderopvang (bij opname van één van de ouders)
	Vitaal & Zeker	Advies: 50 plussers	Brillen/contactlenzen, complete buitenlanddekking, vaccinaties
Zorg en Zekerheid - 4 algemene aanvullende pakketten	SURE	Uitsluitend: Jongeren tussen 18 en 28 jaar	Sport Medisch Advies, vaccinaties, buitenlanddekking voor stage, beperkte dekking voor fysiotherapie en beperkte dekking voor tandheelkunde
	GeZZin	Uitsluitend: Gezinnen met opgroeiende kinderen	Orthodontie, opvoedkundig advies en vergoeding van contributie van sportverenigingen voor kinderen tot 18 jaar
	Plus	Advies: Ouderen	Fysiotherapie, vergoeding van de eigen bijdrage voor thuiszorg, hoge dekking voor tandzorg, non-selecte acceptatie. Zonder vergoedingen voor geboortezorg

Bijlage 5 Overzicht geïnventariseerde open collectiviteiten

In deze bijlage een overzicht van de geïnventariseerde open collectiviteiten, gerangschikt naar doelgroep. Van elke collectiviteit is vermeld wie de rechtspersoon is, met welke zorgverzekeraar een collectief contract is gesloten en tegen welke premiekortingen en andere voordelen. In deze tabel zijn geen kortingen op andere verzekeringen opgenomen.

Doelgroep: Patiënten

Rechtspersoon collectiviteit		Verzekeraar	Korting Basis	Korting AV	Extra voordelen
1	Algemene Nederlandse Gehandicapten Organisatie (ANGO)	Agis	3%	5%	Vergoeding lidmaatschap (€20)
		Delta Lloyd (via zorg6)	10%	12%	Vergoeding lidmaatschap bij AV Compleet en AV Top. Nonselecte acceptatie t/m AV Compleet. Zorggaranties
2	Alvleeskliervereniging	Agis	3%	5%	Idem ANGO (1)
3	Antroposana	Amersfoortse	10%	-	Vergoeding antroposofische geneesmiddelen en klinieken in het buitenland, geen medische selectie, lidmaatschap Antroposana wordt vanaf AV-optimaal volledig vergoed, de cursussen van de patiëntenvereniging worden onder alle AV's gedeeltelijk vergoed
4	Astmafonds	Agis	3%	5%	Vergoeding lidmaatschap Astmafonds, gratis Zorg plus module
5	Astma Patiënten Vereniging VbbA/LCP	Fortis ASR	10%	10%	Nonselect acceptatiebeleid, geen preferentiebeleid medicijnen, vergoeding lidmaatschap (verschilt per AV)
6	Belangenvereniging Longfibrosepatiënten Nederland	Fortis ASR	10%	10%	Idem Astma Patiënten Vereniging (5)
7	BOSK	Delta Lloyd (via Zorg6)	10%	12%	Idem ANGO (1)
8	Caleidoscoop	Fortis ASR	10%	10%	Idem Astma Patiënten Vereniging (5)
9	Cerebraal	Agis	3%	5%	Idem ANGO (1)
10	Crohn en Colitis Ulcerose Vereniging (CUN)	Agis	3%	5%	Idem ANGO (1)
		Delta Lloyd (via Zorg6)	10%	12%	Idem ANGO (1)
11	Diabetesvereniging Nederland (DVN)	Agis	3%	5%	Vergoeding lidmaatschap Diabetesvereniging Nederland (€20), gratis Zorg Plus module (vanaf AV compleet) en DIAgis, hoge kortingen op hulpmiddelen, zelfzorgmiddelen en geen medische selectie

