

Evaluatie aanvullende en collectieve verzekeringen 2008

Onderzoek uitgevoerd in opdracht van de
Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF)

Mei 2008

A.F. Roos

F.T. Schut

Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (Erasmus MC)
Erasmus Universiteit Rotterdam

Inhoud

Voorwoord	1
Beknopte samenvatting	3
Samenvatting	5
1. Inleiding	19
1.1 Aanvullende verzekeringen	19
1.2 Collectieve verzekeringen	20
1.2.1 Selectie van collectiviteiten	21
1.2.2 Selectie door collectiviteiten	21
2. Onderzoeksvragen en methoden	23
2.1 Aanvullende verzekeringen	23
2.2 Collectieve verzekeringen	24
3. Risicoselectie via de aanvullende verzekeringen	27
3.1 Verzekeringsverleden	27
3.2 Gezondheidsverklaringen	29
3.2.1 Aard van de gezondheidsvragen	30
3.2.2 Vergelijking gezondheidsverklaringen 2004-2008	33
3.2.3 Inhoud pakket en gezondheidsverklaring	37
3.3 Selectief opzeggen	39
3.4 Premiedifferentiatie	41
3.5 Pakketsamenstelling	42
3.6 Conclusie	43
4. Aanvullende verzekering, keuzevrijheid en mobiliteit	47
4.1 Koppeling basis- en aanvullende verzekering	47
4.2 Contractduur van de aanvullende verzekering	50
4.3 Opzegtermijn aanvullende verzekering	51
4.4 Aanmeldprocedure	53
4.5 Gezinspolis of individuele polis	55
4.6 Overname van machtigingen	56
4.7 Conclusie	57
5. Aanbod van open collectiviteiten	61
5.1 Aard en aantal open collectiviteiten	61
5.2 Premiekortingen en andere collectiviteitskortingen	62
5.2.1 Premiekorting op basis- en / of aanvullende verzekering	63
5.2.2 Extra vergoedingen	66
5.2.3 Specifieke zorgarrangementen	66
5.2.4 Non-selecte acceptatie bij aanvullende verzekeringen	67
5.2.5 Premiekortingen op andere verzekeringen	67
5.2.6 Overige collectiviteitsvoordelen	68
5.3 Aanmeldprocedure en toegangseisen	68
5.4 Conclusie	69

6. Kenmerken en ervaringen van verzekerden per type collectiviteit	71
6.1 Omvang, groei en premiekorting collectiviteiten.....	71
6.1.1 Groei open collectiviteiten	71
6.1.2 Marktaandelen type collectiviteit	72
6.1.3 Premiekortingen per type collectiviteit	74
6.2 Kenmerken collectief verzekerden.....	75
6.2.1 Demografische kenmerken.....	75
6.2.2 Gezondheidskenmerken	78
6.3 Redenen om voor een collectiviteit te kiezen.....	86
6.4 Toegangseisen	89
6.5 Conclusie.....	89
7. Conclusie en discussie.....	93
7.1 Conclusie en discussie aanvullende verzekeringen.....	93
7.2 Conclusie en discussie collectieve verzekeringen.....	94
8. Referenties.....	97
Bijlage 1 Zorgverzekeraars die zijn betrokken in het onderzoek 2008	100
Bijlage 2 Vragen over aandoeningen en zorggebruik in gezondheidsverklaringen van 2004-2008 ...	102
Bijlage 3 Premietabellen van zorgverzekeraars die premiedifferentiatie toepassen	109
Bijlage 4 Aanvullende pakketten die gericht zijn op specifieke doelgroepen.....	111
Bijlage 5 Overzicht geïnventariseerde open collectiviteiten	116
Bijlage 6 Collectiviteitskortingen op premies van andere verzekeringen	130

Voorwoord

In dit rapport wordt verslag gedaan van een onderzoek naar de mogelijke gevolgen van aanvullende en collectieve verzekeringen voor risicoselectie en verzekerdenmobiliteit in de basisverzekering. De analyse heeft betrekking op het jaar 2008. Tevens worden de ontwikkelingen in 2008 vergeleken met de bevindingen van voorafgaande evaluatiestudies over eerdere jaren. Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF).

De auteurs danken prof. dr. W.P.M.M van de Ven voor zijn waardevolle commentaar op een eerdere versie van dit rapport en dr. T. Laske-Aldershof voor haar hulp bij het voorbereiden en analyseren van de enquête(gegevens). Tenslotte danken zij drs. P.J. Schout en drs. T.M.J. Schrasser van de NPCF voor hun inzet bij de totstandkoming van dit onderzoeksproject en voor hun betrokkenheid en commentaar.

Anne-Fleur Roos en Erik Schut

Rotterdam, mei 2008

Beknopte 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, net als 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 de mensen die zorg het meest hard nodig hebben: de chronisch zieken en ouderen. Hun keuzevrijheid en mobiliteit wordt, door de combinatie van deze ontwikkelingen, beperkt. Wanneer juist verzekerden die het 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, zorgverzekeraars zullen dan zo min mogelijk aantrekkelijk willen zijn voor chronisch zieken die bij de huidige risicoverevening 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.

Samenvatting

De hoofdvraag van deze evaluatie luidde: 'Beïnvloeden de aanvullende en collectieve verzekeringen in 2008 de toegankelijkheid (en mobiliteit) ten aanzien van de basisverzekering?'. Het onderzoek bestaat uit twee delen. In het eerste deel wordt de evaluatie aanvullende verzekeringen behandeld, en in het tweede deel de evaluatie collectieve verzekeringen.

Aanvullende verzekeringen

Ruim negentig procent van de Nederlanders heeft een aanvullende ziektekostenverzekering. Zorgverzekeraars kunnen de aanvullende verzekering gebruiken als instrument voor risicoselectie in de basisverzekering. Vrijwel iedereen sluit de basis- en de aanvullende verzekering namelijk bij dezelfde zorgverzekeraar af. In tegenstelling tot de basisverzekering geldt voor de aanvullende verzekering geen acceptatieplicht en geen doorsneepremie. Via een selectief acceptatiebeleid, premie- en/of pakketdifferentiatie kan de aanvullende verzekering door zorgverzekeraars worden gehanteerd voor risicoselectie in de basisverzekering. Uit recent onderzoek in opdracht van de NPCF blijkt dat risicoselectie bij het huidige risicovereveningsysteem voor zorgverzekeraars financieel aantrekkelijk is (Stam & Van de Ven 2007 en 2008). Daarnaast kunnen voorwaarden die verzekeraars aan de aanvullende verzekering verbinden, zoals een koppeling aan de basisverzekering, de acceptatietermijn en de contractduur, voor bepaalde groepen verzekerden een belemmering vormen om van basisverzekering te veranderen.

In verband met de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 en de overgang van alle verzekerden naar nieuwe basis- en aanvullende polissen hebben zorgverzekeraars in 2006 toegezegd iedereen zonder medisch selectie te zullen accepteren voor de aanvullende verzekering. Voor 2007 werd door zorgverzekeraars de verwachting uitgesproken dat de acceptatie voor de aanvullende verzekering niet voor problemen zou zorgen (ZN 2006). Uit evaluaties die het iBMG in 2006 (De Bruijn & Schut 2006) en 2007 (De Bruijn & Schut 2007) in opdracht van de NPCF heeft uitgevoerd, bleek dat vrijwel alle zorgverzekeraars zich in 2006 aan deze afspraak hebben gehouden. Ook in 2007 bleek de kans gering dat de aanvullende verzekering gehanteerd was voor risicoselectie in de basisverzekering, gezien het nagenoeg ontbreken van gezondheidsverklaringen. De vraag is of de verzekeraars in 2008, zonder enige toezegging of uitgesproken verwachting met betrekking tot non-selectie acceptatie, even terughoudend zijn geweest als voorgaande jaren of dat het acceptatiebeleid weer is aangescherpt.

