

Evaluatie aanvullende en collectieve ziektekostenverzekeringen 2009

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

Eindrapport

Juni 2009

A.F. Roos

F.T. Schut

Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (Erasmus MC)

Erasmus Universiteit Rotterdam

Inhoud

Inhoud.....	3
Voorwoord.....	5
Samenvatting	7
1. Inleiding.....	13
1.1 Aanvullende verzekeringen	13
1.2 Collectieve verzekeringen	15
2. Onderzoeksvragen en methoden.....	19
2.1 Aanvullende verzekeringen	19
2.2 Collectieve verzekeringen	22
3. Risicoselectie via de aanvullende verzekering	25
3.1 Verzekeringsverleden	25
3.2 Gezondheidsverklaringen	27
3.2.1 Aard van de gezondheidsvragen.....	29
3.2.2 Vergelijking gezondheidsverklaringen 2004-2009.....	31
3.3 Selectief opzeggen.....	37
3.4 Premiedifferentiatie	38
3.5 Pakketsamenstelling	40
3.6 Conclusie	42
4. Aanvullende verzekering, keuzevrijheid en mobiliteit.....	45
4.1 Koppeling basis- en aanvullende verzekering	45
4.2 Contractduur van de aanvullende verzekering	49
4.3 Opzegtermijn aanvullende verzekering	50
4.4 Aanmeldprocedure	52
4.5 Gezinspolis of individuele polis	56
4.6 Overname van machtigingen	57
4.7 Conclusie	58
4.7.1 Koppelverkoop	58
4.7.2 Mobiliteitsbeperkende voorwaarden	60
5. Aanbod van open collectiviteiten	63
5.1 Aard en aantal open collectiviteiten	63
5.2 Premiekortingen en andere collectiviteitskortingen.....	65
5.2.1 Premiekorting op basis- en / of aanvullende verzekering.....	65
5.2.2 Extra vergoedingen.....	68
5.2.3 Specifieke zorgarrangementen	68
5.2.4 Non-selecte acceptatie bij aanvullende verzekeringen	70

5.2.4 Premiekortingen op andere verzekeringen	70
5.2.6 Overige collectiviteitvoordelen	71
5.3 Aanmeldprocedure en toegangseisen	71
5.4 Conclusie	72
6. Kenmerken en ervaringen van verzekerden per type collectiviteit	75
6.1 Omvang, groei en premiekorting collectiviteiten	75
6.1.1 Groei open collectiviteiten.....	75
6.1.2 Marktaandelen type collectiviteit	77
6.1.3 Premiekortingen per type open collectiviteit.....	79
6.2 Kenmerken collectief verzekerden	80
6.2.1 Demografische kenmerken	80
6.2.2 Gezondheidskenmerken	83
6.3 Redenen om voor een collectiviteit te kiezen	92
6.4 Toegangseisen	94
6.5 Conclusie	95
7. Samenvatting, conclusie en discussie	99
7.1 Aanvullende verzekeringen	99
7.1.1 Inleiding.....	99
7.1.2 Risicoselectie in de basisverzekering via de aanvullende verzekering.....	101
7.1.3 Aanvullende verzekering, keuzevrijheid en mobiliteit.....	104
7.1.4 Conclusie	107
7.1.5 Beleidsimplicaties.....	108
7.2 Collectieve verzekeringen	109
7.2.1 Inleiding.....	109
7.2.2 Aanbod van open collectiviteiten	111
7.2.3 Kenmerken en ervaringen van verzekerden per type collectiviteit.....	112
7.2.4 Conclusie	114
7.2.5 Beleidsimplicaties.....	115
8. Referenties	116

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 2009. Tevens worden de ontwikkelingen in 2009 vergeleken met de bevindingen van 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. Tevens danken zij drs. P.J. Schout van de NPCF voor haar inzet voor de totstandkoming van dit onderzoeksproject en haar betrokkenheid en commentaar.

Anne-Fleur Roos en Erik Schut

Rotterdam, juni 2009

Samenvatting

De onderzoeksvragen, methoden, bevindingen en beleidsimplicaties van het onderzoek met betrekking tot de aanvullende en collectieve zorgverzekeringen kunnen als volgt worden samengevat.

Aanvullende verzekeringen

Centrale onderzoeksvragen

1. Wat zijn de *acceptatievoorwaarden* voor de aanvullende verzekering in 2009?
2. Wat zijn de *ervaringen* van verzekerden met het *acceptatiebeleid* van verzekeraars ten aanzien van de aanvullende verzekering in 2009?
3. In hoeverre is er in 2009 sprake van een expliciete of impliciete *koppeling* tussen de aanvullende verzekering en de basisverzekering?
4. In hoeverre kan de aanvullende verzekering een *belemmering* zijn geweest om met ingang van 2009 van zorgverzekeraar te veranderen?
5. Hebben verzekerden in 2009 bij het overstappen van zorgverzekeraar *problemen ervaren* die te maken hebben met de aanvullende verzekering?

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 1813 verzekerden

Beknopte bevindingen

In 2008 werd op grond van de inventarisatie van de aanvullende verzekering en de resultaten van de enquête geconcludeerd dat er sprake was van een aanscherping van de voorwaarden, zowel met betrekking tot de aanmelding als tot de acceptatie voor de aanvullende voorwaarden. Deze ontwikkeling lijkt in 2009 niet door te zetten. Het gebruik van gezondheidsverklaringen door zorgverzekeraars is beperkt, en ten opzichte van 2008 licht gedaald. Wel is het gemiddeld aantal vragen per zorgverzekeraar toegenomen door een toename in het aantal vragen over toekomstig zorggebruik en over bepaalde aandoeningen (voor een deel van deze aandoeningen worden verzekeraars in de basisverzekering niet via het vereveningssysteem gecompenseerd). Het gaat hier echter om kleine aantallen waardoor vooralsnog niet van een trend kan worden gesproken. Minder 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. Wel hanteerden iets meer verzekeraars pakket- en/of premiedifferentiatie.

Met betrekking tot de mobiliteit en keuzevrijheid blijft de koppeling tussen basisverzekering en aanvullende verzekering een belangrijk aandachtspunt. Vrijwel alle zorgverzekeraars maken het onaantrekkelijk, zo niet onmogelijk, om uitsluitend een aanvullende verzekering af te sluiten. Het aantal zorgverzekeraars dat een koppeling hanteert is dit jaar, ten opzichte van vorig jaar, nog verder toegenomen. Bovendien hanteren meer verzekeraars meer vormen van koppelverkoop tegelijkertijd. Verder geven klantenservicemedewerkers van vijftien zorgverzekeraars desgevraagd aan dat een verzekerde die de basisverzekering bij hen opzegt, ook een opzegging van de aanvullende verzekering kan verwachten. Dit is in strijd met de Zorgverzekeringswet en met de door de betreffende verzekeraars gehanteerde polisvoorwaarden. Het aantal klantenservicemedewerkers dat (bewust dan wel onbewust) foutieve informatie vertrekt, is toegenomen ten opzichte van 2008 toen bij zes verzekeraars onjuiste voorlichting werd gegeven. Voorts hanteert slechts één zorgverzekeraar 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 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. Vorig jaar vormde de opzegtermijn voor de aanvullende verzekering nog een grote potentiële overstapbelemmering. Mede dankzij aandringen van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is het aantal zorgverzekeraars dat een opzegtermijn van twee maanden hanteert, afgenomen van negen in 2008 tot slechts één in 2009. Hierdoor vormt de opzegtermijn geen significante belemmering meer voor de verzekerdenmobiliteit.

Stringente acceptatie- en verzekeringsvoorwaarden in combinatie met een stevige koppeling tussen basis- en aanvullende verzekering, kunnen problematisch zijn voor de mensen die zorg het meest hard nodig hebben: de chronische zieken en ouderen. Hun keuzevrijheid en mobiliteit wordt hierdoor beperkt. Wanneer juist verzekerden die zorg het meest hard 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 en de toename van het financieel risico door de afbouw van de ex-postverevening 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.

Beleidsimplicaties

Het risico dat de aanvullende verzekering wordt gehanteerd voor risicoselectie in de basisverzekering kan het meest effectief worden beperkt door een verdere verbetering van het risicovereveningssysteem. Het risico dat selectieve acceptatie in de aanvullende verzekering leidt tot een afname van de keuzevrijheid en mobiliteit leidt van hoogrisicoverzekerden in de basisverzekering is echter moeilijker te elimineren omdat interveniëren in de aanvullende verzekeringen op grond van de Europese verzekeringsrichtlijnen niet mogelijk is. Om het negatieve effect van keuzebelemmeringen in de aanvullende verzekering op de mobiliteit in de basisverzekering zoveel mogelijk te beperken, zou het belang van de aanvullende verzekering voor verzekerden zo gering mogelijk moeten worden gehouden. Dit pleit voor een terughoudend beleid ten aanzien van het uitdunnen van het basispakket.

Collectieve verzekeringen

Centrale onderzoeksvragen

1. Wat zijn de kenmerken van de in 2009 afgesloten collectieve zorgverzekeringen en zijn er aanwijzingen dat er via of door collectiviteiten risicoselectie plaatsvindt?
2. Wat zijn de kenmerken van de verzekerden die in 2009 bij verschillende typen collectiviteiten zijn aangesloten?
3. Wat zijn de motieven voor en ervaringen met deelname aan collectiviteiten in 2009?

Methoden

Voor de beantwoording zijn, net als in voorgaande jaren, 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 1813 verzekerden

Beknopte bevindingen

Collectieve verzekeringen kunnen ingezet worden als instrument voor risicoselectie. Dat kan op twee manieren. Ten eerste kunnen zorgverzekeraars via extra premiekortingen, extra

vergoedingen of andere voordelen proberen collectiviteiten aan te trekken met een risicoprofiel dat gunstig is onder het huidige risicovereveningssysteem (selectie *van* collectiviteiten). In het risicovereveningssysteem blijken, volgens onderzoek (Stam & Van de Ven 2007 en 2008), immers nog steeds substantiële voorspelbaar verliesgevende groepen verzekerden te bestaan. Op die manier kunnen de premies in de basisverzekering afhankelijk worden van de risicosamenstelling van een collectiviteit. Zodoende kan het in de basisverzekering geldende verbod op premiedifferentiatie naar risico's worden uitgehold. In de tweede plaats kunnen collectiviteiten via het stellen van toelatingseisen zelf actief aan risicoselectie doen, teneinde bij zorgverzekeraars hogere premiekortingen of andere 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 ontlopen.

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 risico en krijgen doelgroepen die een hoog risico (kunnen) vormen relatief gezien iets minder hoge kortingen. 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 leeftijdopbouw, gemiddeld substantieel minder voorspelbaar verliesgevende verzekerden dan open collectiviteiten. Hetzelfde geldt voor individuele contracten, al ligt daar het aantal aandoeningen gemiddeld iets hoger. Binnen de open collectiviteiten loopt de risicosamenstelling sterk uiteen, maar gezien het beperkt aantal waarnemingen kan geen harde uitspraak worden gedaan bij welke type open collectiviteiten deze samenstelling ten opzichte van het vereveningssysteem voor- of nadelig is. Het aandeel verzekerden met een langdurige ziekte of aandoening ligt hoger bij deelnemers aan open collectiviteiten dan bij deelnemers met een werkgeverscollectiviteit of individuele verzekering. Deze gegevens lijken te duiden dat chronisch zieken hun weg naar open collectiviteiten weten te vinden, hetgeen bevestigd wordt door het aanzienlijke aantal mensen dat zich (al een aantal jaren, zo toonden ook voorgaande onderzoeken) collectief verzekert via een patiëntenorganisatie, (thuis)zorginstelling of ouderenbond.