Rechtspersoon collectiviteit		Verzekeraar	Korting Basis	Korting AV	Extra voordelen
11	Diabetesvereniging Nederland (vervolg)	CZ	5%	5%	Digitale diabetespas, korting tot 80% op teststrips en glucosemeters, 24 uur per dag telefonisch advies, gebruik van CZ diabetesloket
		Ohra	10%	10%	100% vergoeding lidmaatschap DVN vanaf AV uitgebreid vitaal en AV extra uitgebreid, speciale diabetesmodule
		Univé	5%	-	Vergoeding lidmaatschap DVN (€25), 100% vergoeding zelftestpakket vanaf Extra Zorg Polis 2, preventiebudget tot €500, nonselecte acceptatie
		Zorg en Zekerheid	7%	7%	Vergoeding lidmaatschap DVN, vergoeding preventieve cursussen, Diabetes starterspakket, GeZZondheidscheck, nonselecte acceptatie
12	Dwarslaesie Organisatie Nederland	Agis	3%	5%	Idem ANGO (1)
		Fortis ASR	10%	10%	Idem Astma Patiënten Vereniging (5)
13	Epilepsie Vereniging Nederland (EVN)	Delta Lloyd (via Zorg6)	10%	12%	Idem ANGO (1)
		Fortis ASR	10%	10%	Idem Astma Patiënten Vereniging (5)
14	HIV Vereniging Nederland	Agis	3%	5%	Idem ANGO (1)
15	Impuls	Agis	3%	5%	Idem ANGO (1)
16	ME/CVS-stichting Nederland	Agis	3%	5%	Idem ANGO (1)
		Delta Lloyd (via Zorg6)	10%	12%	Idem ANGO (1)
17	MS Fonds	Agis	3%	5%	Idem ANGO (1)
18	Nationale Vereniging voor Fibromyalgiepatiënten (FES)	Agis	3%	5%	Idem ANGO (1)
19	Nationale Vereniging voor L.E. patiënten (NVLE)	Agis	3%	5%	Idem ANGO (1)
20	Nationale Vereniging voor Sjögrenpatiënten (NVSP)	Delta Lloyd (via Zorg6)	10%	12%	Idem ANGO (1)
21	Nederlandse Coeliakie Vereniging	Agis (geen hernieuwd contract, wel voor huidige klanten)	3%	5%	Idem ANGO (1)
		Trias	8%	-	-
		Zilveren Kruis Achmea	5%	10%	Gratis Beter Af Extra Pakket bij afsluiting van Beter Af Plus Polis, vergoeding dieetadviesing, volledige acceptatie aanvullende pakketten, Health Klant voordeel
22	Nederlandse Hyperventilatie Stichting	Agis	3%	5%	Idem ANGO (1)

Rechtspersoon collectiviteit		Verzekeraar	Korting Basis	Korting AV	Extra voordelen
23	Nederlandse Klinefelter Vereniging	Fortis ASR	10%	10%	Idem Astma Patiënten Vereniging (5)
24	Nederlandse Leverpatiënten Vereniging	Fortis ASR	10%	10%	Idem Astma Patiënten Vereniging (5)
25	Nederlandse Patiënten Vereniging	DVZ Achmea	7,5%	10%	-
		Prolife	3%	7%	-
26	Nederlandse Vereniging voor Autisme (NVA)	Agis	3%	5%	Idem ANGO (1)
27	Nederlandse Vereniging voor Blinden en Slechthorenden	Agis	3%	5%	Idem ANGO (1)
28	Nederlandse Vereniging voor Slechthorenden (NVVS)	Ohra	8%	10%	-
29	Osteoporose Vereniging	Agis	3%	5%	Idem ANGO (1)
30	Parkinson Patiënten Vereniging	Agis	3%	5%	Volledige vergoeding van het middel Sifrol (1mg), vergoeding lidmaatschap Parkinson Patiënten Vereniging (max. €20)
31	Per Saldo	Agis	3%	5%	Idem ANGO (1)
		Delta Lloyd (via Zorg6)	10%	12%	Idem ANGO (1)
32	Psoriasis Vereniging Nederland (PVN)	Delta Lloyd	10%	8%	Vergoeding lidmaatschap PVN bij AV comfort en AV top. Nonselecte acceptatie t/m AV comfort
33	Reumapatiëntenbond	Agis	3%	5%	Vergoeding lidmaatschap Reumapatiëntenvereniging die aangesloten is bij de Reumapatiëntenbond, gratis Zorg Plus Module (vanaf Compleetpolis) met daarin vergoedingen voor Zelfmanagementcursus, dieetadviesing, beweegcursussen.
		Delta Lloyd (via Zorg6)	10%	12%	Idem ANGO (1)
		Zorg en Zekerheid	7%	7%	-
34	RSI-patiëntenvereniging	Agis	3%	5%	Idem ANGO (1)
35	Schildklierstichting Nederland	Fortis ASR	10%	Ong. 5,5%	Nonselect acceptatiebeleid, geen preferentiebeleid medicijnen, vergoeding lidmaatschap (minimaal), geen eigen bijdragen
36	Stichting Patientenbelangen Orthopedie	Fortis ASR	10%	10%	Idem Astma Patiënten Vereniging (5)
37	Turner Contact Nederland	Fortis ASR	10%	10%	Idem Astma Patiënten Vereniging (5)
38	Vereniging Balans	Agis	3%	5%	Idem ANGO (1)
39	Vereniging Ehlers-Danlospatiënten	Fortis ASR	10%	10%	Idem Astma Patiënten Vereniging (5)
40	Vereniging Scoliosepatiënten	Fortis ASR	10%	10%	Idem Astma Patiënten Vereniging (5)