Uit de evaluatie van 2006 en 2007 bleek voorts dat veel verzekeraars allerlei koppelingen tussen basis- en aanvullende verzekeringen toepasten, die de mobiliteit en de keuzevrijheid ten aanzien van de basisverzekering konden belemmeren. Een tweede belangrijke vraag is daarom, net als voorgaande jaren, of deze belemmeringen in 2008 zijn verminderd. Tegen deze achtergrond is in 2008 wederom

een evaluatie van het beleid van zorgverzekeraars met betrekking tot de aanvullende verzekeringen uitgevoerd.

In het onderzoek worden de volgende vragen beantwoord:

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?

Voor de beantwoording zijn, net als vorig jaar, twee onderzoeksmethoden gebruikt. Ten eerste zijn bij 30 zorgverzekeraars in december 2007 de aanmeldpakketten, informatiebrochures en polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen opgevraagd of gedownload. Wederom zijn de afzonderlijke tandartsverzekeringen hierbij buiten beschouwing gelaten. Het is immers niet waarschijnlijk dat zij effectief kunnen worden gebruikt voor risicoselectie in de basisverzekering. Ten tweede zijn de ervaringen van verzekerden onderzocht door middel van een enquête onder een representatieve steekproef van 1712 verzekerden.

De belangrijkste conclusies kunnen in twee delen als volgt worden samengevat:

Risicoselectie? (deelvraag 1 en 2)

Risicoselectie kan direct plaatsvinden via het acceptatiebeleid of indirect via premiestelling en/of pakketdifferentiatie. Met betrekking tot het acceptatiebeleid is onderzocht welke verzekeraars bij aanmelding vragen stellen over het verzekeringsverleden en de gezondheidstoestand. Voorts is gekeken of er ook zorgverzekeraars zijn die de aanvullende verzekering eenzijdig kunnen opzeggen. Met betrekking tot de premiestelling en het pakketaanbod is onderzocht in hoeverre verzekeraars hun premies en pakketten differentiëren voor verschillende risicogroepen.

- *Verzekeringsverleden.* Het aantal verzekeraars dat dit jaar vraagt naar het verzekeringsverleden van de kandidaat-verzekerde is, ten opzichte van vorig jaar (De Bruijn & Schut 2007:14), niet noemenswaardig gewijzigd (zie tabel 3.1). Uit de evaluatie van de aanvullende verzekeringen in 2006 bleek echter dat er meer zorgverzekeraars naar het verzekeringsverleden vroegen dan in de jaren vóór de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw). In 2007 werd geopperd dat de meest waarschijnlijke reden voor deze stijging is dat het risico op wanbetaling onder lage inkomensgroepen is toegenomen door de sterke toename van de nominale premie in vergelijking tot de premie in de ziekenfondswet. Dit lijkt nog steeds erg waarschijnlijk. Uit de enquête blijkt dat circa 22 procent (n=11) van de overstappers een vraag over het verzekeringsverleden heeft moeten beantwoorden.

- *Gezondheidsverklaringen.* Uit de evaluatie van de aanvullende verzekeringen in 2006 en 2007 bleek dat het aantal verzekeraars met een gezondheidsverklaring in 2006 en 2007 was afgenomen ten opzichte van de jaren daarvoor. In 2006 was deze afname het meest sterk, in 2007 zette de trendbreuk voort. Dit jaar is het aantal zorgverzekeraars met een gezondheidsverklaring echter weer wat gestegen. De gezondheidsverklaring hoeft alleen te worden ingevuld bij de meest uitgebreide pakketten, een antroposofisch pakket, een klassenverzekering of als verzekerden hun basisverzekering bij een andere zorgverzekeraar afsluiten (De Amersfoortse en De Friesland). 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. Daarnaast is het aantal vragen per verzekeraar gemiddeld toegenomen (zie tabel 3.3). In onderstaande tabel is weergegeven hoe het aantal vragen in de gezondheidsverklaringen en het aantal vragen over het verzekeringsverleden is veranderd sinds 2004.

Tabel - 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.

De resultaten van de enquête ondersteunen het beeld. Het percentage overstappers dat in 2008 een gezondheidsverklaring (inclusief voor tandheelkundige zorg) heeft moeten invullen (n=14) is hoger dan in 2007 (n=10) (zie tabel 3.5). Acht respondenten gaven aan dat zij geweigerd zijn, waarbij één respondent geweigerd is na het invullen van de gezondheidsverklaring. In totaal is het aantal respondenten dat geweigerd is, ten opzichte van vorig jaar gestegen. In 2007 kreeg bovendien geen van de respondenten die een gezondheidsverklaring moest invullen te maken met afwijkende voorwaarden of premietoelagen. In 2008 had het invullen van een gezondheidsverklaring voor drie respondenten wel een dergelijke consequentie. Daarnaast werden in 2008 in totaal 77 respondenten (waarvan er drie een gezondheidsverklaring hadden moeten invullen) tegen beperkende voorwaarden en/of met een verhoogde premie geaccepteerd, terwijl in 2007 slechts 15 respondenten (die geen gezondheidsverklaring hadden moeten invullen) een dergelijke consequentie rapporteerden. Dit betekent een sterke toename en er lijkt dan ook sprake van een verscherping van de voorwaarden. Circa tweederde van de 30 respondenten die in 2008 aangaven dat zij geconfronteerd werden met beperkende voorwaarden, is 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 bovendien ook geen andere aanvullende verzekering genomen of dit serieus overwogen. De respondenten worden gekenmerkt door een gemiddeld minder goede gezondheidstoestand dan de respondenten in de rest van de steekproef. Op grond van de “en bloc” clausule zou de huidige verzekeraar echter geen individuele premieopslag mogen berekenen. Mogelijk heeft een deel van deze respondenten een opslag op de normale premie verward met een algemene premieverhoging.

- *Eenzijdige opzegging.* Uit de polisvoorwaarden blijkt dat geen van de zorgverzekeraars de aanvullende polis eenzijdig, bijvoorbeeld om medische redenen kan opzeggen tenzij in uitzonderlijke, nader in de polis gespecificeerde gevallen, zoals wanbetaling en fraude. Uit de enquête blijkt dat in 2007, het jaar voorafgaand aan de enquête, bij acht respondenten de aanvullende verzekering ongevraagd door de zorgverzekeraars is opgezegd. Vorig jaar (2007) gaf geen van de respondenten aan dat hun verzekering in 2006 ongevraagd was opgezegd. In de polisvoorwaarden hebben de meeste zorgverzekeraars bepaald dat zij de premie niet individueel kunnen verhogen. Deze waarborgen beperken de mogelijkheid voor zorgverzekeraars om via de aanvullende verzekering ongunstige risicogroepen ‘weg te pesten’ door middel van individuele premieverhogingen. In de polisvoorwaarden van tien zorgverzekeraars ontbreekt echter een dergelijke garantie. Dit is een lichte stijging ten opzichte van vorig jaar.
- *Premiedifferentiatie.* Zorgverzekeraars zouden de aanvullende verzekering ook via premiedifferentiatie voor bepaalde risicogroepen meer of minder aantrekkelijk kunnen maken. In 2007 pasten echter alleen de verzekeraars die tot het Achmea-concern behoren premiedifferentiatie toe, waarbij zij drie tot vier leeftijdsklassen hanteerden. Dit jaar doen zij dat nog steeds. Het aantal verzekeraars dat premiedifferentiatie toepast is echter toegenomen (zie

bijlage 3). Opvallend is vooral de toename van het aantal verzekeraars dat premiedifferentiatie toepast bij jongerenpolissen. Aangezien leeftijd een vereveningsfactor is in het risicovereveningsmodel, werd vorig jaar al geconcludeerd dat deze vorm van premiedifferentiatie als zodanig geen effectieve strategie voor risicoselectie in de basisverzekering is. Een indirecte manier van premiedifferentiatie ontstaat doordat er verschillende doelgroepkpakketten worden aangeboden, tegen uiteenlopende prijzen (zie ook volgend punt).