Beleidsimplicaties

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. Thans lijkt het door imperfecties in het bekostigingssysteem voor verzekeraars nog steeds lastig om de financiële risico's goed in te schatten (DNB 2009:21), maar er wordt hard gewerkt aan een verbetering van met name de DBC-systematiek. Dit moet meer duidelijkheid verschaffen in de financiële positie van verzekeraars maar biedt hen ook meer informatie die effectief kan worden gebruikt voor selectie. Bovendien nemen de prikkels voor risicoselectie voor verzekeraars toe bij een voortzetting van de huidige stevige premieconcurrentie als gevolg van de toename van het financieel risico door de afbouw van de ex-postverevening van ziekenhuiskosten (in eerste instantie voor het B-segment). 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 nog niet het geval, al lijken hoog risicogroepen (iets) lagere premiekortingen te krijgen dan laagrisicogroepen en zijn de premiekortingen voor enkele collectiviteiten, die waarschijnlijk voorspelbaar verliesgevend zijn in 2009, verlaagd. De variatie is echter nog dermate beperkt dat er geen sprake is van omvangrijke premiedifferentiatie naar (collectiviteits)risico. Bij de aanvullende collectieve verzekering lijkt in 2009 sprake van een afname van non-selecte acceptatie en lijken de premies en verzekeringsvoorwaarden geleidelijk meer op het risico van de collectiviteit te worden afgestemd (zie bijvoorbeeld Antroposana 2009). Wat geldt voor de premie voor de aanvullende verzekering, zal – zeker bij blijvende scherpe premieconcurrentie - op den duur ook gelden voor de collectiviteitskortingen op de premie van de basisverzekering. In dat opzicht verdient het 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. 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. Wel zou het aanbeveling verdienen om te bezien of de mogelijkheid om via collectiviteiten de acceptatieplicht te omzeilen niet wettelijk kan worden uitgesloten.

Uiteindelijk kan alleen via een verdere verbetering van het risicovereveningssysteem effectief worden voorkomen dat de risicosolidariteit wordt ondergraven door risicoselectie via collectieve verzekeringen. Voor patiëntenorganisaties, de politiek en de Nederlandse Zorgautoriteit is het zaak om te bewaken dat de gewenste risicosolidariteit en de prikkels voor goede zorginkoop op de genoemde manieren niet geleidelijk worden ondermijnd.

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 is van substantiële voorspelbare verliezen bij specifieke groepen verzekerden die op eenvoudige wijze door de zorgverzekeraar 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 92 procent van de Nederlanders had in 2008 een aanvullende ziektekostenverzekering (NZa 2008; 2008b:30). In 2009 is dit aandeel licht gedaald tot circa 90% (Smit & De Boo 2009:1). Onder individueel verzekerden ligt het percentage verzekerden met een aanvullende verzekering lager dan onder collectief verzekerden (respectievelijk 85 procent en 94 procent) (Smit & De Boo 2009:1).

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 invulling van de gezondheidverklaring 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. Vooral stringente acceptatie- en verzekeringsvoorwaarden in combinatie met een stevige koppeling tussen basis- en aanvullende verzekering, kan problematisch zijn voor mensen die zorg het meest hard nodig hebben. Hun keuzevrijheid en mobiliteit wordt dan beperkt.

Het eerst onderdeel (hoofdstuk 2 en 3) van deze studie heeft tot doel te onderzoeken of de aanvullende verzekeringen in 2009 gebruikt kunnen zijn 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 evaluaties van de aanvullende verzekeringen die sinds 2004 voor de NPCF 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 in staat stelden om een goede inschatting te maken van het actuariële risico van de aspirant-verzekerden 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 belangrijk punt.

De toezegging tot non-selecte acceptatie, of een variant hierop, werd voor 2008 niet langer gedaan. In 2008 bleek, op grond van de inventarisatie en de resultaten van de enquête, dat er sprake was van een aanscherping van de voorwaarden, zowel met betrekking tot de aanmelding als tot de acceptatie voor de aanvullende verzekeringen (Roos & Schut 2008:44). Het gebruik van gezondheidsverklaringen bleef beperkt, maar was, ten opzichte van 2007, wel gestegen (Roos & Schut 2008:44). Bovendien bleek ook in 2008, in navolging van de voorgaande jaren, de koppeling tussen basisverzekering en aanvullende verzekering een belangrijk aandachtspunt. Vrijwel alle zorgverzekeraars maakten het onaantrekkelijk, zonet onmogelijk, om uitsluitend een aanvullende verzekering af te sluiten (Roos & Schut 2008:58). Andere aandachtspunten waren de opzegtermijn voor de aanvullende verzekering en de onmogelijkheid om bij verzekeraars met een gezondheidsverklaring een volledige offerte aan te vragen (Roos & Schut 2008:58). Dit vormden potentiële overstapbelemmeringen. Omdat de zorgverzekeraars ook in 2008 (voor 2009) geen toezegging tot non-selecte acceptatie hebben gedaan, de aanvullende verzekering een potentieel krachtig instrument blijft voor risicoselectie, en het niet duidelijk is hoe de trends zich zullen ontwikkelen, is een periodieke evaluatie van het beleid van zorgverzekeraars ten aanzien van de aanvullende verzekering van belang. Dit vormt het onderwerp van 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 had 59 procent van de verzekerden een collectief contract afgesloten (Smit & Mokveld 2008:15; NZa 2008). In 2009 is dit aandeel volgens Vektis nog nauwelijks gestegen, tot 60,4% (Smit & De Boo 2009:1). De groei van het aantal collectiviteiten lijkt de stagneren: de collectiviseringsgraad lijkt een bovengrens van 60% te bereiken (Eisinger et al. 2008:23).

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 verenging die de collectiviteiten aanbiedt. Uiteenlopende organisaties bieden 'open' (of pseudo-)collectiviteiten aan, zoals patiëntenverenigingen, vakbonden, sportverenigingen, ouderenbonden, belangen- en klantenverenigingen. In 2008 had volgens de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa 2008) ruim tweederde van de collectief verzekerden een zorgverzekering

afgesloten via een werkgeverscollectiviteit en ongeveer 38 procent bij een open collectiviteit. Dit laatste betekende een lichte stijging ten opzichte van 2007. Toen rapporteerde de NZa (2007:31) dat ruim 35 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 patiëntenvereniging in 2006 toen zij tevergeefs bij zorgverzekeraars aanklopten voor een collectief contract (Reerink 2006). De onderzoeken van Stam en 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.

Naast een voorspelbaar verlies op de basisverzekering (als gevolg van imperfecte risicoverevening) kan ook een ongunstig schadeverloop op de aanvullende verzekering een reden zijn voor minder gunstige contractvoorwaarden. In 2009 geven verschillende patiëntenverenigingen op hun site aan dat de vergoedingen/kortingen van de aanvullende collectieve verzekering zijn gereduceerd vanwege het hoge zorggebruik van de leden (bijvoorbeeld Antraposana 2009). Ook lijken zorgverzekeraars minder bereid tot non-selecte acceptatie op collectieve aanvullende verzekeringen.

1.2.1 Selectie van/via collectiviteiten

Zorgverzekeraars zouden 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 anderen voordelen. Hoewel de premiekorting voor de basisverzekering beperkt is tot tien procent vormt dit geen echte restrictie omdat ook aanvullende en andere verzekeringen van de verzekeraar onder de collectieve afspraken kunnen vallen. Bij deze verzekeringen is de korting niet aan een maximum geboden. 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 collectiviteit een gezondheidsverklaring kunnen vragen. Via de achterdeur van de collectiviteiten zouden verzekeraar 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 minder gezonden.

In 2007 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 wisten bovendien in 2007 substantiële premiekortingen 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, werd 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 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).

Op grond van de inventarisatie en de enquêteresultaten in 2008 kon worden geconcludeerd dat risicoselectie door collectiviteiten, net als in 2007, niet plaatsvond en dat risicoselectie via collectieven door zorgverzekeraars nog niet duidelijk als strategie werd gehanteerd, al waren er wel collectiviteiten die zich nadrukkelijk richtten op verzekeren met een gunstig gezondheidsrisico (Roos & Schut 2008:70). De resultaten gaven echter tevens aan dat risicoselectie door en via collectiviteiten nog steeds mogelijk bleef en aantrekkelijk kan zijn. Vooral werkgeverscollectiviteiten bevatten, na standaardisatie van verschillen in leeftijdsopbouw, gemiddeld substantieel minder voorspelbaar verliesgevende verzekerden dan

open collectiviteiten en individuele verzekerden (Roos & Schut 2008:90). Het aandeel deelnemers aan een open collectiviteit met een langdurige ziekte of aandoening was opvallend hoog (Roos & Schut 2008:90).

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 het risicovereveningssysteem naar verwachting adequater functioneert, zullen zorgverzekeraars steeds nauwkeuriger kunnen bepalen welke collectiviteiten ten opzichte van het risicovereveningssysteem voorspelbaar winst- en verliesgevend zijn. Thans lijkt het door imperfecties in het bekostigingssysteem voor verzekeraars nog steeds lastig om de financiële risico's goed in te schatten (DNB 2009:21), maar er wordt hard gewerkt aan een verbetering van met name de DBC-systematiek. Dit verschaft echter niet alleen meer duidelijkheid over de financiële positie van verzekeraars, maar stelt verzekeraars ook beter in staat tot risicoselectie en differentiatie van de premiekorting. Bovendien ondervinden zorgverzekeraars door de toegenomen prijsconcurrentie en een toenemend financieel risico door afname van de ex-post verevening toenemende prikkels voor risicoselectie. Met het oog daarop is een periodieke evaluatie van het gebruik van collectieve verzekeringen voor risicoselectie van belang. 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 kan worden gebruikt als instrument voor risicoselectie binnen de basisverzekering.

De hoofdvraag van de evaluatie luidt dan ook: ‘Zijn de aanvullende en collectieve verzekeringen in 2009 van invloed op 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 de 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 die gesteld zijn in deze eerdere onderzoeken (zie ook Roos & Schut 2008, De Bruijn & Schut 2006, De Bruijn & Schut 2007, De Bruijn et al. 2005):

1. Wat zijn de *acceptatievoorwaarden* voor de aanvullende verzekering in 2009?
 - Welke verzekeraars vereisen een gezondheidsverklaring bij de acceptatie en voor welke polissen (exclusief gezond-gebit verklaringen)?
 - Indien er gezondheidsverklaringen worden vereist, welke gezondheidsvragen worden dan gesteld?
 - Stellen verzekeraars nog andere vragen om het risico in te schatten?
 - In hoeverre zijn de vragen die verzekeraars bij acceptatie stellen bruikbaar voor risicoselectie in de basisverzekering?
 - Welke risicogroepen onderscheiden verzekeraars bij de premiestelling voor de aanvullende verzekering?
 - Zijn er in het aanbod van individuele aanvullende verzekeringen pakketten te onderscheiden die duidelijk gericht zijn op bepaalde doelgroepen?

2. Wat zijn de *ervaringen* van verzekerden met het *acceptatiebeleid* van verzekeraars ten aanzien van de aanvullende verzekering in 2009?
3. In hoeverre is er in 2009 sprake van een expliciete of impliciete *koppeling* tussen de aanvullende verzekering en de basisverzekering?
 - Kan de aanvullende verzekering afzonderlijk worden afgesloten?
 - Gelden bij afsluiting van een afzonderlijke aanvullende verzekering stringentere/ongunstigere voorwaarden (premietoeslagen, medische selectie, uitsluitingen, wachttijden e.d.)?
4. In hoeverre kan de aanvullende verzekering een *belemmering* zijn geweest om met ingang van 2009 van zorgverzekeraar te veranderen?
 - Welke contractduur wordt door verzekeraars in 2009 voor de aanvullende verzekering gehanteerd?
 - Vormt de opzegtermijn die verzekeraars hanteren voor de aanvullende verzekering (bij ongewijzigde polisvoorwaarden) een belemmering voor de mobiliteit ten aanzien van de basisverzekering?
 - Wat hebben verzekeraars in hun polisvoorwaarden geregeld over de bedenktijd bij het afsluiten van de AV?
 - Is het mogelijk diverse vrijblijvende “volledige offertes” (inclusief eventuele uitsluitingen, wachttijden, en premietoeslagen) voor aanvullende verzekeringen onderling te vergelijken?
 - Is er een onopzegbaarheidsclausule (“stilzwijgende verlenging”) in de polisvoorwaarden opgenomen?
 - Verhogen verzekeraars de premie (en voorwaarden) ‘en bloc’?
5. Hebben verzekerden in 2009 bij het overstappen van zorgverzekeraar *problemen ervaren* die te maken hebben met de aanvullende verzekering?