Rechtspersoon collectiviteit		Verzekeraar	Korting Basis	Korting AV	Extra voordelen
41	Vereniging Ziekte van Hirschsprung	Fortis ASR	10%	10%	Idem Astma Patiënten Vereniging (5)
42	Zorg6	Delta Lloyd	10%	12%	Vergoeding lidmaatschap van een aangesloten patiëntenvereniging bij AV Compleet en AV Top. Nonselecte acceptatie t/m AV Compleet

Doelgroep: Jongeren / Studenten

Rechtspersoon collectiviteit		Verzekeraar	Korting Basis	Korting AV	Extra voordelen
1	EBF Groningen	Agis	10%	20% op jongerenpolis (TakeCareNow!)	America Today bon t.w.v. €25 en zorgen voor malariabestrijding onder jongeren in Afrika
2	HBO-raad	Zilveren Kruis Achmea	10%	15%	-
3	Hindu Studenten Forum Nederland	Agis	9%	10% op jongerenpolis (TakeCareNow!)	Idem EBF Groningen (1)
4	Hyves	Agis	-	25% op jongerenpolis (TakeCareNow!)	Idem EBF Groningen (1)
5	IFES Studentenvereniging	DVZ Achmea	10%	15%	-
6	LSVb + ISO	Zilveren Kruis Achmea	10%	15%	-
7	Navigators Studentenverenigingen	DVZ Achmea	10%	-	DVZ stort €20 op de rekening van de betreffende vereniging
8	Saxion Hogescholen	Salland	€2,50	€2,50 op jongerenpolis	Idem EBF Groningen (1)
9	Stichting CJP	Agis	10%	25% op jongerenpolis (TakeCareNow!)	Idem EBF Groningen (1)
10	Studentensport Nederland	Agis	9%	10% op jongerenpolis (TakeCareNow!)	Idem EBF Groningen (1)
11	Studentenpolis.nl	Menzis	5% (€5 pm)	9% op studentenpolis	Speciale studentenpolis met jaarvoorraad condoms (90 stuks), studentenpas (korting bij meer dan 10.000 winkels, attracties & musea)
12	StudentServices	Agis	9%	10% op jongerenpolis (TakeCareNow!)	Idem EBF Groningen (1)
13	VU	Agis	10%	20% op jongerenpolis (TakeCareNow!)	Idem EBF Groningen (1)
14	Young Global People	Agis	9%	10% op jongerenpolis	Idem EBF Groningen (1)

Rechtspersoon collectiviteit		Verzekeraar	Korting Basis	Korting AV	Extra voordelen
14	Young Global People (vervolg)			(TakeCareNow!)	

Doelgroep: Ouderen

Rechtspersoon collectiviteit		Verzekeraar	Korting Basis	Korting AV	Extra voordelen
1	ANBO	Agis	4%	8%	Bij overstap eerste 2 maanden gratis AV, gratis gebruik internetdokter en reisdokter, wachtlijstbemiddeling, gratis letselschadeservice, beweegprogramma's voor mensen met een chronische aandoening, korting op cosmetische en laserbehandelingen, kortingen op hulpmiddelen, zelfzorgmiddelen en voedingssupplementen, samenwerking 19 patiëntenverenigingen
		Azivo	-	10%	-
		CZ/OZ	5%	-	Indien zowel basisverzekering als AV bij CZ wordt afgesloten: lidmaatschap ANBO 1 maal per adres geretourneerd door SEZ, speciaal 50+ pakket
		Delta Lloyd/CEZ	10%	12%	Vergoeding ANBO lidmaatschap
		FBTO	7%	10%	-
		De Friesland	3%	3%	Vergoeding ANBO lidmaatschap
		Ohra	8%	12%	-
		Salland	5%	5%	-
		Trias	7%	5%	- (korting geldt voor alle AV's maar Gezond50plus krijgt in informatie extra aandacht)
		Univé	5%	-	-
		VGZ	5%	-	-
2	ANBO + SEZ	Avéro Achmea	4%	7,5%	-
		Fortis	10%	10%	-
		ONVZ	-	-	Vergoeding ANBO lidmaatschap (indien zowel basis als AV)
		Stad Holland	-	4%	-
3	Nederlandse Hindoe Ouderen Bond (NEHOB)	Azivo	-	10%	-