- *Pakketdifferentiatie.* Vijftien zorgverzekeraars bieden pakketten aan die gericht zijn op bepaalde doelgroepen (zie bijlage 4). Dit is een stijging ten opzichte van 2007. Toen richtten doelgroepkpakketten zich vooral op jongeren en 50-plussers. Dat is ook nu nog het geval. Verder is het aantal verzekeraars dat voor de verzekerde een soort levensplan uitstippelt opvallend. Het aantal verzekeraars dat een gezinspakket aanbiedt, is hoger dan vorig jaar. Ook het aantal verzekeraars dat een speciale studentenpolis aanbiedt, is gestegen ten opzichte van vorig jaar. De prijzen voor de polissen lopen uiteen. Vaak zijn jongerenpolissen (fors) goedkoper dan ouderenpolissen. Daarnaast lijken de verstrekkingen in deze pakketten vaak gericht te zijn op de preferenties van de relatief gezonde mensen binnen de doelgroep, gezien de preventieve aard van verstrekkingen. Het is mogelijk dat de verzekeraar via het aanbieden van deze pakketten de gezonde mensen uit de doelgroep probeert aan te trekken.

In 2007 werd geconcludeerd dat de kans gering was dat de aanvullende verzekering in 2007 gehanteerd werd voor risicoselectie in de basisverzekering. Dit jaar is het aantal gezondheidsverklaringen iets gestegen. Verder werden fors meer respondenten tegen beperkende voorwaarden en/of met een premieopslag geaccepteerd voor de verzekering. In het algemeen kan worden gesteld dat er sprake is van een verscherping van de voorwaarden en de manier waarop het acceptatiebeleid is vormgegeven.

Belemmering keuzevrijheid en mobiliteit?(deelvraag 3 en 4)

Indien er sprake is van een koppeling tussen de basisverzekering en de aanvullende verzekering, kunnen bepaalde voorwaarden die verzekeraars verbinden aan de aanvullende verzekering een belemmering vormen voor de keuzevrijheid en mobiliteit in de basisverzekering. Gedacht kan worden aan bepalingen met betrekking tot de contractsduur, de opzegtermijn, de aanmeldprocedure, de regels inzake medeverzekering van gezinsleden en het beleid rondom het overnemen van machtigingen.

- *Koppeling basis- en aanvullende verzekering.* Tot de invoering van de Zvw kenden de meeste aanvullende verzekeringen de bepaling dat de polis automatisch werd beëindigd bij opzegging van de hoofdverzekering. Op grond van artikel 120 van de Zvw is deze vorm van koppelverkoop echter verboden en komt in 2008, net als in 2007, niet meer in de polisvoorwaarden voor. Verzekeraars mogen wel een toeslag op de premie van de aanvullende verzekering in rekening brengen als de verzekerde de basisverzekering tijdens de looptijd van de aanvullende verzekering opzegt. Vijf verzekeraars hanteren een dergelijke premieopslag maar vermelden niet hoe hoog

deze opslag is. Daarnaast geven klantenservicemedewerkers van een zestal zorgverzekeraars aan dat een verzekerde die een basisverzekering bij hen opzegt, ook automatisch een opzegging van de aanvullende verzekering kan verwachten. Een dergelijke opzegging is niet in de voorwaarden opgenomen en op grond van de Zvw verboden. Hoewel de mededeling mogelijk te wijten is aan een fout van specifieke medewerkers, is het opmerkelijk dat deze fout bij zes verschillende zorgverzekeraars werd gemaakt. Op zijn minst lijken klantenservicemedewerkers niet goed op de hoogte van de rechten van verzekerden. Bij vrijwel alle zorgverzekeraars wordt het afzonderlijk afsluiten van een aanvullende verzekering op de een of andere manier ontmoedigd. Zeven zorgverzekeraars sluiten alleen een aanvullende verzekering af wanneer ook de basisverzekering bij deze verzekeraars wordt afgesloten. Deze vorm van koppelverkoop is wel toegestaan en neemt, ten opzichte van 2007, toe. Voor negen zorgverzekeraars geldt dat zij wel een afzonderlijke aanvullende verzekering afsluiten, maar in dat geval een toeslag op de premie van de aanvullende verzekering in rekening brengen. Deze premietoelagen lopen uiteen van 25 procent tot 100 procent. Zoals vorig jaar reeds werd geconcludeerd, betekent een premieopslag van 100 procent een effectieve belemmering voor het afsluiten van een afzonderlijke aanvullende verzekering. Andere verzekeraars passen alleen medische selectie toe bij het afzonderlijk afsluiten van een aanvullende verzekering, of hanteren in dat geval wachttijden voor vergoedingen en behandelingen. Daarnaast bieden verschillende zorgverzekeraars 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. In ieder geval twaalf verzekeraars hebben dit in de polisvoorwaarden vermeld staan, terwijl nog eens acht verzekeraars iets dergelijks als opmerking bij de premietabellen weergeven. Tenslotte stellen een aantal verzekeraars als voorwaarde dat zowel het kind als de ouder de aanvullende verzekering in combinatie met de basisverzekering bij hen af moet sluiten. De conclusie is dat het door diverse vormen van koppelverkoop voor veel verzekerden onaantrekkelijk of onmogelijk is om de aanvullende verzekering bij een andere zorgverzekeraar af te sluiten dan de basisverzekering. In 2007 waren er nauwelijks veranderingen opgetreden in vergelijking met 2006. Dat is nu niet het geval. Het aantal zorgverzekeraars dat een koppeling hanteert is toegenomen. Er lijkt sprake van een impliciet ontmoedigingsbeleid als het gaat om het afsluiten van de aanvullende verzekering zonder basisverzekering. Uit de enquête blijkt echter slechts een kleine stijging van het aantal mensen dat overwoog over te stappen en dit om deze reden niet gedaan heeft.

- *Contractsduur.* In 2008 hanteert nog slechts één zorgverzekeraar een langere contractduur voor een bepaalde aanvullende verzekering dan voor de basisverzekering. De contractduur van de aanvullende verzekering vormt dus, net als vorig jaar, meestal geen belemmering om te switchen voor de basisverzekering. Uit de enquête blijkt dat twee respondenten echter wel problemen ondervonden hebben bij de overstap doordat zij de aanvullende verzekering nog niet op konden zeggen omdat daarvan de contractduur nog niet verstreken was.

- *Opzegtermijn.* Negen zorgverzekeraars hanteren nog steeds een opzegtermijn van twee maanden voor de aanvullende verzekering. Hoewel dit een daling is ten opzichte van 2007 (toen tweederde van de verzekeraars een dergelijke bepaling hanteerde), geldt, wanneer de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekering niet worden gewijzigd, voor de verzekerden van deze verzekeraars die van zorgverzekeraar willen veranderen dat zij de aanvullende verzekering vóór 1 november moeten opzeggen, terwijl op dat moment de basispolis vaak nog niet bekend is. Een dergelijk opzegtermijn kan daarom een belemmering vormen voor de mobiliteit in de basisverzekering. Uit de enquête blijkt dat twee respondenten hier in de praktijk last van ondervonden hebben. Voor de rest van de zorgverzekeraars geldt overigens dat verzekerden tot en met 31 december de tijd hebben om de aanvullende verzekering op te zeggen en vormt de opzegtermijn dus geen potentiële overstapbelemmering.
- *Aanmeldprocedure.* Evenals in eerdere jaren is het bij geen van de verzekeraars die een gezondheidsverklaring hanteren mogelijk om vrijblijvende volledige offertes, inclusief eventuele uitsluitingen, wachttijden en premieopslagen, op te vragen. Aangezien het aantal gezondheidsverklaringen in 2008 weer wat gestegen is, kan het ontbreken van deze mogelijkheid in 2008 weer een feitelijke belemmering vormen om over te stappen. De helft van de respondenten dat overwogen heeft over te stappen, geeft aan moeite te hebben gehad om de verzekeraars goed te vergelijken, omdat zij van tevoren niet wisten tegen welke voorwaarden zij geaccepteerd zouden worden. Bovendien gaven drie personen aan dat de acceptatieprocedure van de aanvullende verzekering veel tijd in beslag nam. Dit leverde problemen bij de overstap op.
- *Gezinsverzekering.* Het aantal zorgverzekeraars dat vereist dat alle meeverzekerde gezinsleden dezelfde aanvullende verzekering als de hoofdverzekerde moeten afsluiten, is afgenomen van 12 in 2006, naar 7 in 2007. Dit aandeel is in 2008 gelijk gebleven. Uit de enquête blijkt dat één respondent, van degenen die in 2008 hebben overwogen over te stappen, het een probleem vond dat de verzekeraar van zijn keuze een gezinsverzekering hanteerde.
- *Overname van machtigingen.* Zorgverzekeraars hebben, voorzover nagegaan kon worden, voor verstrekkingen uit het aanvullende pakket (nog steeds) geen expliciete regeling met betrekking tot de overname van machtigingen. Voor potentiële overstappers met een lopende machtiging betekent dit dat het onzeker is of deze machtiging zal worden overgenomen, hetgeen een belemmering kan vormen om over te stappen.