Voor de beantwoording van deze vragen is eerst een inventarisatie gemaakt van de aanmeldpakketten, informatiebrochures en polisvoorwaarden met betrekking tot de aanvullende verzekeringen van de in 2009 werkzame zorgverzekeraars. Sommige zorgverzekeraars zijn samengenomen omdat zij identieke premies en polisvoorwaarden hanteren (bijvoorbeeld Fortis ASR en de Amersfoortse, en ONVZ en Aegon). Voor de verzekeraars die tot het Achmea-concern behoren geldt, net als vorig jaar (Roos & Schut 2008:24), 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 29 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 vergelijkingwebsite www.independ.nl.

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

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 worden gebruikt voor risicoselectie in de basisverzekering.

Om de ervaringen van verzekerden te meten, is een enquête uitgezet onder een representatieve steekproef van de Nederlandse bevolking. De vragenlijst is, net als voorgaand jaar (Roos & Schut 2008:24), 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-based panel. 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 wordt vertekening van de resultaten als gevolg van het feit dat de vragenlijst via internet wordt afgenomen, vermeden.

2.2 Collectieve verzekeringen

Net als aanvullende verzekeringen kunnen collectieve verzekeringen dienen als instrument voor risicoselectie binnen de basisverzekering. Daarom richt het tweede deel van dit onderzoek zich op de collectieve contracten. Ook dit is een vervolg op eerder uitgevoerd onderzoek in opdracht van de NPCF (Roos & Schut 2008; Schut & De Bruijn 2007).

1. Wat zijn de kenmerken van de in 2009 afgesloten collectieve zorgverzekeringen en zijn er aanwijzingen dat er via of door collectiviteiten risicoselectie plaatsvindt?
 - Welke ‘open’ collectiviteiten worden aangeboden?
 - Welke premiekortingen (voor de basisverzekering én overige verzekeringen) en andere voordelen (bijvoorbeeld korting op lidmaatschap patiëntenvereniging) worden er door de collectiviteit geboden?
 - Hebben de collectiviteiten betrekking op de bepaalde polissen of het totale polisaanbod van een zorgverzekeraar?
 - Vallen er naast de basisverzekering ook andere verzekeringen onder de collectieve afspraken?
 - Bestaat er een verband tussen het risicovereveningsmodel en de doelgroepen waar open collectiviteiten zich op richten?
 - Worden door open collectiviteiten *selectieve* toegangseisen gesteld die gerelateerd zijn aan de gezondheid van de potentiële deelnemer?

2. Wat zijn de kenmerken van de verzekerden die in 2009 bij verschillende typen collectiviteiten zijn aangesloten?
 - In hoeverre zijn deze kenmerken gunstig of gunstig bij het huidige risicovereveningssysteem?

3. Wat zijn de motieven voor en ervaringen met deelname aan collectiviteiten in 2009?
 - Wat zijn de redenen van verzekerden om zich bij een bepaalde collectiviteit aan te sluiten?
 - Wat zijn de ervaringen van verzekerden met het acceptatiebeleid van (open) collectiviteiten?

Ter beantwoording van deelvraag één 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 het afsluiten 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 tweede en derde deelvraag is de vragenlijst gebruikt die bij CentERdata is uitgezet. Van de deelnemers aan het CenERdata-panel is een groot aantal achtergrondkenmerken 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 chronisch 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 wordt de eerste en tweede onderzoeksvraag in hoofdstuk 3 beantwoord. De derde, vierde en vijfde deelvraag komen in hoofdstuk 4 aan bod. In hoofdstuk 5 en 6 wordt de evaluatie Collectieve verzekeringen behandeld. Deelvraag één wordt daarbij in hoofdstuk 5 beantwoord, terwijl in hoofdstuk 6 aandacht geschonken wordt aan de laatste twee vragen. In hoofdstuk 7 worden de belangrijkste bevindingen samengevat en wordt afgesloten met een conclusie en discussie.

3. Risicoselectie via de aanvullende verzekering

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 2009 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 verzekeringmaatschappij 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 die zich voor een bepaalde verzekering aanmelden, gesteld: niet alleen aan verzekerden die naast hun basisverzekering ook een aanvullende verzekering af willen sluiten, maar ook aan verzekerden die enkel een aanvraag voor een basis- of aanvullende verzekering indienen. Daarom kunnen de vragen dienen voor risicoselectie, maar met de beantwoording kan tevens de indruk verkregen worden of de aanmelder een potentiële wanbetaler is. Hoewel zorgverzekeraars geboden 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. IZA, IZZ, VGZ en Zorgverzekeraar UMC vragen expliciet of er ooit een verzekering is opgezegd of geweigerd ‘anders dan om medische redenen’? Voorgaande jaren voegden alleen IZA en Zorgverzekeraar UMC deze zinsnede toe.

In bijlage 1 is een overzicht gegeven van de verzekeraars die in dit onderzoek zijn meegenomen. De indeling die in deze bijlage is gehanteerd is ook in onderstaande tabel en in alle volgende tabellen van dit onderzoek, gebruikt (tenzij anders aangegeven).

Tabel 3.1 Verzekeraars die vragen naar verzekeringsverleden

<i>Vraag: Heeft een ziektekostenverzekeringsmaatschappij ooit een aanvraag van één of meerdere 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 de huidige verzekeraar?</i>
Azivo Goudse, De Fortis ASR IZA IZZ SIZ Trias Univé VGZ Zorgverzekeraar UMC	Achmea (G, P, Z) ¹ Averó Achmea Fortis ASR Friesland, De ONVZ OZF Achmea Salland

¹ Let op: exclusief DVZ Achmea en Interpolis

Ten opzichte van 2006, 2007 en 2008 is het aantal verzekeraars dat een vraag stelt over het verzekeringsverleden gedaald. In 2009 stelt ruim 55 procent van de verzekeraars (16 van 29) een vraag over het verzekeringsverleden (60 procent – Roos & Schut 2008:28). Een vraag over het verzekeringsverleden wordt door zowel grote verzekeraars (met veel klanten) als kleine verzekeraars (met een minder groot klantenbestand) gesteld. Hetzelfde geldt voor de verzekeraars die een dergelijke vraag niet stellen. Het gaat dus in beide gevallen om aanzienlijke aantallen verzekerden. Avéro Achmea stelde in 2008 voor het eerst naar een eventuele weigering of acceptatie tegen afwijkende voorwaarden in het verleden en de reden van beëindiging van de verzekering (Roos & Schut 2008:28). In 2009 vraagt Avéro Achmea hier niet langer naar. Wel wordt nog gevraagd naar de reden van beëindiging. Delta Lloyd stelt beide vragen, in tegenstelling tot in 2008, niet langer. Bovendien vragen DVZ Achmea en VGZ in 2009 niet meer naar de reden van beëindiging van de verzekering bij de huidige zorgverzekeraar. Nieuw is dat een aantal verzekeraars de potentiële verzekerde een keuze voorlegt met betrekking tot de reden van de overstap. Zo kan de nieuwe verzekerde bij De Friesland aangeven dat hij/zij overstapt in verband met een collectieve verzekering, aantrekkelijke premie, goede dekking/voorwaarden, de wens om alle verzekeringen bij één maatschappij onder te brengen, de goede bekendheid van De Friesland, of ‘anders, nl:’. Ook de verzekeraars van het Achmea-concern (G, P, Z) leggen de klant een keuze voor.

In 2006 bleek dat 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 voormalige Ziekenfondsverzekerden. In dit licht kunnen wellicht ook de vragen (van De Amersfoortse (excl. Fortis ASR), De Goudse, IZA, IZZ, SIZ, Univé, VGZ, Zorgverzekeraar UMC) 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 (Fortis ASR (incl. De Amersfoortse), ONVZ, 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 26 procent (n=16) van de verzekerden die in 2009 is overgestapt naar een andere verzekeraar (n=64) een vraag moest beantwoorden over het verzekeringsverleden (bijvoorbeeld of hen ooit een verzekering is geweigerd, opgezegd of voorgesteld tegen beperkende voorwaarden). In 2008 (Roos & Schut 2008:29) vulden 11 respondenten (22 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 steeg in 2008 echter weer wat (Roos & Schut 2008:29).

In 2009 zijn er ook veranderingen opgetreden. Trias en Delta Lloyd stellen geen gezondheidsvraag meer. Trias stelde in 2008 een gezondheidsvraag bij het antroposofische pakket. Dit pakket wordt in 2009 niet langer aangeboden. Wel vraagt Trias de potentiële verzekerde of deze ermee instemt dat de medisch adviseur, indien nodig, gebruik maakt van de reeds bij Trias (c.q. bij één van de rechtspersonen die deel uitmaken van de Trias-groep) over hen bekende medische informatie. Potentiële verzekerden van Delta Lloyd moesten, in 2008, bij aanvraag van de ZorgGarant Top nog een gezondheidsverklaring invullen. In 2009 hoeft dit niet meer.

De gezondheidsverklaringen hoeven, net als in voorgaande jaren, alleen ingevuld te worden bij de meest uitgebreide pakketten, of een klassenverzekering. Zorgverzekeraars Fortis ASR

(incl. De Amersfoortse) 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 hanteert deze methode sinds 2006 (De Bruijn & Schut 2006:17 en 2007:15 en Schut & Roos 2008:30). Fortis ASR hanteerde alleen in 2006 en 2008 een uitgebreide gezondheidsverklaring wanneer de aspirant-verzekerde de aanvullende verzekering niet in combinatie met de basisverzekering afsloot. Voorafgaand aan het onderzoek in 2008 werden zij buiten beschouwing gelaten omdat het onderzoek zich uitsluitend richtte op de mogelijkheden om via de aanvullende verzekering het risico voor de basisverzekering in te schatten (De Bruijn & Schut 2007:16). Hoewel risicoselectie voor de basisverzekering uitgesloten is, is in 2008 toch besloten deze verklaringen in het onderzoek mee te nemen, gezien de maatschappelijke aandacht die besteed werd aan de toegankelijkheid van de aanvullende verzekering en omdat meldingen bij het meldpunt Consument en de Zorg van de NPCF er op wezen dat de toegankelijkheid van de aanvullende verzekeringen voor sommige patiënten een probleem vormde wegens medische selectie. Deze bredere invalshoek wordt in dit onderzoek voortgezet.