Rechtspersoon collectiviteit		Verzekeraar	Korting Basis	Korting AV	Extra voordelen
4	Protestants-Christelijke Ouderen Bond (PCOB)	Trias	8%	10%, 20% op Gezond50plus of Gezond50plus Extra	Een bijdrage van €17.50 van PCOB lidmaatschap (bij Gezond 50plus pakketen)
5	Unie KBO	Zilveren Kruis Achmea	7,5%	10%	Zorggarantie en zorgbemiddeling, 25% via de webwinkel van Medithuis op drogisterij, gezondheids- en welzijnsartikelen, indien ook AV: gratis het beter AF 50 plus pakket met extra vergoeding voor alternatieve geneeswijzen, spoedeisende hulp in het buitenland, volledige gebitsprothesen, een eenmalige tegemoetkoming in lidmaatschap Unie KBO t.w.v €17.50, een gratis Oad-dagtocht (fietsen, Kröller-möller enz.)

Doelgroep: Vakbondsleden / Zelfstandig ondernemers

Rechtspersoon collectiviteit		Verzekeraar	Korting Basis	Korting AV	Extra voordelen
1	CNV Publieke Zaak	Zilveren Kruis Achmea	7,5%	10%	Gratis Beter Af Extra Pakket bij AV, volledige acceptatie (m.u.v. 3 en 4 sterren tandpakket), zorggarantie en zorgbemiddeling, health klantvoordeel
2	CNV Vakcentrale	CZ	7,5%	10% op vakbondspakket	Speciaal AV-Vakbondspakket, gratis Nationale Tijdschriftenbon twv €20 (voor nieuwe CZ-leden)
3	FNV Bondgenoten	Menzis	€72 pj	10%	Speciale collectieve AV-pakketten: Extra Verzorgd 2-FNV, FNV Jong Zorg, loyaliteitsprogramma Cosmetische Chirurgie (meer voordeel naarmate FNV-lid langer bij Menzis verzekerd is), uitgebreid FNV Senior Zorg programma, eigen FNV klantenservice
4	LTO Commerce	CZ	7%	10%	-
		Interpolis	7,5%	10%	-
		Univé	8,5%	10%	Speciaal collectiviteitpakket
5	Reformatische Maatschappelijke Unie	DVZ Achmea	7,5%	10%	Non-selecte acceptatie alle AV's

Rechtspersoon collectiviteit		Verzekeraar	Korting Basis	Korting AV	Extra voordelen
6	Stichting Ondernemers Belang (vervolg)	Agis	5%	10%	-
7	Vereniging Platvorm Zelfstandig Ondernemers (PZO)	Agis	5%	10%	-
		Fortis ASR	10%	10%	-
		Menzis	7%	9,0%	-
		Trias	10%	10%	Speciaal voor PZO-leden een Zonder Zorgen Polis: Standaardverzekering met AV Extra of AV Totaal en extra bedrijfszorgmodule (voor €6.29). Bedrijfszorgmodule: zorgbemiddeling, binnen drie dagen een plan van aanpak, huishoudelijke hulp, herstel instructie, Trias Gezondheidslijn, vakantiedokter

Doelgroep: Leden / Klanten zorgorganisatie

Rechtspersoon collectiviteit		Verzekeraar	Korting Basis	Korting AV	Extra voordelen
1	Allévo Plus	CZ	5%	5%	Uitbetaling declaraties en behandeling zorgaanvragen binnen 14 dagen, via Internet klantvoordeel bij andere bedrijven
2	Amstelring Gezondheidsservice	Zilveren Kruis Achmea	5%	10%	Health Klantvoordeel, Gratis Beter Af Pakket bij Beter Af Plus Polis, Gratis Collectieve AV bij keuze voor een AV, Zorggarantie en Zorgbemiddeling, non-selectie acceptatie voor alle AV's (dus ook voor 4 sterren)
		Zorg en Zekerheid	7%	7%	-
3	De Omring	Univé	8,5%	10% (op Extra Zorg Polis 2-5)	€10 tegemoetkoming lidmaatschap Omring (alleen bij Extra Zorg polis 2-5), gratis medische rechtsbijstand, maandpremie terug indien Univé niet op tijd de polis terugstuurt/ declaraties vergoedt, fysiotherapie voor 100% vergoed
4	De Stroom / Stichting Opmaat	CZ	5%	5%	-
		Trias	7%	5%	-
5	Evean Ledenvereniging	Achmea (Zilveren Kruis,	7,5%	10%	Vergoeding eerste jaar contributie Evean