Conclusie

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 ten opzichte van 2007 weer wat gestegen en fors meer respondenten dan vorig jaar zijn geaccepteerd tegen beperkende voorwaarden en/of met een premieopslag.

Met betrekking tot de mobiliteit en keuzevrijheid blijft de koppeling tussen basisverzekering en aanvullende verzekering een belangrijk aandachtspunt. Vrijwel alle 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. Vooral voor gezinnen met kinderen wordt het vrijwel onmogelijk gemaakt om de aanvullende verzekering afzonderlijk 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. Het aantal zorgverzekeraars dat een opzegtermijn van twee maanden hanteert is gedaald ten opzichte van 2007, maar nog negen verzekeraars hanteren deze bepaling. Deze aspecten kunnen potentiële overstapbelemmeringen vormen.

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, de chronisch zieken en ouderen. Hun keuzevrijheid en mobiliteit wordt, door de combinatie van deze ontwikkelingen, beperkt. Wanneer juist verzekerden die het 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

Na invoering van de Zorgverzekeringswet hebben collectieve zorgverzekeringen een grote vlucht genomen. Door de aanwezigheid van open collectiviteiten die voor iedereen toegankelijk zijn, kan in principe iedere Nederlander zich collectief verzekeren. Bijna 60 procent van de Nederlanders heeft in 2008 een collectieve verzekering (Smit & Mokveld 2008:15). Gelet op de substantiële premiekortingen die zowel voor de basis- als voor de aanvullende verzekering worden gegeven, lijkt het waarschijnlijk dat het percentage collectief verzekerden de komende jaren nog verder zal toenemen. Net als aanvullende verzekeringen kunnen collectieve verzekeringen echter ook ingezet worden als instrument voor risicoselectie.

Risicoselectie via collectiviteiten kan op twee manieren plaatsvinden. Ten eerste kunnen zorgverzekeraars via extra premiekortingen, extra vergoedingen of andere voordelen proberen collectiviteiten aan te trekken met een risicoprofiel dat gunstig is bij het huidige risicovereveningssysteem (selectie van collectiviteiten). In het risicovereveningssysteem blijken,

volgens onderzoek (Stam & Van de Ven 2006 en 2007), immers nog steeds substantiële voorspelbaar verliesgevende groepen verzekerden te bestaan. Op die manier kunnen de premies in de basisverzekering afhankelijk worden van het ziekterisico. Zodoende kan het in de basisverzekering geldende verbod op premiedifferentiatie naar risico worden uitgehold. In die situatie kunnen collectiviteiten worden gebruikt voor risicoselectie en kunnen de potentiële voordelen omslaan in nadelen. In de tweede plaats kunnen collectiviteiten via het stellen van toelatingseisen zelf actief aan risicoselectie doen, teneinde bij zorgverzekeraars hogere premiekortingen of ander voordelen te bedingen (selectie door collectiviteiten). Collectiviteiten zijn, in tegenstelling tot zorgverzekeraars, niet gebonden aan een acceptatieplicht. Zij zouden dus aan potentiële toetreders bepaalde gezondheidseisen kunnen stellen. Zodoende kan de in de basisverzekering geldende acceptatieplicht worden ontdoken. In 2007 werd voor de NPCF een onderzoek naar het voorkomen van risicoselectie via collectieve verzekeringen uitgevoerd (Schut & De Bruijn 2007). Hieruit bleek dat risicoselectie door collectiviteiten vooralsnog niet plaatsvond. Risicoselectie van collectiviteiten werd ook nog niet duidelijk als strategie door zorgverzekeraars gehanteerd.

De toenemende rol van collectiviteiten heeft overigens ook belangrijke potentiële voordelen. Zo kunnen collectiviteiten de onderlinge concurrentie tussen zorgverzekeringen bevorderen. Een tweede voordeel van de collectiviteiten is dat de inkoopmacht van verzekerden vergroot. Aldus kunnen zij voor de doelgroep die zij vertegenwoordigen bij de zorgverzekeraars extra voordelen afdwingen. Patiëntenverenigingen zouden op die manier zorgverzekeraars kunnen stimuleren om voor de betreffende aandoening goede zorg in te kopen. Zorgverzekeraars zouden bovendien ook zelf, dankzij de concentratie van een bepaald type patiënten in een collectiviteit, met de zorgaanbieders effectiever kunnen onderhandelen over specifieke zorgarrangementen dan bij een spreiding van deze patiënten over alle zorgverzekeraars.

Doordat collectiviteiten doorgaans prijsgevoeliger zijn dan individueel verzekerden (NZa 2007b:9), dwingen zij zorgverzekeraars tot een scherpe premiestelling. Echter, juist de door collectiviteiten toegenomen premieconcurrentie kan zorgverzekeraars extra aansporen om gunstige collectiviteiten te selecteren en collectiviteiten aansporen om gunstige risico's te selecteren. 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). Prikkels genoeg dus om gunstige collectiviteiten te selecteren. Zo kan echter het potentiële voordeel van meer premieconcurrentie omslaan in een nadeel voor risicogroepen die bij het huidige vereveningssysteem voorspelbaar verlies opleveren. Zij dreigen op de langere termijn daardoor wellicht aangewezen te zijn op relatief dure individuele contracten in zowel de basis- als aanvullende verzekering. Zij zullen dan tevens verstoken blijven van zorginhoudelijke voordelen die via een bundeling van inkoopmacht zouden kunnen worden gerealiseerd.

Of er in 2008 sprake was van één van beide vormen van risicoselectie is onderzocht. Daarbij waren de volgende vragen leidend:

1. Welke 'open' collectiviteiten worden aangeboden?
2. Welke premiekortingen (voor de basisverzekering én overige verzekeringen) en andere voordelen worden er door de verzekeraar aan de collectiviteit geboden?
3. Hebben de collectiviteiten betrekking op de goedkope/bepaalde 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?

Voor de beantwoording van de eerste zeven deelvragen is via openbare bronnen (websites, advertenties, openbare publicaties) een inventarisatie gemaakt van de beschikbare open collectiviteiten. Vervolgens is onderzocht of deze collectiviteiten bij de aanmelding vragen stellen over de gezondheid, of er naast de basisverzekering nog andere verzekeringen onder de collectieve afspraken vallen en welke premiekortingen en eventuele andere voordelen de verzekerde krijgt bij afsluiting van het collectieve contract. De laatste vier vragen zijn beantwoord met behulp van de uitgezette enquête onder een representatieve steekproef van de volwassen Nederlandse bevolking. De respondenten is onder andere een aantal vragen gesteld over hun gezondheid en het voorkomen van chronische aandoeningen die bij het huidige risicovereveningssysteem voor zorgverzekeraars een voorspelbaar verlies opleveren.