Tabel 3.2 Zorgverzekeraars die een gezondheidsverklaring hanteren

<i>Zorgverzekeraar</i>	<i>Aanvullend pakket waarvoor de gezondheidsverklaring ingevuld moet worden</i>
Avéro Achmea	AV Excellent en/of Ziekenhuis Extra Pakket
Fortis ASR	Voor alle aanvullende verzekeringen (excl. Comfortmodule) als ze niet in combinatie met de basisverzekering van Fortis ASR worden afgesloten.
Friesland, De	Voor alle aanvullende verzekeringen als ze niet in combinatie met de basisverzekering van de Friesland worden afgesloten.
Achmea (D, G, I, P, Z)	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 het Privé Zorgpakket moeten altijd gezondheidsverklaringen worden ingevuld.
PNO Ziektekosten	Alle aanvullende verzekeringen (excl. AV Jong) indien een individuele polis wordt afgesloten (i.p.v. collectieve polis)

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

Tenslotte stelt een drietal zorgverzekeraars (Fortis ASR, 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?’. Ook in 2008 stelden deze verzekeraars deze vraag (Roos & Schut 2008:30). Fortis ASR en ONVZ vragen of ‘alle te verzekeren personen thans lichamelijk en geestelijk en vrij van klachten [zijn]?’ of een variant op deze vraag. Vorig jaar stelde ook Avéro Achmea deze vraag (Roos & Schut 2008:30). PNO ziektekosten

vraagt, net als vorig jaar (Roos & Schut 2008:30), of er ‘andere overwegingen of omstandigheden [zijn] waarvan u denkt dat ze van belang zijn?’. Vervolgens wordt om een toelichting gevraagd. De Amersfoortse (*niet*: Fortis ASR), De Goudse, Univé, IZZ, IZA, SIZ, VGZ 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’. In 2008 (Roos & Schut 2008:30) stelden slechts vijf verzekeraars deze vraag.

3.2.1 Aard van de gezondheidsvragen

Van de verzekeraars die een gezondheidsverklaring hanteren, stellen alleen ONVZ (incl. Aegon) en PNO Ziektekosten (in geval een individuele polis wordt aangevraagd) vragen over specifieke aandoeningen. Vorig jaar deed ook Avéro Achmea dit (Roos & Schut 2008:30). Ook Fortis ASR (incl. De Amersfoortse) en de Friesland (impliciet) stellen, net als volgend jaar, aandoeningsspecifieke vragen, indien de aanvullende verzekering zonder basisverzekering wordt afgesloten. Het aantal verzekeraars dat specifiek vraagt naar aandoeningen is dus ten opzicht van 2008 weer wat gedaald. Een aantal verzekeraars stelt geen aandoeningsspecifieke vragen, maar hanteert wel een gezondheidsverklaring (Avéro Achmea en Achmea (D,G,I,P,Z)). In bijlage 2 is weergegeven naar welke specifieke aandoeningen en vormen van zorggebruik (periode 2004-2009) is gevraagd.

In 2009 stellen zorgverzekeraars die een gezondheidsverklaring hanteren vrijwel dezelfde vragen over zorggebruik als in 2006, 2007 en 2008. Tabel 3.3 geeft hiervan een overzicht. Wel is het aantal vragen per verzekeraar, net als vorig jaar (Roos & Schut 2008:19), gemiddeld genomen toegenomen. Uit tabel 5 bijlage 2 blijkt dat de gemiddelde toename van het aantal vragen per verzekeraar voornamelijk te wijten is aan een stijging van de vragen over het toekomstig zorggebruik. Het gaat hier echter om kleine aantallen waardoor er vooralsnog niet van een trend kan worden gesproken. 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, Fortis ASR en ONVZ) teruggekomen. Naar gezinsverzorging, thuisverpleging en/of noodzakelijk ziekenvervoer wordt ook in 2009 niet gevraagd. Vóór 2006 (De Bruijn & Schut 2006:21) stelden tevens enkele verzekeraars vragen naar het gezondheidsgedrag (roken en/of alcoholgebruik) van de verzekerde. Ook dat komt in 2006, 2007, 2008 en 2009 niet langer voor.

Tabel 3.3 Vragen in de gezondheidsverklaring over zorggebruik

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

X = Ja

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

²Met 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

In 2009 stellen Avéro Achmea, Fortis ASR (incl. de Amersfoortse), de Friesland en ONVZ (incl. Aegon) de meeste vragen over zorggebruik, met de kanttekening dat deze vragen alleen gesteld wordt bij aanmelding voor de meest uitgebreide pakketten, of, in het geval van Fortis ASR en de Friesland (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 medische 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 verzekeringen, 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 laatstgenoemden en de eerste verzekeraar, alleen behorend tot het Achmea concern, stellen deze vraag alleen aan verzekerden die de klassenverzekering aanvragen.

3.2.2 Vergelijking gezondheidsverklaringen 2004-2009

Tabel 3.4 geeft een overzicht van het gebruik van gezondheidsverklaringen in de periode 2004 tot 2009. 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 2009 is gevraagd.

In 2007 was het aantal verzekeraars dat een gezondheidsverklaring hanteerde afgenomen ten opzichte van 2006. De trendbreuk die in 2006 was ingezet (met de daling van het aantal verklaringen ten opzichte van 2005), leek zich daarmee voort te zetten. In 2008 was er echter sprake van een stijging van het aantal zorgverzekeraars dat een gezondheidsverklaring hanteerde. Ook als de gezondheidsverklaringen van de Amersfoortse en de Friesland buiten beschouwing werden gelaten, was er in 2008, ten opzichte van 2007, een stijging

waarneembaar (zie ook Roos & Schut 2008:33). In 2009 hanteren minder verzekeraars gezondheidsverklaring. Minder verzekeraars stellen bovendien aandoeningspecifieke vragen. Wel is het gemiddeld aantal vragen per verzekeraar dit jaar toegenomen ten opzichte van vorig jaar. Dit is voornamelijk te wijten aan een stijging van het aantal vragen dat zich richt op aandoeningen die niet opgenomen zijn in DKGs of FKGs (bijlage 2 – tabel 1) of aandoeningen die mogelijk aansluiten bij een DKG of FKG (bijlage 2 – tabel 3). Het gaat hier echter om kleine aantallen waardoor vooralsnog niet van een trend kan worden gesproken. Het aantal verzekeraars dat een vraag stelt over het zorggebruik is gedaald, maar ook hier geldt dat het gemiddeld aantal vragen per verzekeraar gestegen is. Dit komt voornamelijk door een uitbreiding van het aantal vragen dat zich richt op het toekomstig zorggebruik (bijlage 2 – tabel 5).

Tabel 3.4 Gebruik van gezondheidsverklaringen¹ en vragen over verzekeringsverleden van 2004 tot 2009

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Totaal aantal verzekeraars	21	21	32	33	30	29
Aantal zorgverzekeraars dat een vraag stelt over het verzekeringsverleden van de aspirant verzekerde	8	8	19 ²	18 ²	18	16
Aantal zorgverzekeraars met een gezondheidsverklaring ¹	10	9	73	4 ³	8 ⁴	6 ⁵
<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	4 (15) ⁵
Zorggebruik (tussen haakjes het gemiddeld aantal vragen per zorgverzekeraar)	9 (4)	9 (3)	7 (2)	4 (3)	8 (6) ⁴	6 (8) ⁵
Medicijngebruik	5	4	1	1	3 ⁴	3 ⁵
Algemene gezondheidsindicatie	2	0	0	0	4 ⁴	4 ⁵
Gezondheidsgedrag	1	4	0	0	0 ⁴	0 ⁵

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 Fortis ASR en De Friesland (verzekeraars die alleen een gezondheidsverklaring hanteren als de basisverzekering elders wordt afgesloten). Ook zonder deze verzekeraars steeg in 2008 het aantal verzekeraars met een gezondheidsverklaring (zie Roos & Schut 2008:33 Tabel 3.4 Voetnoot 4)

⁵ Inclusief de gezondheidsverklaringen van Fortis ASR en De Friesland. Indien Fortis ASR en De Friesland niet meegerekend worden, is het aantal verzekeraars met een gezondheidsverklaring 4; het aantal verzekeraars met vragen over aandoeningen 2 (gemiddeld aantal vragen 8); het aantal verzekeraars met vragen over zorggebruik 4 (gemiddeld aantal vragen 7); het aantal verzekeraars met vragen over medicijngebruik 1; en het aantal verzekeraars dat vraagt naar de algemene gezondheidstoestand 3.

De verzekeraars die gebruikmaken van een gezondheidsverklaring doen dit of voor de meest uitgebreide verzekeringen, of 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. 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 ³	2008-2009
n	2118	2118	1682	1733
Aantal respondenten dat een gezondheidsverklaring moest invullen	86	10	14	8
Aantal geweigerd voor een aanvullende verzekering	7	4	1	1

¹ Een dergelijke tabel is in het rapport van 2008 (Roos & Schut 2008:34) en 2007 (De Bruijn & Schut 2007:19) ook opgenomen. 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 uit het onderzoek van 2007 (kolom 2005-2006 en 2006-2007) in combinatie met de getallen uit het onderzoek van 2008 (kolom 2007-2008) en de meest recente getallen van dit jaar (kolom 2008-2009). Het onderzoek van 2007 en 2008 betreft tevens de saneringsverklaringen voor tandheelkundige zorg die bij de inventarisatie buiten beschouwing zijn gelaten. In 2009 zijn deze tandheelkundige verklaringen expliciet buiten beschouwing gelaten.

² Zie De Bruijn & Schut 2007:19

³ Zie Roos & Schut 2008:34

Uit de tabel blijkt dat het aantal verzekerden dat een gezondheidsverklaring heeft moeten invullen in de loop der jaren dalende was. In 2008 was voor het eerst een stijging waarneembaar. Gezien de toename van het aantal verzekeraars dat in 2008 een gezondheidsverklaring hanteerde, voldeed deze stijging aan de verwachting. In 2009 is het aantal respondenten dat een gezondheidsverklaring heeft moeten invullen weer wat gedaald, wat spoort met het afnemende aantal verzekeraars dat een gezondheidsverklaring hanteerde. Het verschil is mogelijk ook toe te schrijven aan de daling van het aantal overstappers in de periode 2006 tot 2009. Vorig jaar gaf 16,2 procent van de respondenten aan dat zij met ingang van 2006 overgestapt waren. In 2007 stapte 4,8 procent van de respondenten over. In 2008 daalde dat percentage tot 3,1 procent (n=1407) en dit jaar is slechts 2,9 procent van het totaal aantal respondenten (n=1813) van basisverzekering veranderd. Gelet op het geringe verschil in percentage overstappers in 2008 en 2009, is het percentage overstappers dat een gezondheidsverklaring heeft moeten invullen in 2009 afgenomen.

Vier respondenten die deelnamen aan de enquête van dit jaar hebben in december 2008 of januari 2009 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 een aanvullende module voor tandheelkundige zorg. De weigering werd door de verzekeraar gemotiveerd door een verwijzing naar het slechte gebit van de respondent. De respondent heeft uiteindelijk een gemiddeld uitgebreide tandartsverzekering en een gemiddeld uitgebreid (aanvullend) pakket afgesloten bij een andere zorgverzekeraar dan in 2008. De overige drie geweigerde respondenten zijn voor een aanvullende module voor tandheelkundige zorg (n=2) of de minst uitgebreide algemene aanvullende verzekering (n=1) geweigerd. De respondent die geweigerd is voor de minst uitgebreide algemene aanvullende verzekering is geweigerd op grond van een te slechte gezondheidstoestand (wat overigens kan impliceren dat deze respondent toch een gezondheidsverklaring heeft ingevuld of, eveneens zeer waarschijnlijk, dat de respondent geweigerd is voor een aanvullende verzekering bij dezelfde verzekeraar als gevolg van zorggebruik in het verleden), terwijl de overige twee respondenten geweigerd werden door een te slecht gebit. De respondent die geweigerd werd door een te slechte gezondheid geeft aan geen aanbod ontvangen te hebben voor een aanvullende verzekering in 2009. Van de overige twee respondenten die geweigerd zijn, ontvingen beide een aanbod van de huidige verzekeraar. Eén van hen heeft dit aanbod geaccepteerd. Deze respondent heeft de minst uitgebreide tandheelkundige module afgesloten en de meest uitgebreide aanvullende verzekering. De andere respondent heeft het aanbod van de verzekeraar in 2008 niet geaccepteerd, en een (gemiddeld uitgebreide) aanvullende verzekering afgesloten bij een andere zorgverzekeraar. Deze respondent heeft geen tandheelkundige module afgesloten.