Rechtspersoon collectiviteit		Verzekeraar	Korting Basis	Korting AV	Extra voordelen
5	Evean Ledenvereniging (vervolg)	Groene Land, PWZ)			Ledenvereniging (nieuwe verzekerden), Zorggarantie en Zorgbemiddeling, Health Klant voordeel, Gratis Beter Af Pakket bij Beter Af Plus Polis
		Agis	3%	8%	Vergoeding contributie Evean Ledenvereniging (tot €17.50), toegang tot De Gids voor Gezondheid, wachtlijstbemiddeling
		Avéro Achmea	7,5%	10%	Vergoeding eerste jaar contributie Evean Ledenvereniging (nieuwe verzekerden)
		Univé	8,5%	10% (op Extra Zorg Polis 2-5)	Vergoeding contributie Evean Ledenvereniging, gratis medische rechtsbijstand, maandpremie terug indien Univé niet op tijd de polis terugstuurt/declaraties vergoedt, fysiotherapie voor 100% vergoed
6	Florence Gezondheidsservice	Azivo	-	10%	-
		Zorg en Zekerheid	7%	7%	-
7	GGG-organisatie (RAZ)	Agis	3%	5%	Een jaarlijkse vergoeding op het lidmaatschap van de GGG-organisatie (max. €20)
8	Icare Ledenvereniging	Achmea (Zilveren Kruis, Groene Land, PWZ)	7,5%	10%	Vergoeding eerste jaar contributie Icare Ledenvereniging (nieuwe verzekerden), Zorggarantie en Zorgbemiddeling, Health Klant voordeel, Gratis Beter Af Pakket bij Beter Af Plus Polis
		Agis	3%	8%	Vergoeding contributie Icare Ledenvereniging (tot €17.50), toegang tot De Gids voor Gezondheid, wachtlijstbemiddeling
		Univé	8,5%	10% (Extra Zorg Polis 2-5)	Vergoeding contributie Icare Ledenvereniging, gratis medische rechtsbijstand, maandpremie terug indien Univé niet op tijd de polis terugstuurt of declaraties vergoedt, fysiotherapie voor 100% vergoed
9	Internos Thuiszorg	Trias	7%	5%	-

Rechtspersoon collectiviteit		Verzekeraar	Korting Basis	Korting AV	Extra voordelen
10	Meavita VoordeelPlan	Agis	3%	8%	Bij AV: vergoeding lidmaatschap (max. €17,50)
		Ohra	8%	8%	-
		Menzis	3%	5%	-
		Univé	8,5%	10%	Bij AV: vergoeding lidmaatschap (max. €10,00)
11	PuntExtra	CZ	5%	5%	-
		VGZ	6%	10%	-
12	Regionale Kruisvereniging West-Brabant	CZ	5%	5%	-
		VGZ	5%	10%	-
13	Rivas Zorggroep	Trias	7%	5%	€15 extra budget bij Aanvullend pakket en Gezond 50plus, €25 extra pakket bij het Aanvullende Extra Pakket en het Gezond 50plus Extra pakket, €40 extra budget bij Aanvullend Totaal Pakket
14	Stichting A tot Z (Haagse huisartsen)	Agis	5%	8%	-
15	Thebe (1-1-2008 gefuseerd met Mark en Maasmond en De Runne)	CZ	7,5%	7,5%	-
16	Thuiszorg Groot Rijnland	Zorg en Zekerheid	7%	7%	-
17	Thuiszorg Markt en Maasmond (1-1-2008 gefuseerd met Thebe maar biedt nog wel, via eigen site, collectieve zorgverzekering aan)	CZ	7,5%	7,5%	Kans op ballonvaart door slagzin af te maken
18	Valent RDB Thuiszorg	Zorg en Zekerheid	7%	7%	Vergoeding contributie Valent (bij AV GeZZin)
19	Vierstroom / Zorgring	Trias	7%	5%	Idem Rivas (13)
20	ZorgActief	CZ	5%	5%	-
		VGZ	5%	5% (m.u.v. Jong en Vitaal pakket)	-
21	ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen	CZ	5%	5%	Enmalig 5% korting op fitheidstesten van Prosana, 5% korting op dagprijs in ZorgSaam ziekenhuis bij comfortpakket ZorgSaam X-tra