De belangrijkste conclusies kunnen als volgt worden samengevat:

Inventarisatie

- *Premiekorting op basis- en/of aanvullende verzekering.* Uit de inventarisatie van 148 open collectiviteiten (rechtspersonen) en 220 collectieve contracten bleek dat er, net als vorig jaar, grote variëteit is in de aard van doelgroepen waarop zij gericht zijn. De meeste open collectiviteiten hebben in 2008 substantiële premiekortingen weten te bedingen op zowel de basis- als de aanvullende verzekering. Vaak geldt de premiekorting voor alle polissen van de basis- en de aanvullende verzekering. Uitzondering vormen de collectiviteiten voor jongeren. De korting die jongeren aangeboden krijgen voor de aanvullende verzekering, geldt veelal alleen voor speciale

jongerenpolissen (zie bijlage 5). De hoogte van de premiekorting lijkt enigszins verband te houden met het soort collectiviteit. Collectiviteiten van jongeren krijgen gemiddeld iets hogere kortingen dan collectiviteiten voor ouderen, leden van zorgorganisaties en patiënten (zie tabel 5.1).

- *Extra vergoedingen.* Naast premiekortingen bieden vooral patiëntencollectiviteiten extra vergoedingen en zorginhoudelijk voordelen. Daarnaast groeit het aantal zorgorganisaties en ouderenbonden dat afspraken maakt over extra vergoedingen (zie bijlage 5).
- *Specifieke zorgarrangementen.* Specifieke zorgarrangementen hebben, net als vorig jaar, voornamelijk betrekking op diabeteszorg.
- *Non-selecte acceptatie bij aanvullende verzekeringen.* De meeste collectiviteiten garanderen 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.
- *Premiekortingen op andere verzekeringen.* Een klein aantal collectiviteiten biedt, naast korting voor de basis- en/of de aanvullende pakketten, tevens korting (oplopend tot circa 20 procent) op andere verzekeringen van dezelfde verzekeraar (bijvoorbeeld doorlopende reisverzekeringen, autoverzekeringen of pakketkortingen) (zie bijlage 6).
- *Overige collectiviteitsvoordelen.* 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 (zie bijlage 5).

Sommige collectiviteiten hanteren toelatingseisen die te maken hebben met de kenmerken van de doelgroep waar de collectiviteiten zich op richt. Er is echter geen collectiviteit aangetroffen die gezondheidseisen aan de toelating stelt. Risicoselectie door collectiviteiten lijkt op grond van de inventarisatie in 2008 dan ook niet plaats te vinden.

Enquête

De resultaten van de enquête bevestigen wederom het landelijke beeld dat de meerderheid van de bevolking collectief verzekerd is en dat het aandeel collectief verzekerden in 2008 lichtelijk verder is gegroeid (zie tabel 6.1). Open collectiviteiten lopen zowel qua aard als samenstelling sterk uiteen. Qua omvang zijn de vakbondscollectiviteiten het grootst (zie tabel 6.4). Uit de enquête blijkt dat open collectiviteiten nog steeds worden gekenmerkt door een relatieve oververtegenwoordiging van ouderen, hetgeen vooral is toe te schrijven aan bepaalde collectiviteiten die vooral voor ouderen aantrekkelijk zijn (zoals ouderenbonden en (thuis)zorgorganisaties), of relatief veel oudere leden hebben (zoals patiëntenverenigingen en vakbonden). Ook in de gemeentelijke collectiviteiten zijn de ouderen relatief sterk vertegenwoordigd (zie tabel 6.5 en tabel 6.6).

Deelnemers aan open collectiviteiten zijn in vergelijking met andere verzekerden gemiddeld het minst gezond en maken het meest gebruik van de huisarts en psychische hulpverleners (al is dit laatste verschil niet statistisch significant). Het omgekeerde geldt voor deelnemers aan werkgeverscollectiviteiten (zie tabel 6.7).

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) 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 (zie tabel 6.12). Na correctie voor verschillen in leeftijdsopbouw blijken deelnemers aan open collectiviteiten gemiddeld een iets minder gunstige gezondheidstoestand hebben dan individueel verzekerden. Maar vanwege de grote heterogeniteit in de samenstelling van open collectiviteiten zal er waarschijnlijk sprake zijn van grote gezondheid verschillen per type open collectiviteit (de aantallen zijn echter te klein voor een standaardisatie naar leeftijd per type open collectiviteit). Evenals in 2007 is er sprake van een relatief hoge prevalentie van astma onder de deelnemers van open collectiviteiten (zie tabel 6.12). Vorig jaar werd geconcludeerd dat dit wellicht samenhangt met de mogelijkheid deel te nemen aan een collectief contract. Dit is mogelijk, maar niet noodzakelijk. De Reumapatiëntenbond heeft immers ook een collectief contract afgesloten, terwijl het aantal reumapatiënten binnen de open collectiviteiten niet opvallend hoog is. Opvallend is het aandeel verzekerden met een andere langdurige ziekte of aandoeningen bij deelnemers in open collectiviteiten. Dit aandeel ligt veel hoger dan bij de overige verzekerden. Het verschil is ten opzichte van 2007 in 2008 ook veel groter. Dit duidt wellicht op een toename van het aantal chronisch zieken binnen open collectiviteiten, hetgeen kan samenhangen met de groei van de collectiviteiten van zorgorganisaties en ouderenbonden.

Hoewel nadere 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 aantrekkelijker zijn dan individueel verzekerden en de deelnemers aan de meeste open collectiviteiten.

De premiestelling kan uitdrukking geven aan het gegeven dat bepaalde collectiviteiten voor zorgverzekeraars bij het huidige risicovereveningssysteem aantrekkelijker zijn dan anderen. Net als vorig jaar krijgen werkgeverscollectiviteiten gemiddeld een hogere premiekorting dan deelnemers aan open collectiviteiten, vooral voor de aanvullende verzekering (zie tabel 6.4). Opmerkelijk is dat collectiviteiten met een relatief hoog risicoprofiel niet per se een lagere korting te krijgen dan overige collectiviteiten. Dat deze collectiviteiten toch nog een substantiële premiekorting krijgen, duidt er op

dat zorgverzekeraars de premiekortingen vooralsnog slechts gedeeltelijk baseren op risicoverschillen. De vraag is echter hoe lang dit nog zal duren. Door de scherpe prijsconcurrentie op de zorgverzekeringsmarkt zal het voor zorgverzekeraars steeds aantrekkelijker worden om via hogere premiekortingen collectiviteiten met een gunstig risicoprofiel aan te trekken zolang het daarmee gepaard gaande kostenvoordeel de korting overtreft, zo werd vorig jaar reeds geconcludeerd (Schut & De Bruijn 2007:33). Dat dit staat te gebeuren, lijkt een kwestie van tijd. Temeer daar ongeveer driekwart van de respondenten aangeeft dat premiekortingen de belangrijkste reden vormen voor de keuze van de collectiviteit.

Naast de indirecte risicoselectie via het aantrekken van gunstige typen collectiviteiten, zouden collectiviteiten via het stellen van toegangseisen ook zelf aan risicoselectie kunnen doen, om bij zorgverzekeraars een hogere premiekorting of andere gunstige voorwaarden te bedingen. In lijn met de conclusies op basis van de inventarisatie van de toegangseisen en in overstemming met de resultaten van vorig jaar, blijkt echter uit de enquêteresultaten dat van een dergelijke vorm van risicoselectie vooralsnog geen sprake is.

Conclusie

Op grond van de inventarisatie en de enquêteresultaten kan worden geconcludeerd dat risicoselectie *door* 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. 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. Binnen de open collectiviteiten loopt de risicosamenstelling sterk uiteen, maar gezien het beperkt aantal waarnemingen kan geen harde uitspraak worden gedaan bij welk type open collectiviteit deze samenstelling ten opzichte van het vereveningssysteem voor- of nadelig is. Wel is het aandeel verzekerden met een langdurige ziekte of aandoening bij deelnemers in open collectiviteiten opvallend hoog. Het verschil ten opzichte van overige verzekerden is in 2008 aanzienlijk groter dan in 2007. Dit zou er, zoals gesteld, 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

premiëkortingen (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.