Slechts één van de acht mensen die in 2009 een gezondheidsverklaring moesten invullen is geweigerd. Vier respondenten hebben, ondanks een positieve uitslag van de acceptatieprocedure, wederom bij hun huidige zorgverzekeraar (dat wil zeggen: de verzekeraar uit 2008) een aanvullend pakket afgesloten. Eén respondent weet (nog) niet zeker of hij het aanbod van de verzekeraar accepteert. Een andere respondent heeft de door zijn huidige verzekeraar aangeboden aanvullende verzekering niet geaccepteerd, en heeft een andere aanvullende verzekering genomen van dezelfde verzekeraar. Eén respondent, ten slotte, heeft de aangeboden aanvullende verzekering niet geaccepteerd, en een aanvullende verzekering afgesloten bij een andere zorgverzekeraar.

Van de respondenten die in 2009 een gezondheidsverklaring moesten invullen, heeft dit voor één van hen de consequentie gehad dat de betreffende verzekering tegen beperkende voorwaarden (zoals uitsluiting van en/of wachttijd voor vergoeding van bepaalde behandelingen) en/of afwijkende premie is voorgesteld. Deze respondent werd een verhoogde

premie voorgesteld en is bij de huidige verzekeraar gebleven. Twee respondenten weten niet zeker of zij geconfronteerd zijn met beperkende voorwaarden en/of een afwijkende premie. De rest (n=6) werd in 2009 geen beperkende voorwaarden en/of afwijkende premie voorgesteld. In 2008 (Roos & Schut 2008:35) werden twee respondenten die een gezondheidsverklaring hadden ingevuld met beperkende voorwaarden geconfronteerd. Eén respondent kreeg toen een verhoogde premie voorgesteld. In 2007 werd aan geen van de respondenten die een gezondheidsverklaring moesten invullen, consequenties van deze aard verbonden (De Bruijn & Schut 2007:19). Zij werden of niet geaccepteerd, of geaccepteerd zonder beperkende 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 5 respondenten van de vragenlijst tegen beperkende voorwaarden (zoals uitsluiting van en/of wachttijd voor vergoeding van bepaalde behandelingen) geaccepteerd, 35 mensen hebben een verhoogde premie voorgesteld gekregen, en 3 respondenten werden met zowel beperkende voorwaarden als een verhoogde premie geconfronteerd. Dat betekent dat in totaal 43 respondenten, waarvan er één een gezondheidsverklaring heeft moeten invullen, tegen beperkende voorwaarden en/of met een verhoogde premie zijn geaccepteerd. Van hen heeft 86 procent (37 respondenten van de 43) besloten het huidige aanvullende pakket bij de huidige verzekeraar voort te zetten, 7 procent (3 respondenten van de 43) heeft geen aanbod gekregen (en blijkt uit nadere analyse ook niet overgestapt), en 7 procent (3 respondenten van de 43) heeft een andere aanvullende verzekering bij de huidige verzekeraar afgesloten. Van hen geeft één aan wel overgestapt te zijn, maar blijkt uit nadere analyse geen overstap gemaakt te hebben. In totaal zijn dus 41 respondenten (van de 43 – dat is 95 procent) niet overgestapt.

Het aantal mensen dat geaccepteerd wordt tegen beperkende voorwaarden of een verhoogde premie is fors hoger dan in 2007. 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). In 2008 gaven in totaal 77 respondenten aan dat zij tegen beperkende voorwaarden of met een premieverhoging geconfronteerd werden. Een meerderheid van deze respondenten gaf ook aan niet overgestapt te zijn en geen overstap overwogen te hebben. Mogelijk verwarde een deel van de respondenten een 'opslag op de normale premie' met een algemene verhoging van de polispremie (Roos & Schut 2008:36). Dit jaar ligt het aantal respondenten dat beperkende voorwaarden en/of een verhoogde premie rapporteert lager dan vorig jaar, maar nog steeds fors hoger dan in 2007. Van de 43 respondenten in 2009 die geconfronteerd werden met

dergelijke consequenties, hebben slechts 5 personen serieus overwogen over te stappen. Drie van hen hebben een andere aanvullende verzekering genomen bij dezelfde verzekeraar, terwijl de overige twee respondenten geen andere verzekering hebben afgesloten dan in 2008. De respondenten die beperkende voorwaarden of een verhoogde premie rapporteerden, rapporteren tevens vaker dan gemiddeld een matige of slechte gezondheid of tenminste één chronische aandoening. Op grond van de gangbare ‘en bloc’ clause 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 en/of de beperkende voorwaarden met de jaarlijkse (mogelijke) verandering van de polisvoorwaarden.

In totaal heeft dit jaar 8,7 procent (n=157) van de respondenten geen aanvullende verzekering afgesloten. In 2009 sloot één respondent geen aanvullende verzekering af omdat deze verwachtte niet geaccepteerd te worden vanwege de gezondheid. Twee respondenten vermoedden dat zij vanwege hun leeftijd niet geaccepteerd zouden worden en noemden dat de aanleiding voor het niet afsluiten van een aanvullende verzekering. In 2008 (Roos & Schut 2008:36) en 2007 (De Bruijn & Schut 2007:20) vormden deze redenen voor geen van de respondenten een aanleiding om geen aanvullende verzekering af te sluiten. 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.

Tabel 3.6 Redenen om geen aanvullende verzekering af te sluiten (n=157)

<i>Redenen</i>	<i>Percentage verzekerden¹</i>
Aanvragen aanvullende verzekering te ingewikkeld, te veel rompslomp	6,5
De premie voor de aanvullende verzekering is te hoog	28,8
Hoogte vergoedingen en/of dekking is onvoldoende	18,3
Aanvullende verzekering is financieel niet op te brengen	12,4
Een aanvullende verzekering is niet nodig	63,4
Andere reden	2,6

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

Het NIVEL (Vos & De Jong 2009:2) onderzocht, net als vorig jaar (De Jong 2008), om welke redenen mensen niet wisselen van verzekeraar. De meeste respondenten (45%) gaven dit jaar aan tevreden te zijn met de huidige verzekeraar (Vos & De Jong 2009:2). 30 procent van de mensen is tevreden met de dekking van de aanvullende verzekering, 31 procent is tevreden over de service en 31 procent is tevreden over de collectiviteitskorting. De dekking van de

aanvullende verzekering wordt door de jaren heen steeds vaker genoemd als reden om bij een zorgverzekeraar te blijven (Vos & De Jong 2009:2). Een vijfde van de mensen (18%) geeft aan dat ze het te veel moeite vinden om over te stappen. Zeven procent wisselde niet van verzekeraar omdat zij dachten niet geaccepteerd te worden. Dit percentage neemt door de jaren heen geleidelijk toe (Vos & De Jong 2009:2). Zes procent gaf aan bang te zijn voor (administratieve) problemen (Vos & De Jong 2009:2).

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 (Roos & Schut 2008:39), 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). Geen van de verzekeraars geeft echter expliciet in de voorwaarden van de aanvullende verzekering aan dat de verzekering niet beëindigd of gewijzigd kan worden op grond van verzwaring van het gezondheidsrisico voor zover dat is gelegen in de persoon van de verzekerde. Verder staat in de polisvoorwaarden van alle verzekeraars dat de verzekering elk jaar stilzwijgend verlengd wordt of dat deze wordt afgesloten voor onbepaalde duur.

Uit de enquête blijkt dat in 2008 (het jaar voorafgaand aan de enquête) bij 3 respondenten (n=1733) de aanvullende verzekering ongevraagd door de zorgverzekeraar is opgezegd. Vorig jaar gaven acht respondenten aan dat de verzekeraar in het jaar daarvoor de aanvullende verzekering ongevraagd had opgezegd (Roos & Schut 2008:40). In 2007 gaf geen van de respondenten dat aan (De Bruijn & Schut 2007:20).

In plaats van selectieve acceptatie of ongevraagd opzeggen, 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 algemeen 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 schadeuitkeringen als geheel. Het gaat om een verzwaring van het gezondheidsrisico in individuele gevallen, welke verzwaring ontstaat wanneer er zich bij de betreffende verzekerden

gedurende de looptijd van de verzekering een ziekte openbaart die zich bij het sluiten van de verzekering niet voordeed'¹. Een premieverhoging ten gevolge van een individuele *verzwaring* van het gezondheidsrisico gedurende de looptijd van de verzekering 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 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 specifiek 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. Anderzorg, CZ, de Goudse, DVZ Achmea, FBTO, IZA, Menzis, Ohra, OZF Achmea, PNO Zorgverzekeraar, Salland, Trias, VGZ en Zorgverzekeraar UMC vermelden niet of ze de premie voor alle verzekerden, voor een deel van de verzekerden of voor individuele verzekerden mogen wijzingen. Dit aantal is ten opzichte van 2008 gestegen.

3.4 Premiedifferentiatie

Binnen dezelfde verzekering is premiedifferentiatie een substituut voor risicoselectie (en kan dus geen middel zijn voor risicoselectie). Premiedifferentiatie in de aanvullende verzekering kan echter wel als middel worden gebruikt voor risicoselectie in de basisverzekering. Via premiedifferentiatie zouden zorgverzekeraars de aanvullende verzekering voor bepaalde groepen meer of minder aantrekkelijk kunnen maken in de hoop dat deze verzekerden ook de basisverzekering niet bij hen afsluiten. In 2007 pasten alleen 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. Het verschil in premie tussen de hoogste en de laagste leeftijdsklasse kan, afhankelijk van het gekozen pakket, oplopen tot ruim 50 procent. Vorig jaar was het aantal verzekeraars dat premiedifferentiatie toepaste bij jongerenpolissen opvallend. CZ, Zorg en Zekerheid, DSW, Salland en SIZ pasten toen premiedifferentiatie voor jongeren toe (Roos & Schut 2008:41). Dit jaar voegen AnderZorg, de Friesland, Stad Holland en VGZ zich daar nog bij. Bijlage 3 geeft de premietabellen van zorgverzekeraars die in 2009 premiedifferentiatie toepassen, weer.

¹ LJN: BA7617, Voorzieningenrechter Rechtbank Utrecht, 229633 / KG ZA 07-411

Vrijwel alle zorgverzekeraars bieden voor kinderen tot 18 jaar een gratis aanvullende verzekering aan. In 2007 werden alleen bij AnderZorg en FBTO Achmea kinderen tot 18 jaar geen gratis aanvullende verzekering aangeboden (De Bruijn & Schut 2007:21). Deze verzekeraars hebben in 2008 de verzekeringen echter wel gratis aangeboden aan personen onder de 18 jaar (Roos & Schut 2007:41). Ook in 2009 worden alle aanvullende verzekeringen gratis aangeboden aan jongeren onder de 18. ONVZ biedt alleen de drie goedkoopste aanvullende verzekeringen voor kinderen tot 18 jaar gratis aan.

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

Zorgverzekeraar AZVZ beperkt zich voornamelijk tot het verlenen van (zorg)verzekeringen aan zeevarenden, gezinsleden van zeevarenden, walwerknemers van een maritiem bedrijf of een daaraan gelieerd bedrijf, en overige verzekerden. De maatschappij differentieert de premie ook naar voorgenoemde groepen. De groep 'overige verzekerden' is het duurste uit, terwijl zeevarenden het minst betalen (bijna drie keer zo weinig als de duurste groep). Het wordt de niet-zeevarende zo sterk ontmoedigd zich bij AZVZ te verzekeren.