Doelgroep: Leden / Klanten bedrijven en belangenorganisaties

Rechtspersoon collectiviteit		Verzekeraar	Korting Basis	Korting AV	Extra voordelen
1	ABN AMRO (vervolg)	Delta Lloyd	10%		Zorggaranties (operaties binnen twee weken enz.), gratis grieprik, 20% korting op een complete bril of lenzenpakket bij Pearle en Eye Wish Groeneveld
2	Albert Heijn	Agis	5%	10%	€25 gratis gezonde boodschappen bij Albert Heijn (alleen voor nieuwe leden Agis), gratis Albert Heijn Gezondheidsmodule
3	ANWB	Ohra	5%	5%	-
		VGZ	5%	5% (m.u.v. Jong&Zeker, Gezin&Zeker, Vitaal&Zeker)	-
4	Boeddhistische Unie Nederland	Zilveren Kruis Achmea	7,5%	10%	Gratis Beter Af Extra Pakket bij afsluiten Beter Af Plus Polis, kortingen op leefstijltrainingen, zorggarantie en zorgbemiddeling, health klant voordeel, nieuwe verzekerden krijgen het boek 'inspiratie', 10% korting op het blad 'Vorm & Leegte'.
5	Clean Air Nederland	Delta Lloyd	10%	12%	-
6	Goede Waar & Co	Avéro Achmea	6%	10%	Volledige dekking voor alternatieve geneeswijzen in Privilege polis
7	EO	DVZ Achmea	7,5%	10%	Non-selecte acceptatie voor AV's (m.u.v. tand)
8	Erdee Card (Reformatorisch Dagblad)	DVZ Achmea	7,5%	10%	Gratis Healthcheck, gratis Extra Pakket bij AV, non-selecte acceptatie alle AV's
		Prolife	3%	7%	Eenmalig €20 op rekening, 1 maand AV gratis en oorthermometer t.w.v. €30
9	Evangelische Zendings Alliantie (EZA)	DVZ Achmea	7,5%	10%	Non-selecte acceptatie alle AV's
		Prolife	7%	10%	-
10	GMV Christennetwerk	DVZ Achmea	7,5%	10%	Non-selecte acceptatie alle AV's
		Groene Land Achmea	7,5%	10%	-
11	Hartstichting	VGZ	5%	-	Korting geldt voor het Vitaal&Zeker Pakket (Basis + AV + Tand), donatie van €25 voor Hartstichting
12	HCC	Ohra	8%	10%	Kans op winnen Smartphone
13	HDV Suleynab celebii Camii	Trias	7%	5%	-

Rechtspersoon collectiviteit		Verzekeraar	Korting Basis	Korting AV	Extra voordelen
14	Jonge Gezinnen BV	Agis	3%	8%	Jaar gratis Jonge Gezinnen Voordeelpas, extra aandacht voor geboorte- en mondzorg, kinderen tot 18 jr gratis AV verzekerd, hoge vergoedingen cursussen moeder en kind, persoonlijke wegwijzer voor (aanstaande) gezinnen, aantrekkelijke kortingen in speciale Gezinnenpolis
15	Koninklijke Vereniging Homeopathie Nederland	Amersfoortse	10%	10%	-
16	Kruidvat	Ohra	10%	tot 15%	Tegoed €50 voor zelfzorgproducten bij de Kruidvat
17	Marokkaanse Moskeeën Nederland	Trias	7%	5%	-
18	National Academic	Avéro Achmea	Eigen basispolis	Eigen AV	Declaraties binnen 6 dagen uitgekeerd
19	Nationale Bond EHBO	Univé	8%	10%	-
20	Nationale Postcode Loterij / Sponsor Bingo Loterij	Agis	5%	20%	-
21	Nederlandse Rode Kruis	Zilveren Kruis Achmea	5%	10%	Gratis Beter Af Extra Pakket bij afsluiten Beter Af Plus Polis, zorgbemiddeling en zorggarantie, healthklant voordeel, per aanmelding donatie aan het Nederlandse Rode Kruis, non-selecte acceptatie (m.u.v. tand) AV's
22	Nederlandse Vereniging Klassiek Homeopathen	VGZ	7%	10%	-
23	Platvorm Turkse Dordtenaren	Trias	7%	5%	-
24	Islamitische Stichting Ned Anadolu	Trias	7%	5%	-
25	Rabobank	Interpolis	7,5%	10%	Non-selecte acceptatie voor AV's (m.u.v. tand), preventieve zorg
26	Stichting Moskee Islam	Trias	7%	5%	-
27	Stichting Preventiepolis (Rookvrijpolis)	Agis	3%	8%	Gewone Agis basispolis + Extra vergoedingen: o.a. cursus stoppen met roken (ook voor niet bij Agis verzekerde partner), korting op zelfzorgmiddelen, uitgebreide healthcheck, lidmaatschap van Stichting Preventiepolis