1. Inleiding

De in 2006 ingevoerde Zorgverzekeringswet verplicht zorgverzekeraars om alle personen die zich aanmelden voor de basisverzekering, te accepteren voor eenzelfde premie per polis. 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 onderzoek in opdracht van de NPCF blijkt dat er bij het huidige risicovereveningssysteem nog steeds sprake van substantiële voorspelbare verliezen bij specifieke groepen verzekerden die op eenvoudige wijze door de zorgverzekeraars kunnen worden onderscheiden (Stam & Van de Ven 2006; 2007; 2008).

1.1 Aanvullende verzekeringen

Aanvullende verzekeringen kunnen een effectief instrument vormen voor risicoselectie binnen de basisverzekering. Ruim 90 procent van de Nederlanders heeft een aanvullende ziektekostenverzekering (NZa 2007:53). Veel mensen sluiten de basisverzekering en aanvullende verzekering bij dezelfde ziektekostenverzekeraar af. 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 gezondheidsverklaringen de zorgverzekeraar in staat stellen een goede inschatting te maken van het risico dat een aspirant-verzekerde vormt voor de basisverzekering. De verzekeraar kan vervolgens risicoselectie toepassen door voor de aanvullende verzekering uitsluitend de verzekerden te accepteren die voor de basisverzekering een voorspelbare winst opleveren of door de verzekering van de mensen die voorspelbaar verliesgevend zijn op te zeggen. Ook kunnen verzekeraars de verzekerden waarvan tijdens de looptijd van de verzekering blijkt dat ze verliesgevend zijn of verzekerden van wie door de gezondheidsverklaring blijkt dat zij verliesgevend zullen zijn, enkel accepteren tegen beperkende voorwaarden of met een premieopslag. Via pakketsamenstelling kan de verzekeraar verzekerden die winstgevend zijn voor de basisverzekering proberen aan te trekken of juist de verzekerden die verliesgevend zijn voor de basisverzekering proberen te weren. Daarnaast kunnen bepalingen die de verzekeraar ten aanzien van de aanvullende verzekering hanteert (zoals koppelverkoop, de acceptatietermijn en/of de contractduur) een belemmering vormen voor de keuzevrijheid en mobiliteit ten aanzien van de basisverzekering.

Het eerste onderdeel (hoofdstuk 2 en 3) van deze studie heeft tot doel te onderzoeken of de aanvullende verzekeringen in 2008 zijn gebruikt voor risicoselectie in de basisverzekering en in hoeverre zij een belemmering vormen voor de mobiliteit in de basisverzekering. Het onderzoek vormt

daarmee het vervolg op de jaarlijkse evaluaties van de aanvullende verzekeringen die sinds 2004 voor de NCPF zijn uitgevoerd.

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. Wel bleken zorgverzekeraars het afzonderlijk afsluiten van de aanvullende verzekering zo onaantrekkelijk mogelijk te maken (De Bruijn & Schut 2007:23) en kon de opzegtermijn van de aanvullende verzekering bij tweederde van de zorgverzekeraars een potentiële overstapbelemmering vormen (De Bruijn & Schut 2007:25). Met betrekking tot mobiliteit en keuzevrijheid bleef de koppeling tussen de basisverzekering en aanvullende verzekering daarom een belangrijke punt.

De toezegging tot non-selecte acceptatie, of een variant hierop, is in 2007 niet door de zorgverzekeraars gedaan. Bovendien blijft de aanvullende verzekering een potentieel krachtig instrument voor risicoselectie. Een periodieke 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 procent van de verzekerden een collectief contract afgesloten (Smit & Mokveld 2008:15). In de Zorgverzekeringswet is geregeld dat een zorgverzekeraar aan werkgevers en andere rechtspersonen een collectiviteitskorting op de premie van de basisverzekering mag geven van

maximaal tien procent. In tegenstelling tot 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 laatste 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.

Via een 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. Dat dit niet vanzelfsprekend is, ondervonden verschillende patiëntenverenigingen in 2006 toen zij tevergeefs bij zorgverzekeraars aanklopten voor een collectief contract (Reerink 2006). De onderzoeken van Stam & Van de Ven (2006:12 en 2007:10 en 2008) tonen aan dat het onderscheiden van verliesgevende groepen vrij eenvoudig is. Collectiviteiten waarin dergelijke groepen zijn oververtegenwoordigd, zijn voor zorgverzekeraars onaantrekkelijk. Het omgekeerde geldt voor collectiviteiten waarin de betreffende groepen ondervertegenwoordigd zijn.

1.2.1 Selectie van collectiviteiten

Zorgverzekeraars zouden dus geneigd kunnen zijn om zich vooral te richten op verzekerden die bij het huidige risicovereveningssysteem een gunstig risicoprofiel hebben. Dat kan via aanvullende verzekeringen, maar ook via collectiviteiten. De verzekeraars zouden collectiviteiten met een gunstig risicoprofiel kunnen aantrekken met premiekortingen, extra vergoedingen en andere voordelen. 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.

1.2.2 Selectie door collectiviteiten

Ook collectiviteiten kunnen risicoselectie toepassen. 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. Via de achterdeur van de collectiviteiten zouden verzekeraars zo, in weerwil van de acceptatieplicht, indirect gunstige risico's kunnen selecteren. Wanneer collectiviteiten tot selectieve acceptatie zouden overgaan ontstaat er alsnog premiedifferentiatie tussen gezonden en ongezonden.

Vorig jaar is voor het eerst onderzoek gedaan naar de collectieve contracten (Schut & De Bruijn 2007). Toen is voor het eerst 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 (Schut & De Bruijn 2007:10). De hoogte van de korting leek enigszins verband te houden met het soort collectiviteit (Schut & De Bruijn 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 (Schut & De Bruijn 2007:13). Risicoselectie door collectiviteiten leek op grond van de inventarisatie in 2007 dus ook niet plaats te vinden (Schut & De Bruijn 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).

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 van dit rapport.

2. Onderzoeksvragen en methoden

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.

De hoofdvraag van de evaluatie luidt dan ook: 'Beïnvloeden de aanvullende en collectieve verzekeringen in 2008 de toegankelijkheid (en mobiliteit) ten aanzien van de basisverzekering?'. Het onderzoek bestaat uit twee delen. Het eerste deel (hoofdstuk 3 en 4) 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 5 en 6) schenkt aandacht aan de collectieve verzekering en de mate waarin deze gebruikt wordt als instrument voor risicoselectie.

In de rest van dit hoofdstuk worden voor elk van beide onderdelen de onderzoeksvragen en -methoden kort uiteengezet.

2.1 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?

Ter beantwoording van deze vragen is eerst een inventarisatie gemaakt van de aanmeldpakketten, informatiebrochures en polisvoorwaarden met betrekking tot de aanvullende verzekeringen van de in 2008 werkzame zorgverzekeraars. 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 worden daarom in dit rapport samengenomen en aangeduid als Achmea (D,G,I,P,Z). Uiteindelijk resteren dan 30 zorgverzekeraars (zie bijlage 1).

De genoemde informatie is bij de zorgverzekeraars opgevraagd of, indien aanwezig, gedownload van de website van de betreffende zorgverzekeraar. Voor nog ontbrekende informatie zijn de verzekeraars telefonisch benaderd. Daarnaast is gebruik gemaakt van de gegevens op de informatiewebsite www.kiesbeter.nl en de vergelijkingswebsite www.independer.nl.

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.

Om de ervaringen van verzekerden te meten is vervolgens een enquête uitgezet onder een representatieve steekproef van de Nederlandse bevolking. De vragenlijst is, net als voorgaand jaar (De Bruijn & Schut 2007:12) uitgezet door CentERdata uit Tilburg, een instituut op het terrein van survey-onderzoek dat gelieerd is aan de Universiteit van Tilburg. CentERdata maakt gebruik van een zogenaamd internet-basedpanel. Dat betekent dat de panelleden thuis via Internet de vragen invullen. Ook mensen die geen enkele ervaring met computers hebben, maken deel uit van het panel waarbij zij de nodige ondersteuning ontvangen. Hierdoor is er geen vertekening van de resultaten als gevolg van het feit dat de vragenlijst via Internet wordt afgenomen.