Voor de klassenverzekering van Achmea (D,G,P,Z) geldt dat de hoogte van de premie afhankelijk is van de regio waarin de verzekerde woont. Verzekerden in bepaalde postcodegebieden krijgen 25 korting op de premie van de klassenverzekering, net als vorig jaar. 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. Ook wordt verteld dat in sommige regio's weinig tot geen afspraken met ziekenhuizen zijn gemaakt, waardoor het hebben van zo'n verzekering (wellicht) weinig meerwaarde heeft. In deze regio's wordt korting verleend. De verzekeraar compenseert de verzekerden via de premie voor dergelijke regionale verschillen. Univé past in 2009 ook premiedifferentiatie toe op basis van regio (en leeftijd). Een klantenservicemedewerker geeft desgevraagd aan dat deze korting aan verzekerden in Noord-Holland wordt aangeboden omdat verzekeraar Univé zijn

² LJN: BA7617, Voorzieningenrechter Rechtbank Utrecht, 229633 / KG ZA 07-411

oorsprong in deze regio kent. Deze differentiatie geldt enkel voor de zogenaamde modulepakketten. Deze pakketten worden sinds een aantal jaar niet langer actief door Univé aangeboden (maar kunnen desgewenst nog wel afgesloten worden). Regiodifferentiatie lijkt geen effectieve manier voor risicoselectie omdat de regiocomponent gedeeltelijk in het risicovereveningsmodel is opgenomen.

3.5 Pakketsamenstelling

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. In 2007 richtten diverse zorgverzekeraars zich met (enkele van) hun aanvullende pakketten op bepaalde leeftijdscategorieën (De Bruijn & Schut 2007:21). In 2008 was het aantal zorgverzekeraars dat zich met een specifiek pakket richtte op een doelgroep gestegen (Roos & Schut 2008:42). Ook in 2009 stijgt het aantal. Azivo, DSW, ONVZ (incl. Aegon) en Fortis ASR (incl. de Amersfoortse) bieden dit jaar voor het eerst, naast algemene aanvullende pakketten, ook specifieke aanvullende verzekeringen aan. Delta Lloyd biedt, in tegenstelling tot voorgaand jaar, geen specifiek pakket meer aan.

In 2007 (De Bruijn & Schut 2007:21) onderscheidden alleen Ohra en Salland, naast jongeren en 50-plussers, ook andere leeftijdscategorieën. Inmiddels is het aantal verzekeraars dat meerdere categorieën hanteert gestegen. Vorig jaar viel op dat meer verzekeraars voor de verzekerden een soort levensplan uitstippelden. Naast jongeren en 50-plussers kregen kinderen, (jonge) ouders, gezinnen, singles en duo's een eigen pakket (Roos & Schut 2008:42). Deze trend zet zich in 2009 voort.

Naast leeftijdscategorieën is er, net als vorig jaar (Roos & Schut 2008:42), ook een aantal verzekeraars dat zich richt op bepaalde doelgroepen. In het aanbod zijn verschuivingen waar te nemen. Vorig jaar bood Trias een antroposofenpakket aan. Dat pakket wordt niet langer aangeboden. Ook de speciale 'Sonja-Bakker-polissen' van Univé worden in verband met gebrek aan belangstelling niet langer aangeboden. Beide verzekeraars hebben de specifieke voorzieningen uit voorgenoemde doelgroep pakketten ondergebracht bij de reguliere aanvullende pakketten. Azivo biedt dit jaar voor het eerst doelgroep pakketten aan die zich richten op sporters en Nederlanders met een Surinaamse achtergrond (deze laatste uitsluitend in combinatie met de AV-top).

Opvallend is het aantal verzekeraars dat speciale voorzieningen voor werkenden of werkgevers aanbiedt. Zowel Fortis ASR als ONVZ biedt modules aan die speciaal gericht zijn op kleine en middelgrote ondernemers. Met deze pakketten wordt een snelle terugkeer in het arbeidsproces gegarandeerd. Andere verzekeraars, bijvoorbeeld Trias, bieden dergelijke pakketten aan als onderdeel van een collectiviteit en richten hun marketing (met betrekking tot de zorgverzekering in combinatie met werknemersverzekering) specifiek op werkgevers. Volgens BS Health Consultancy is het aantal afgesloten bedrijfsgezondheidspakketten in 2008/2009 met ongeveer 10% toegenomen ten opzichte van het jaar 2007/2008 (Van den Broek & Streng 2009:12). Ruim 80% van de grote collectieve contracten liep op 1 januari 2009 af. De bedrijfsgezondheidspakketten zijn volgens BS Health Consultancy vooral ingezet om de loyaliteit van de klantengroep te behouden/vergroten. De schatting is dat voor circa 10% van de beroepsbevolking een dergelijk pakket is afgesloten (Van den Broek & Streng 2009:3). De bedrijfsgezondheidspakketten zijn echter niet expliciet in dit onderzoek meegenomen omdat het niet perse gaat om een zorgverzekering. De bedrijfsgezondheidspakketten die via de aanmeldformulieren van de zorgverzekering worden aangeboden, zijn wel geïnventariseerd in bijlage 4.

In bijlage 4 zijn voorbeelden opgenomen van verstrekkingen die door de specifieke polissen worden vergoed. De verstrekkingen binnen deze pakketten lijken vaak gericht te zijn op de preferenties van de relatief gezonde mensen binnen de doelgroep. Veel verstrekkingen zijn 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 preventieve cursussen, vitaliteitstesten, bovenooglidcorrecties en extra vergoedingen voor fysiotherapie en hulpmiddelen. De ondernemersmodules richten zich veelal op selectieve contracten met aanbieders met speciale programma's gericht op snelle terugkeer in het arbeidsproces, vergoeding van de grieprik en bemiddeling naar een zaakwaarnemer.

De premies voor de jongerenpakketten en ouderenpakketten bij de verschillende verzekeraars lopen erg uiteen. Bij Agis is het jongerenpakket ongeveer tien euro goedkoper dan het pakket voor 50-plussers. CZ brengt voor jongerenpakket ruim vijf euro minder in rekening dan voor het ouderenpakket. De Friesland brengt het pakket voor 55-plussers een (veel) hogere premie in rekening dan voor studenten. Bij Ohra liggen de prijzen van het meest goedkope pakket en het meest dure pakket nog verder uit elkaar. Ook bij de jongerenpakketten en het

50pluspakket 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 2009 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, licht gedaald. 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 2009, ten opzichte van 2008, licht gedaald. Trias en Delta Lloyd stellen geen gezondheidsvragen meer. Achmea (D,G,I,P,Z), Avéro Achmea, Fortis ASR, de Friesland, ONVZ, en PNO Ziektekosten hanteren nog wel een gezondheidsverklaring. De gezondheidsverklaringen hoeven, net als in voorgaande jaren, alleen ingevuld te worden bij de meest uitgebreide pakketten, of bij een klassenverzekering. Van de verzekeraars die een gezondheidsverklaring hanteren, stellen alleen ONVZ en PNO Ziektekosten vragen over specifieke aandoeningen. Vorig jaar deed ook Avéro Achmea dit. Fortis ASR en de Friesland vragen alleen naar de gezondheid indien de aanvullende verzekering zonder basisverzekering wordt afgesloten. Hoewel het aantal verzekeraars dat een vraag stelt is afgenomen, is het aantal vragen per verzekeraar gemiddeld toegenomen. Dit is voornamelijk te wijten aan een stijging van het aantal vragen dat zich richt op aandoeningen die niet opgenomen zijn in DKGs of FKGs (bijlage 2 – tabel 1) of aandoeningen die mogelijk aansluiten bij een DKG of FKG (bijlage 2 – tabel 3). Het gaat hier echter om kleine aantallen waardoor vooralsnog niet van een trend kan worden gesproken. In 2009 is ook het aantal verzekeraars dat een vraag stelt over het zorggebruik afgenomen (waarbij tevens geldt dat het gemiddeld aantal vragen per verzekeraar wel is toegenomen – voornamelijk door een stijging van het aantal vragen dat

zich richt op toekomstig zorggebruik). Avéro Achmea, Fortis ASR, de Friesland en ONVZ stellen in 2009 de meeste vragen over zorggebruik. Omdat deze vragen meetal 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.

Vóór 2008 daalde het aantal verzekerden dat een gezondheidverklaring heeft moeten invullen. In 2008 leek er sprake van een lichte stijging. Deze stijging lijkt in 2009 niet door te zetten. Eerder is er sprake van een lichte daling. Slechts één van de acht respondenten die in 2009 een gezondheidsverklaring moesten invullen, is geweigerd. Daarnaast heeft de gezondheidsverklaring voor één respondent het gevolg gehad dat de betreffende verzekering tegen een afwijkende premie werd voorgesteld. In 2008 werden aan drie respondenten, na het invullen van de gezondheidsverklaring, beperkende voorwaarden en/of een beperkte premie voorgesteld. Verder bleken toen 77 respondenten tegen beperkte voorwaarden (zoals uitsluiting en/of wachttijd voor vergoeding van bepaalde behandelingen) en/of met een verhoogde premie te zijn geaccepteerd (Roos & Schut 2008:44). Dit betekende een forse toename ten opzichte van 2007. In 2009 geven in totaal 43 respondenten (waarvan er één een gezondheidsverklaring heeft moeten invullen) aan dat zij tegen beperkende voorwaarden en/of met een verhoogde premie zijn geaccepteerd. Dat aantal ligt nog steeds hoger dan in 2007 (toen 15 respondenten deze consequenties rapporteerden), maar is lager dan in 2008. Van de 43 respondenten in 2009, hebben slechts 5 personen serieus overwogen over te stappen. Drie van hen hebben daadwerkelijk een andere aanvullende verzekering genomen (bij dezelfde verzekeraar), terwijl de overige twee geen andere verzekering hebben afgesloten dan in 2008. De respondenten die beperkende voorwaarden en/of verhoogde premie rapporteerden, worden weliswaar, weer (Roos & Schut 2008:44), 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 premieopslag en/of de beperkende voorwaarden verward met de jaarlijkse (mogelijke) verandering van de polisvoorwaarden.

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. Er zijn drie respondenten die aangeven dat de aanvullende verzekering in het voorgaande jaar ongevraagd door de verzekeraar is opgezegd. Dit is een daling ten opzichte van vorig jaar, toen acht respondenten dit antwoord gaven. Het aantal ligt nog wel hoger dan in 2007, toen geen van de respondenten dit aangaf.

De meeste verzekeraars hebben expliciet in hun polisvoorwaarden opgenomen dat zij de premie niet per individu mogen aanpassen.

Ten slotte zou risicoselectie kunnen plaatsvinden door middel van premie- en pakketdifferentiatie. Net als vorig jaar passen vrij veel verzekeraars premiedifferentiatie toe bij jongerenpolissen. Verder is het aantal zorgverzekeraars dat zich met een specifiek pakket richt op een doelgroep wat gestegen. De verstrekkingen in deze pakketten lijken vaak gericht te zijn op preferenties van de relatief gezonde mensen binnen de doelgroep.

In 2008 werd op grond van de inventarisatie van de aanvullende verzekeringen en de resultaten van de enquête geconcludeerd dat er sprake leek van een aanscherping van de voorwaarden, zowel met betrekking tot de aanmelding als tot de acceptatie voor de aanvullende voorwaarden. Deze ontwikkeling lijkt in 2009 niet door te zetten. Het gebruik van gezondheidsverklaringen is beperkt, en ten opzichte van 2008 gedaald. Wel is het gemiddeld aantal vragen per zorgverzekeraar toegenomen. Minder 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. Wel is de pakket- en/of premiedifferentiatie in de aanvullende verzekering iets toegenomen.

4. Aanvullende verzekering, keuzevrijheid en mobiliteit

In dit hoofdstuk wordt beschreven in hoeverre de aanvullende verzekeringen in 2009 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 binnen 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 (Roos & Schut 2008:47) en 2009 overtreedt geen van de verzekeraars deze regel.