Rechtspersoon collectiviteit		Verzekeraar	Korting Basis	Korting AV	Extra voordelen
28	Stichting Preventiepolis (Vegapolis)	Agis	3%	8%	Gewone Agis basispolis + AV met bijzondere vergoedingen. Extra vergoedingen: o.a. vergoeding vleesvervangers, korting vegetarische restaurants, lidmaatschap van Stichting Preventiepolis, donatie €20 aan één van de aangesloten verenigingen (wakker dier, adopteer een kip/appelboom), gratis Visa GreenCard t.w.v. €75
29	Turkse Culturele Vereniging	Trias	7%	5%	-
30	Turks Sociaal Cultureel Platvorm	Trias	7%	5%	-
31	Vereniging Bescherming Ongeboren Kind (VBOK)	DVZ Achmea	7,5%	10%	Non-selecte acceptatie alle AV's
32	Vereniging Eigen Huis (VEH)	FBTO	7,5%	10%	-
33	VVAA	ONVZ	8%	10%	-

Doelgroep: Sporters/supporters

Rechtspersoon collectiviteit		Verzekeraar	Korting Basis	Korting AV	Extra voordelen
1	Koninklijke Nederlandse Atletiek Unie (KNAU)	VGZ	6%	6%	-
2	Koninklijke Nederlandse Hockey Bond (KNHB)	ONVZ	-	€80pj (op Hockey Zorgpolis extra, plus en compleet)	SportZorgConsulent, netwerk van sportfysiotherapeuten en Sport Medische Adviescentra, ruime vergoeding voor sportbraces e.d.
3	Nederlandse Ski Vereniging	Amersfoortse	10%	10%	-
4	NOC*NSF (Nationale Sportpas)	Zilveren Kruis Achmea	7,5%	10%	Gratis sportmassage, wachttijdbemiddeling, zorggarantie, snelle toegang tot gespecialiseerde sportartsen en -therapeuten, gratis beter af sport pakket met extra sportieve vergoedingen bij een Beter Af Plus Polis
5	Skatebond Nederland	Univé	9%	10%	Fysiotherapie op de werkplek, gratis medische rechtsbijstandverzekering, gezondheidstest, een vast

Rechtspersoon collectiviteit		Verzekeraar	Korting Basis	Korting AV	Extra voordelen
5	Skatebond Nederland (vervolg)				aanspreekpunt bij callcenter, extra zorgbemiddeling, bemiddeling kinderopvang en thuiszorg, hulp bij psychische, relatie- en verslavingsproblemen, 100% vergoeding fysiotherapie vanaf Univé Extra Zorgpolis 2
6	Supportersvereniging FC Groningen	Menzis	€7pm	9%	-
7	Supportersvereniging PSV	Interpolis (via Rabobank)	7,5%	10%	Gratis Zorggarantie
8	Supportersvereniging Willem II	Interpolis (via Rabobank)	7,5%	10%	Gratis Zorggarantie

Doelgroep: Algemeen (algemene consumentenorganisaties, (Internet)tussenpersonen)

Rechtspersoon collectiviteit		Verzekeraar	Korting Basis	Korting AV	Extra voordelen
1	Club Metro	Zilveren Kruis Achmea	5%	10%	Gratis Beter Af Extra Pakket bij AV
2	Collectievezorg.nl	OZF Achmea	5%	-	Voor het aanmelden van nieuwe verzekerden ontvangt de verzekerde een bedrag, vereniging steunen doordat voor ieder lid dat zich aanmeldt een bedrag in de clubkas wordt gestort, extra collectiviteitskorting bij 5 of meer personen, per persoon een staatslot voor maart 2008
3	Cordares Advies	Agis	10%	15%	-
		Ohra	9%	12%	-
		VGZ	6%	10%	-
4	Independer.nl	Delta Lloyd	10%	12%	-
		Amersfoortse	6%	10%	-
		Fortis	6%	10%	-
		Ohra	10%	5%	-
		Univé	5%	-	-
5	Informatieziektekosten.nl	Agis	2%	5%	-
		Amersfoortse	5%	10%	-
		Delta Lloyd	10%	12%	Cadeaubon €15 bij nieuwe aanvraag
6	Moerstaal.nl	FBTO	5%	7,5%	-
7	PMA ZorgCollectief	Menzis	10%	10%	-
8	Stichting Geijssel	Delta Lloyd	10%	18%	-
9	Stichting	OZF	5 – 7,5%	Max. 10%	-