2.2 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. Daarom zullen de vragen 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/bepaalde 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?

Ter beantwoording van de eerste zeven vragen is via een inventarisatie van openbare bronnen (websites, advertenties, openbare publicaties) onderzocht bij welke open collectiviteiten verzekerden zich kunnen aansluiten. Daarbij zijn werkgeverscollectiviteiten en collectieve contracten van gemeenten, gezien de specifiek afgebakende groepen, buiten beschouwing gelaten. Vervolgens is onderzocht of deze collectiviteiten bij de aanmelding vragen stellen over de gezondheid, of er naast de basisverzekering nog andere verzekeringen onder de collectieve afspraken vallen en welke premiekortingen en eventuele andere voordelen de verzekerde krijgt bij afsluiting van het collectieve contract. Veel open collectiviteiten hebben informatie op Internet of andere openbare bronnen staan. Voor nog ontbrekende informatie is telefonisch of schriftelijk de benodigde informatie bij de betreffende collectiviteit opgevraagd.

Ter beantwoording van de laatste vier vragen is de vragenlijst gebruikt die bij CentERdata is uitgezet. Van de deelnemers aan het CentERdata-panel is een groot aantal achtergrondkenmerken standaard bekend. Ter beoordeling van het risicoprofiel van de verschillende collectiviteiten waar de panelleden aan deelnemen, zijn hen daarnaast een aantal vragen gesteld over hun gezondheid en het voorkomen van chronische aandoeningen die bij het huidige risicovereveningssysteem voor zorgverzekeraars een voorspelbaar verlies opleveren.

De opbouw van dit rapport is als volgt. In hoofdstuk 3 en 4 wordt de evaluatie Aanvullende verzekeringen behandeld. Daarbij worden de eerste en tweede onderzoeksvraag in hoofdstuk 3 beantwoord. De derde en vierde deelvraag komen in hoofdstuk 4 aan bod. In hoofdstuk 5 en 6 wordt de evaluatie Collectieve verzekeringen behandeld. Deelvragen één tot zeven worden daarbij in hoofdstuk 5 beantwoord, terwijl in hoofdstuk 6 aandacht geschonken wordt aan de laatste vier vragen. Hoofdstuk 7 sluit af met een conclusie.

3. 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.

3.1 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 met enkel 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 3.1 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 3.1 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.

3.2 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 3.2 is weergegeven bij welke zorgverzekeraars in 2008 een gezondheidsverklaring voor bepaalde aanvullende pakketten ingevuld moest worden.

Tabel 3.2 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’.

3.2.1 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 3.3 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 3.3 Vragen in de gezondheidsverklaring over zorggebruik

Zorggebruik	<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>OMVZ</i>	<i>PNO Ziektelasten</i>	<i>Trias</i>
Huidig gebruik								
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		
Toekomstig gebruik								
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		
Gebruik in het verleden								
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

3.2.2 Vergelijking gezondheidsverklaringen 2004-2008

Tabel 3.4 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 3.4 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 3.4). 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 3.5.

Tabel 3.5¹ 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 opgaaf van reden, 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 twee 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 twee 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 Zorg relatief veel klachten binnen over een beperking van de dekking van de aanvullende verzekering (zie par. 3.2.3). 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 3.6 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 zes procent gaf aan bang te zijn voor (administratieve) problemen (2008:2).

Tabel 3.6 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.

3.2.3 Inhoud pakket en gezondheidsverklaring

In dit onderzoek is voor het eerst gekeken naar de inhoud van het aanvullende verstrekkingspakket 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 verstrekkingspakketten. Verstrekkingspakketten 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 drie sterrenpakket afgesloten hebben, kunnen echter niet zomaar naar het vier 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)¹. 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.

3.3 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 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.

¹ 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’². 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 Ziektkosten, 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 welke 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).

² LJN: BA6717, Voorzieningenrechter Rechtbank Utrecht, 229633 / KG ZA 07-411

3.4 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 verbind 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 een klein aandeel van de mensen wordt afgesloten, en de regiocomponent gedeeltelijk in het risicovereveningsmodel is opgenomen, lijkt dit geen effectieve strategie voor risicoselectie.

3.5 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) onderscheidde 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 loopsters 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 de 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 kinderen 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.

3.6 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 Ziektekosten 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 meestal gaan over 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 dan 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 drie 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” clause 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 een tweetal zorgverzekeraars is dekking van de meest uitgebreide aanvullende verzekering beperkt en tegelijkertijd een nieuwe polis geïntroduceerd met een vergelijkbare dekking als de meest uitgebreide polis in het vorige jaar. Aangezien op deze nieuwe polissen medische selectie van toepassing is, zijn deze niet zonder meer toegankelijk voor bepaalde verzekerden met de oorspronkelijke meest uitgebreide polis.

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 acht 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.

4. 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.

4.1 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 FBTO³ heeft in de polisvoorwaarden vermeldt dat een opslag van de premie voor de aanvullende verzekering in rekening wordt gebracht als de

³ Op de website van FBTO staat overigens aangegeven: 'Het is niet mogelijk om alleen aanvullende modules zonder basisverzekering af te sluiten', terwijl dit niet overeenkomt 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. Dit percentage staat niet in de polisvoorwaarden weergegeven. 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), twee 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.

4.2 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).

4.3 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 4.1 – 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)⁴. Desalniettemin wijst de ONVZ-casus op een potentieel probleem dat kan ontstaan bij tussentijdse wijziging van alleen de polisvoorwaarden voor de aanvullende verzekering.

⁴ 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

4.4 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 hanteert. 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 kalenderdag 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 Ziektelasten 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, geeft hij de financiële onderneming zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen dertig kalenderdagen nadat hij de kennisgeving van de ontbinding heeft verzonden,

alle geldbedragen en goederen terug 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.

4.5 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 twaalf 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.

4.6 Overname van machtigingen

Met betrekking tot de overname van machtigingen is aan de Zorgverzekeringswet in 2006, naar aanleiding van het amendement Kant (TK 2005/2006 30669-10), 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.

4.7 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 in 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 meedelen.

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 ontmoeidingsbeleid 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 negen 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 twee 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 omtrent 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.

5. 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 wordt geïnventariseerd welke open collectieve verzekeringen in 2008 zijn aangeboden. 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.

Op basis van openbare bronnen is in de eerste maanden van 2008 geïnventariseerd welke open collectiviteiten worden aangeboden. Daarbij is gekeken naar de aard, inhoud, (extra) voordelen en toelatingseisen van de verschillende collectiviteiten. In dit onderzoek is gebruik gemaakt van de zogenaamde sneeuwbalmethode (Bowling 2004:380). Gestart is met het inventariseren van de collectiviteiten die vorig jaar in het onderzoek betrokken zijn geweest. Links op websites, advertenties of openbare publicaties verwijzen vaak naar weer andere collectiviteiten. Vanuit dat punt is verder gezocht, tot het punt dat er geen nieuwe collectiviteiten meer gevonden zijn. Zo zijn 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 zijn de onderzoekers van mening dat, gezien het aantal, het een representatief beeld geeft van de verschillende soorten open collectiviteiten die dit jaar zijn aangeboden.

5.1 Aard en aantal open collectiviteiten

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 5.1 zijn de in dit onderzoek geïnventariseerde collectiviteiten gecategoriseerd weergegeven.

Tabel 5.1 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.

5.2 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.

5.2.1 Premiekorting op basis- en / of aanvullende verzekering

Tabel 5.1 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 5.1 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 5.1 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 relatief grote vakbondscollectiviteiten relatief hoge premiekortingen te bedingen (zie ook tabel 5.1). 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 afgesloten⁵.

In tabel 5.2 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 5.1 wat anders uit dan in 5.2.