Vorig jaar gaven klantenservicemedewerkers van zes zorgverzekeraars telefonisch aan dat een verzekerde die een basisverzekering bij hen opzegde, ook automatisch een opzegging van de aanvullende verzekering kon verwachten, hoewel dit in strijd was met de Zvw en ook niet was opgenomen in de polisvoorwaarden van de betreffende zorgverzekeraars (Roos & Schut 2008:48). Opmerkelijk is dat in 2009 een dergelijke foutieve voorlichting wordt gegeven bij 15 zorgverzekeraars (bij AnderZorg, Avero Achmea, Delta Lloyd, DSW, FBTO (internetverzekering), IZA, Interpolis, IZZ, Menzis, Ohra, OZF Achmea, SIZ, Stad Holland Zorgverzekeraar, Univé, Zorgverzekeraar UMC). Of klantenservicemedewerkers verkeerd worden geïnstrueerd of opzettelijk onjuiste informatie verstrekken, is niet duidelijk, maar het is verontrustend dat het bij zorgverzekeraars in toenemende mate schort aan correcte voorlichting.

Verzekeraars mogen 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 was (De Bruijn & Schut 2007:23). In 2008 hanteerden AnderZorg, IZA, Menzis (incl. Confior) en Zorgverzekeraar UMC deze bepaling. Er werd wederom geen melding gemaakt van de hoogte van de toeslag en ook telefonisch bleek deze informatie niet te achterhalen. In 2009 vermelden IZA en Zorgverzekeraar UMC in de voorwaarden een dergelijke bepaling. AnderZorg en Menzis geven aan extra administratiekosten in rekening te brengen indien enkel een aanvullende verzekering wordt afgesloten. De hoogte van de toeslag en administratiekosten wordt niet duidelijk. Ook klantenservicemedewerkers (telefonisch) kunnen hier geen uitspraak over doen en geven bovendien aan dat een dergelijke constructie überhaupt niet mogelijk is (dit antwoord is niet in overeenstemming met de voorwaarden). FBTO heeft in de polisvoorwaarden vermeldt dat een opslag op de premie voor de aanvullende verzekering in rekening wordt gebracht als de basisverzekering bij een andere verzekeraar wordt ondergebracht. Een medewerker van FBTO (telefonisch) meldt dat het gaat om een opslag van 25 euro op jaarbasis (alleen mogelijk voor traditionele ziektekostenverzekering (dat wil zeggen: niet de internetverzekering) bij FBTO). Dit bedrag staat niet in de polisvoorwaarden weergegeven.

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. AZVZ, DSW, IZA, IZZ, Salland, Stad Holland Zorgverzekeraar en Zorgverzekeraar UMC hanteren, net als vorig jaar (Roos & Schut 2008:48), een dergelijke bepaling. 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'. Bij telefonische navraag bleek dat het afsluiten van een aanvullende verzekering zonder basisverzekering mogelijk is, maar sterk wordt afgeraden. CZ, Delta Lloyd en Ohra geven in de polisvoorwaarden aan: 'In bepaalde gevallen kunt u een aanvullende zorgverzekering ook sluiten, als u geen hoofdverzekering hebt gesloten of u een Zorgverzekering of andere hoofdverzekering elders hebt gesloten. Neemt u daarvoor contact met ons op.' De klantenservices van deze vier verzekeraars zijn op verschillende momenten gecontacteerd. Ondanks de bepaling in de verzekeringsvoorwaarden werd telkens gemeld dat het afsluiten van een aanvullende verzekering zonder basisverzekering niet mogelijk is.

Alleen de klantenservice van CZ vermeldt informatie conform de verzekeringsvoorwaarden. De klantenservicemedewerkers van Avéro Achmea, AnderZorg, FBTO, Menzis en Univé geven aan dat het uitsluitend afsluiten van een aanvullende verzekering niet mogelijk is.

Voor AnderZorg, CZ, De Friesland, Delta Lloyd, FBTO, Menzis, Ohra, ONVZ, OZF Achmea en Univé 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, bij de Friesland 50 procent en bij 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 25 euro op jaarbasis maar dat deze mogelijkheid enkel open staat voor verzekerden bij de traditionele verzekering en niet voor de internetverzekering. Verscheidene medewerkers van Delta Lloyd en Ohra willen geen uitspraak doen over de hoogte van de toeslag of ontkennen de mogelijkheid een aanvullende verzekering zonder basisverzekering af te sluiten. AnderZorg, Delta Lloyd, Ohra en Menzis melden in hun polisvoorwaarden dat zij bij het enkel afsluiten van een aanvullende verzekering administratiekosten berekenen. Het is waarschijnlijk dat de toeslag in dit geval niet meer zal bedragen dan de extra kosten die worden veroorzaakt door het afzonderlijk afsluiten van een aanvullende verzekering. In de polisvoorwaarden van Univé staat aangegeven: 'Als de hoofdverzekering niet bij Univé is afgesloten, geldt een afwijkende premie'. Verschillende klantenservicemedewerkers geven echter aan dat het absoluut niet mogelijk is een aanvullende verzekering zonder basisverzekering af te sluiten.

Bij Fortis ASR (incl. De Amersfoortse), De Friesland en ONVZ (incl. Aegon) kan de aanvullende verzekering afgesloten worden zonder de basisverzekering. In dit 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).

De 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, Avéro Achmea, Azivo, CZ, Delta Lloyd, DSW, FBTO, Fortis ASR, De Friesland, IZA, IZZ, Menzis, Ohra, Pro Life, Salland, Stad Holland, Univé, Zorg en Zekerheid. Het aantal verzekeraars met een dergelijke bepaling is gestegen ten opzichte van vorig jaar (Roos & Schut 2008:49). In de premietabellen van FBTO, De Goudse, IZA, PNO Ziektekosten (bij deze laatste: koppelverkoop bij ouder en kind geldt, volgens de premietabel, enkel voor de meest uitgebreide aanvullende pakketten), SIZ, Trias, VGZ en Zorgverzekeraar UMC wordt vermeld dat *meeverzekerde* kinderen gratis verzekerd zijn. Ook Achmea (D,G,I,P,Z) vermeldt impliciet in de premietabel een dergelijke bepaling. 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, CZ, Delta Lloyd en Ohra geldt dat kinderen tot 18 jaar alleen gratis aanvullend verzekerd zijn als (1) Eén van de ouders/verzorgers ook bij de verzekeraar verzekerd is voor zowel de aanvullende verzekering, (2) De aanvullende verzekering van het kind niet uitgebreider is dan die van de verzekerde ouder/verzorger en (3) Zowel de aanvullende verzekering als de basisverzekering bij de verzekeraar is afgesloten (deze laatste voorwaarde geldt alleen voor Azivo).

In 2007 waren er met betrekking tot de koppelverkoop geen grote veranderingen te noteren ten opzichte van 2006 (De Bruijn & Schut 2007:24). In 2008 leek er sprake van een verscherpt ontmoedigingsbeleid (Roos & Schut 2008:49). Dit jaar lijkt deze trend zich voort te zetten. Wederom vermeld een groot aantal verzekeraars in de polisvoorwaarden dat de ont koppeling van basis- en aanvullende verzekering niet mogelijk is. Er zijn bovendien nog steeds verzekeraars die aanzienlijke toeslagen in rekening brengen bij verzekerden die alleen een aanvullende verzekering afsluiten. Dit aantal verschilt niet van vorig jaar (Roos & Schut 2008:48). Ook zijn er weer 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 volwassene hanteert groot. Alleen PNO Zorgverzekeraar hanteert, net als vorig jaar, geen koppeling tussen basis- en aanvullende verzekering of tussen ouder en kind (dit laatste enkel voor de meest uitgebreide pakketten). Vooral voor gezinnen met kinderen wordt het vrijwel onmogelijk gemaakt uitsluitend een aanvullende verzekering bij een verzekeraar af te sluiten.

Uit de enquête blijken 16 personen in 2009 serieus overwogen te hebben om per 1 januari 2009 alleen voor de aanvullende verzekering van zorgverzekeraar te veranderen. Zes van hen ondervonden problemen bij de overstap. Eén respondent geeft aan dat de aanvullende verzekering van keuze niet zonder 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 en twee respondenten werden geconfronteerd met beperkende voorwaarden. Twaalf respondenten hebben, in 2009, problemen ondervonden toen zij wilden overstappen naar een andere verzekeraar voor de basisverzekering (n=74). Eén respondent ondervond problemen bij de overstap door de toeslag op de premie voor de aanvullende verzekering indien de basisverzekering opgezegd zou worden. Eén respondent ondervond een probleem bij de overstap omdat de kinderen niet langer gratis aanvullend verzekerd zouden zijn bij de huidige verzekeraar als de basisverzekering elders afgesloten zou worden. De koppeling tussen basis- en aanvullende verzekering zorgt voor een beperking in de mobiliteit voor de basisverzekering. Ten opzichte van vorig jaar (Roos & Schut 2008:50) is er geen grote verschuiving waarneembaar in het aantal respondenten dat geconfronteerd wordt met een dergelijke beperking. Net als toen ligt het aantal mensen dat problemen ondervond als gevolg van koppelverkoop hoger dan in 2007. Het gaat echter (nog steeds) om kleine aantallen.

4.2 Contractduur van de aanvullende verzekering

In de Zorgverzekeringswet is geregeld dat de verzekerde het recht heeft om in ieder geval de basisverzekering tegen het eind van ieder kalenderjaar 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 ziektekostenverzekering afsluiten (Van de Ven et al. 2005:223). Ruim 85 procent van de mensen met een individueel contract hebben ook een aanvullende polis afgesloten. Bij mensen met een collectief contract ligt dit aandeel nog hoger: ruim 94% heeft dit jaar een aanvullende verzekering (Smit & De Boo 2009:1). Deze personen zullen de 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 een bepaalde verzekering van CZ en OZ. CZ en OZ zijn gefuseerd en gingen verder onder de naam CZ. Daarmee was CZ, in 2008 (Roos & Schut 2008:51), de enige zorgverzekeraar die nog een aanvullende verzekering aanbood met een contractduur langer dan één jaar. CZ hanteerde 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. In 2008, en 2009, 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 alle zorgverzekeraars bij hun aanvullende verzekeringen een contractduur van één jaar.

Uit de enquête blijkt dat in de praktijk de contractduur van de aanvullende verzekering een belemmering op kan leveren om naar een andere verzekeraar over te stappen. Zestien personen hebben in 2009 serieus overwogen om van verzekeraar te wisselen voor de aanvullende verzekering. Eén respondent ondervond problemen toen de aanvullende verzekering nog niet opgezegd kon worden doordat de contractduur nog niet was verstreken. Van de 74 personen die in 2009 serieus overwogen hebben om van verzekeraar te veranderen voor de basisverzekering geeft één respondent aan problemen ondervonden te hebben bij de overstap omdat de aanvullende verzekering niet opgezegd kon worden. De contractduur van de aanvullende verzekering was nog niet verlopen.

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). Eén verzekeraar (De Friesland) kent, in een dergelijk geval, een opzegtermijn van zes weken. Ook voor de aanvullende verzekering geldt, bij wijziging van de premie en/of voorwaarden, een dergelijke termijn. Indien echter alleen de premie 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) problemen opleveren bij de overstap naar een andere zorgverzekeraar.