Rechtspersoon collectiviteit		Verzekeraar	Korting Basis	Korting AV	Extra voordelen
9	Verzekerdenbelangen Collectieve Ziektekostenverzekeringen (VCZ) (vervolg)	Achmea			
10	TCF Zorgverzekeringen (ook Nederlandcollectief.nl)	Avéro Achmea	4%	7%	-
		Amersfoortse	6%	10%	-
		Delta Lloyd	10%	12%	-
		ONVZ (geldt alleen voor ONVZ- verzekerden)	10%	2%	ONVZ-verzekerden krijgen een polis van Delta Lloyd aangeboden. Verzekerden kunnen horizontaal overstappen (naar dezelfde AV bij Delta Lloyd zonder selectie)
11	Unitedconsumers.com	VGZ	10%	-	-
12	Unitedinsurance.nl	Delta Lloyd	10%	20%	Nieuwe verzekerden eenmalig €15 korting, volledige vergoeding patiëntenvereniging bij AV comfort en AV Top
13	Verbond van Zorgverzekerden	Ohra	7%	7%	-
		Trias	7%	5%	-
14	Vereniging de Vastelastenbond	CZ	7,5%	7,5%	-
		FBTO	7%	10%	-
15	Verzekeringsabonnement.nl	Avéro Achmea	6%	12,5%	-
		Delta Lloyd	7%	12%	-
16	Verzekeringssite.nl	Delta Lloyd	10%	12%	-
		Fortis ASR	6%	10%	-
		Ohra	10%	5%	-
		Univé	5%	-	-
17	Zorgpremiëkorting.nl (van Stichting Zorg voor Koopkracht)	Ohra	7%	7%	-
		OZF Achmea	5%	7,5%	-
		Trias	7%	5%	-
18	Zuidstaete	Delta Lloyd	10%	10%	-

Bijlage 6 Collectiviteitskortingen op premies van andere verzekeringen

Doelgroep	Rechtspersoon Collectiviteit	Verzekeraar	Korting andere verzekeringen
Patiënten	Nederlandse Vereniging voor Slechthorenden	Ohra	15% korting op Autoverzekering, 10% korting op overige schadeverzekeringen, oplopende pakketkorting bij meer dan 3 verzekeringen bij Ohra (3-10%)
Jongeren / Studenten	-	-	-
Ouderen	ANBO	FBTO	20% op autoverzekering, 10% op woonverzekering, 5% op reisverzekering, 3% op uitvaartverzekering
		Ohra	20% op autoverzekering, overige verzekeringen 10%, oplopend voordeel bij 3 of meer verzekeringen (3-10%)
Vakbondsleden / Zelfstandig ondernemers	FNV Bondgenoten	Menzis	20% op Doorlopende Vakantie Reisverzekering
Leden / Klanten Zorgorganisatie	-	-	-
Leden / Klanten bedrijven en belangenorganisaties	ANWB	Ohra	5% op speciale doorlopende reisverzekering van ANWB, Oplopende pakketkorting bij meer dan 3 verzekeringen bij Ohra (3-10%)
		VGZ	5% op speciale doorlopende reisverzekering van ANWB
	HCC	Ohra	Alle Ohra schadeverzekeringen 10% korting, oplopende pakketkorting bij meer dan 3 verzekeringen bij Ohra (3-10%)
	National Academic	Avéro Achmea	20% lagere premie dan bij huidige verzekeraar voor gezinsverzekeringen (auto, woonhuis, inboedel, aansprakelijkheid, reis en annulering), gratis ongevallenverzekering bij AV, jongeren tot 25 jaar: gratis reis, inboedel en aansprakelijkheidsverzekering
Sporters / Supporters	-	-	-
Algemeen (geen specifieke doelgroep)	Moerstaal.nl	FBTO	Korting 18% op autoverzekering, 10% op pleziervaartuijgenverzekering, 5% op woonverzekering, doorlopende reisverzekering, caravanverzekering, ongevallenverzekering, overlijdensverzekering en uitvaartverzekering
	PMA ZorgCollectief	Menzis	Korting op diverse verzekeringen (niet alleen van Menzis)
	Vereniging de Vastelastenbond	FBTO	Korting 20% autoverzekering, oplopende korting rechtsbijstandsmodules, 5% doorlopende reisverzekering, 10% woonverzekering