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 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.

⁵ 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.

Tabel 5.2 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 5.1 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).

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 kleine 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.

5.2.2 *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.

5.2.3 *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. Vooral nog 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 hebben 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.

5.2.4 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.

5.2.5 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.

5.2.6 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.

5.3 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), 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.

5.4 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.

6. 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.

6.1 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 6.1). Duidelijk is dat, zowel in 2007 als in 2008, de meerderheid van de bevolking collectief verzekerd is.

Tabel 6.1 Percentage respondenten met een collectieve en individuele zorgverzekering

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

6.1.1 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 6.2). 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 6.2 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 6.3 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 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 6.3 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.

6.1.2 Marktaandeel 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 5.1).

Uit tabel 6.4 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 twee procent van de

collectief verzekerden is verzekerd via een patiëntenvereniging. Vorig jaar gaf drie 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 twee 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 drie 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 6.4 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 vier 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 spoort met de observatie van Vektis (Smit & Mokveld 2008:7).

6.1.3 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 6.4.

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 6.4).

Uit tabel 6.4 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 dezelfde 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 geïnventariseerde contracten (zie tabel 5.1).

Uit een nadere opsplitsing per type open collectiviteit blijkt dat de gemiddelde premiekortingen per type collectiviteit niet sterk uiteenlopen (tabel 6.4). 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.

6.2 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.

6.2.1 Demografische kenmerken

In tabel 6.5 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 6.5 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 6.3), 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 binnen de categorie 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 6.6 is een overzicht gegeven van de leeftijdsverdeling per type open collectiviteit. Zoals blijkt uit tabel 6.6 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 6.6 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 opgedaan. Het aantal ouderen binnen deze collectiviteiten is gestegen, terwijl het aandeel respondenten tussen de 40 en 59 jaar binnen dit type collectiviteit is gedaald.

6.2.2 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 6.7 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 6.7 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 6.8 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 6.7 en tabel 6.8. 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 worden collectiviteiten van jongeren/studenten en sporters/supporters gekenmerkt 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 6.8 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 6.9 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 6.9 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.⁶

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 6.10 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

⁶ 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 6.10 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 6.11 gebaseerd is op gegevens uit tabel 6.10 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 6.11 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 juist 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 6.9) 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 6.5) – 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 6.7 en tabel 6.9). De verhouding tussen de *feitelijke* en de *verwachte* aandelen is weergegeven in tabel 6.12.

Uit tabel 6.12 blijkt dat het risicoprofiel in het Agis-bestand gemiddeld genomen ongunstiger is dan van de respondenten⁷, 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 6.12 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>	0,56	0,85	0,74

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)

⁷ 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 6.12).⁸ 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 6.12). 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.

6.3 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 6.13 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

⁸ 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 6).

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 6.13 Belangrijkste redenen om collectiviteit te kiezen (in %)

Redenen	Open collectief (n=390)	Werkgevers- collectief (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 6.14). 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 twintig 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 tien 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 6.14 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 6.15). 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 verzekerd 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 6.15 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%

6.4 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 vier 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 twee 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.

6.5 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 vijf 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 drie 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 leeftijdsopbouw 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 6.12). 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.

7. Conclusie en discussie

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.

Door middel van dit onderzoek wordt 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.

7.1 Conclusie en discussie 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 basisverzekering en 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 hanteert 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 twee maanden hanteert is gedaald, maar nog steeds hanteren negen verzekeraars deze bepaling. Dat kan een potentiële overstapbelemmering vormen.

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 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. 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.

7.2 Conclusie en discussie collectieve verzekeringen

Op grond van de inventarisatie en de enquêteresultaten kan worden geconcludeerd dat risicoselectie door 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. Maar de resultaten geven tevens 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 of deze samenstelling ten opzichte van het vereveningssysteem voor- of nadelig is. 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.

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. Het is daarom waarschijnlijk dat, naarmate de tijd vordert, de premiekortingen (en andere voordelen) steeds meer op het risico van de collectiviteit zullen worden afgestemd. De imperfecties van het risicovereveningssysteem zullen zich dan op termijn vertalen in de premie. Vooralsnog lijkt dit echter nog niet het geval. Wanneer zorgverzekeraars scherper gaan letten op het risicoprofiel van collectiviteiten valt evenmin uit te sluiten dat collectiviteiten zelf aan risicoselectie gaan doen. Op dit moment lijkt daarvan nog geen sprake.

Op termijn is het echter onvermijdelijk dat zorgverzekeraars de premie(kortingen) nauwkeuriger gaan afstemmen op het verzekerde risico. Zo meldt een patiëntencollectiviteit bijvoorbeeld 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). 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 collectieve verzekeringen.

8. Referenties

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.

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

Bruijn, de. D. et al. 2005. *Monitor risicoselectie met bijzonder aandacht voor de aanvullende verzekeringen*. Rotterdam: Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg.

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

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

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

College voor Zorgverzekeringen (CVZ). 2008. *Toelichting op tabel indeling DKG's*. College voor zorgverzekeringen (CVZ). [Internet]. 2008. Bereikbaar op http://www.cvz.nl/resources/bijl9%20samenstelling%20DKG%27s%202008_tcm28-24391.pdf.

College voor Zorgverzekeringen (CVZ). 2008. *Berekening normbedragen Risicovereveningsmodel 2008*. Van Vliet et al. [Internet]. 2008. Bereikbaar op http://www.cvz.nl/resources/bijl-6-7_normbedragen_tcm28-24390.pdf.

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

Jong, J. D. et al. 2006. *Verzekerdenmobiliteit is hoog. Ook ouderen zijn overgestapt*. Utrecht: NIVEL.

Jong, J.D. 2008. *Wisselen van zorgverzekeraar*. Utrecht: NIVEL.

National Academic. 2008. *De National Academic Zorgverzekering*. National Academic. [Internet]. 2008. Bereikbaar op <http://www.na.nl/index.php?id=5417>

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

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

Nederlandse Zorgautoriteit (NZA). 2007b. *Kruissubsidie in de zorgverzekeringsmarkt*. Diemen: Nederlandse Zorgautoriteit.

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

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

Prinsze. F.J. et al. 2005. *Verbetering risicovereving in de zorgverzekering: van groot belang voor chronisch zieken*. Rotterdam: Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (in opdracht van de NPCF).

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.

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.

Schut. F.T. 2001. 'De markt voor gezondheidszorg'. In: Lapré. R., F. Rutten & F.T. Schut (red.). 2001. *Algemene economie van de gezondheidszorg*. Maarssen: Elsevier. Gezondheidszorg.

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

Smit, M. & P.J. Mokveld. 2007. *Verzekerdenmobiliteit en keuzegedrag*. 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 oplossingsrichting voor verbetering*. Rotterdam: Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (in opdracht van de NPCF).

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 NPCF).

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

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

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). CZ hanteert andere pakketten, premies en polissen.
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	
29. Zorg en Zekerheid	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.
30. AZVZ	

* 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 2008⁹. Zowel oude (2004-2007) als nieuwe (2008¹⁰) 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				

⁹ http://www.cvz.nl/resources/bijl9%20samenstelling%20DKG%27s%202008_tcm28-24391.pdf

¹⁰ 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	€6,04

Avéro Achmea (maandpremies)

Aanvullende verzekering	Leeftijdsklassen			
	0-18	18-35	35-55	55+
Start	€0,00	€9,13	€1,42	€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	€1,50	€1,50	€1,50
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	€11,30	€11,30
Top	€0,00	€11,50	€11,50
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.	€10,10

*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	€11,60
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	€11,95	€11,95	€11,95
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 griep prik, 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
Confior - 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 griep prik
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	Jongeren Verzorgd	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: Opgroeïende 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 dieetadvies, 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 Slechtzienden	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, dieetadvisering, 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% (€ pm)	9% op studentenpolis	Speciale studentenpolis met jaarvoorraad condooms (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 Stromen / 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%	Eenmalig 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	€/pm	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 zónder 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	Zorgpremiekortening.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