In 2009 geldt bij vrijwel alle verzekeraars dat verzekerden jaarlijks tot 31 december de tijd hebben om de aanvullende verzekering op te zeggen. Nog slechts één zorgverzekeraar (Fortis ASR (inclusief De Amersfoortse)) hanteert een opzegtermijn van twee maanden. Wanneer de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekering van deze verzekeraar niet worden aangepast, betekent dit dat de verzekerde die van zorgverzekeraar zou willen veranderen, de aanvullende verzekering al voor één november moet opzeggen, terwijl op dat moment de meeste nieuwe basispolissen nog niet bekend zijn. Dan 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 74 respondenten in 2009 overwogen hebben over te stappen van basisverzekering. Eén van hen ondervond problemen bij de overstap doordat de opzegtermijn voor de aanvullende verzekering al verstreken was. De basisverzekering kon nog bij een andere verzekeraar afgesloten worden, maar de respondent wilde (blijkbaar) de basisverzekering en aanvullende verzekering bij eenzelfde verzekeraar afsluiten. De contractvoorwaarden voor de aanvullende verzekering kunnen dus belemmerend uitwerken voor de mobiliteit in de basisverzekering. Zestien respondenten hebben serieus overwogen om van zorgverzekeraar te veranderen voor de aanvullende verzekering. Eén respondent ondervond problemen bij de overstap door een te late opzegging van de aanvullende verzekering.

Ten opzichte van vorige jaren is het probleem van een te lange opzegtermijn sterk afgenomen. In 2007 gold voor tweederde van de zorgverzekeraars een termijn van twee maanden (De Bruijn & Schut 2007:25). Vorig jaar hanteerden nog negen zorgverzekeraars deze opzegtermijn (Roos & Schut 2009:51). In 2009 heeft dus alleen Fortis ASR (incl. De Amersfoortse) de polisvoorwaarden (nog) niet aangepast. Deze daling is waarschijnlijk mede te danken aan ondernomen actie van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De NZa beschouwt de belemmering als gevolg van de opzegtermijn in de aanvullende verzekering als onwenselijk en heeft de zorgverzekeraars met een dergelijke bepaling verzocht voor de aanvullende verzekering dezelfde opzegtermijn te hanteren als voor de basisverzekering (NZa 2008b:8). De betreffende verzekeraars gaven aan dat zij in de praktijk de opzegtermijnen voor de aanvullende verzekering en de basisverzekering al gelijk hadden getrokken (NZa 2008b:8). Verder lieten zij weten de polisvoorwaarden te veranderen. Naar nu blijkt hebben alle verzekeraars (met uitzondering van Fortis ASR) dit ook gedaan. Hierdoor vormt de opzegtermijn geen significante belemmering meer voor de verzekerdenmobiliteit.

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 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)³. Desalniettemin wijst de ONVZ-casus op een potentieel probleem dat kan ontstaan bij tussentijdse wijzigingen van alleen de polisvoorwaarden voor de aanvullende verzekering.

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 het rapport van De Bruijn en anderen (2004:20 e.v.) is uiteengezet waarom het bij de overweging om van zorgverzekeraar te veranderen verstandig kan zijn te letten op het acceptatiebeleid van de verzekeraar.

Net als in eerder jaren (Roos & Schut 2008:53) geeft geen van de verzekeraars die gezondheidsverklaringen 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 dat de verzekerde niet, onder

³ 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

beperkende voorwaarden of met een premieopslag wordt geaccepteerd voor het pakket dat op de offerte vermeldt staat. Achmea (D,G,I,P,Z) geeft wel in de polisvoorwaarden aan dat een verzoek tot inschrijving in de aanvullende verzekering geweigerd kan worden indien ‘uw gezondheidstoestand hiertoe aanleiding geeft’. De Goudse geeft aan dat ‘Als de aard van het risico dit noodzakelijk maakt, bestaat de mogelijkheid dat, voordat tot acceptatie wordt overgegaan [de zorgverzekeraar] afwijkende premie en voorwaarden stelt en/of bijzondere bepalingen opneemt’. De Goudse stelt de potentiële verzekerde echter geen gezondheidsvragen (met uitzondering van een gezond gebit verklaring) zodat inventarisatie van het risico lastig is.

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 krijgt, kan er, in het geval van een weigering, nog maar weinig tijd over zijn om, indien nodig/gewenst, 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 blijken Zilveren Kruis en ONVZ bij een schriftelijke aanmelding een acceptatieprocedure van twee weken te hanteren. Bij Fortis ASR neemt de acceptatieprocedure ongeveer drie weken in beslag, bij De Friesland ongeveer 10 werkdagen en bij PNO Ziektekosten één week.

De wettelijke overstappperiode beslaat twee maanden. Het zou daarom voor verzekerden mogelijk moeten zijn om zich bij verschillende verzekeraars tegelijkertijd aan te melden. Dat houdt 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 de overeenkomst is aangegaan, dan wel, indien dit later is, gedurende veertien kalenderdagen met ingang van de dag waarop de informatie die de financiële dienstverleners hem overeenkomstig artikel 4:20, eerste lid, dient te verstrekken door hem is ontvangen’. Artikel 4:20, lid 1 (Wft), luidt: ‘Voorafgaand aan het adviseren, het verlenen van een beleggingsdienst, het verlenen van een nevendienst of de totstandkoming van een overeenkomst inzake een financieel product niet zijnde een financieel instrument verstrekt een beleggingsonderneming of financiële dienstverlener de documenten 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 maatregelen van bestuur kunnen regels worden gesteld met betrekking tot de in de vorige volzin bedoeld 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 ontvangst 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.

Hoewel de Wet op het Financieel Toezicht van kracht is op de zorgverzekeringsmarkt, wordt in de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG) ook nog specifiek ingegaan op koop op afstand. Artikel 41 van de WMG: ‘In dit artikel (...) wordt verstaan onder a. overeenkomst op afstand: een verzekeringsovereenkomst betreffende het risico van ziektekosten tussen een ziektekostenverzekeraar en een consument, die wordt gesloten in het kader van een door de ziektekostenverzekeraar georganiseerd systeem van verkoop of dienstverrichting op afstand, waarbij tot en met de totstandkoming van die overeenkomst uitsluitend gebruik gemaakt wordt van een of meer technieken van communicatie op afstand; b. techniek voor communicatie op afstand: ieder middel dat, zonder gelijktijdige fysieke aanwezigheid van ziektekostenverzekeraar en consument, kan worden gebruikt voor het sluiten van een verzekeringsovereenkomst betreffende het risico van ziektekosten tussen die partijen’. Ook hier geldt dat ‘een verzekerde (...) een overeenkomst op afstand zonder een boete verschuldigd te zijn en zonder opgave van redenen [kan] ontbinden gedurende veertien kalenderdagen vanaf de dag waarop de overeenkomst is aangegaan, dan wel, indien dit later is, gedurende veertien kalenderdag vanaf de dag waarop de informatie die de ziektekostenverzekeraar hem krachtens artikel 43 tweede lid, dient te verstrekken, door hem is ontvangen’ (WMG art. 41 lid 2). Wanneer een verzekerde zijn verzekering binnen de bedenktijd opzegt, wordt deze geacht niet te zijn aangegaan. Het is echter niet erg waarschijnlijk dat verzekerden op de hoogte zijn van deze wettelijke bedenktijd ten aanzien van de aanvullende verzekering.

Het is uiteraard 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, heeft alleen Fortis ASR (incl. De Amersfoortse) de bedenktijd expliciet in de voorwaarden opgenomen. Achmea (D,G,I,P,Z), Avéro Achmea, De Friesland, ONVZ en PNO Ziektekosten hebben dit niet. Een groot aantal zorgverzekeraars dat geen medische selectie toepast, vermeld ook expliciet een bedenktijd in de polisvoorwaarden. Het gaat dan om Agis, AnderZorg, Azivo, CZ, De Goudse, Delta Lloyd, FBTO Achmea, IZA, IZZ, Menzis, Ohra, Pro Life, Salland, SIZ, Trias, Univé, VGZ, UMC Zorgverzekeraar.

De Goudse en Trias stellen bij de bedenktijd als voorwaarde dat er nog geen declaraties zijn ingediend. Deze voorwaarde strookt echter niet met de Wft of de WMG. Volgens artikel 4:29, lid 5 (Wft), moet de consument indien deze gebruik maakt van het in artikel 4:28, eerste of tweede lid bedoelde recht, 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 terugge[ven] die hij van de financiële onderneming op grond van de overeenkomst op afstand heeft ontvangen. De WMG (artikel 42, lid 5): 'De consument geeft de ziektekostenverzekeraar onverwijld, en uiterlijk binnen 30 kalenderdagen nadat hij de kennisgeving van de in artikel 41 bedoelde ontbinding heeft verzonden, alle zaken terug die hij van de ziektekostenverzekeraar 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 intrekken voordat het advies van de medische 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 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. Dit kan afwijken.

Hoewel het aantal verzekeraars met een gezondheidsverklaring licht gedaald is ten opzichte van vorig jaar, hanteren nog zes verzekeraars gezondheidsvragen bij aanmelding. De kans dat de aanmeldprocedure een belemmering vormt voor de verandering van verzekeraar is daarom nog steeds aanwezig. Dit jaar gaven 4 respondenten (van de 74 respondenten die overwogen

hebben om van basisverzekering 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 2 personen aan dat de acceptatieprocedure van de aanvullende verzekering veel tijd in beslag nam. Dit leverde problemen bij de overstap op. Het aantal respondenten met dergelijke problemen ligt lager dan vorig jaar (Roos & Schut 2008:55), maar dit is mogelijk ook te wijten aan een andere vraagstelling in de enquête. Vorig jaar werd deze vraag gesteld aan mensen die overwogen hebben van aanvullende verzekering te wisselen. Dit jaar kregen alleen de mensen die overwogen hebben van basisverzekering te veranderen de vraag voorgelegd. De overweging is dat deze manier meer inzicht geeft in de problemen die kunnen ontstaan voor de mobiliteit in de basisverzekering door de koppeling van basis- en aanvullende verzekering.

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 de hoofdverzekerde moesten afsluiten (De Bruijn & Schut 2006;32). In 2007 nam dit aantal wat af. Bij vijf van de twaalf zorgverzekeraars konden inmiddels alle gezinsleden van de hoofdverzekering kiezen voor een eigen verzekering. Bij de resterende zeven verzekeraars was de aanvullende verzekering nog steeds een gezinspolis (De Bruijn & Schut 2007:29). In 2008 hanteerden eveneens zeven verzekeraars een gezinspolis. Bovendien gaven twee verzekeraars in de polisvoorwaarden aan dat de verzekeringsnemer hetzelfde dekkingpakket diende aan te vragen voor alle op de polis te verzekeren gezinsleden met uitzondering van mee te verzekeren kinderen vanaf 18 jaar (Roos & Schut 2008:56).

In 2009 kunnen, net als in voorgaande jaren, bij alle verzekeraars de gezinsleden meeverzekerd worden op één polis indien de verzekeringsnemer dit wenst. Bij de meeste verzekeraars mogen meeverzekerde gezinsleden kiezen voor een eigen aanvullende polis. Een aantal verzekeraars hanteert een gezinsverzekering. Bij deze verzekeraars is het voor meeverzekerde gezinsleden niet mogelijk een eigen aanvullende verzekering te kiezen. Agis, Avéro Achmea (volgens aanmeldingsformulier), AZVZ (volgens aanmeldingsformulier – kinderen, niet voor partner), DSW (volgens aanmeldingsformulier), FBTO, IZZ (volgens aanmeldingsformulier), Pro Life en Stad Holland hanteren dit jaar gezinspolissen. Bij IZA en Zorgverzekeraar UMC staat in de polisvoorwaarden aangegeven: ‘De verzekeringnemer en de bij hem op de polis staande gezinsleden worden verzekerd voor hetzelfde dekkingpakket als de verzekeringsnemer met uitzondering van mee te verzekeren kinderen vanaf 18 jaar. Als de

verzekeringnemer vanwege tandheelkundige selectie niet wordt geaccepteerd voor een pakket behouden de andere verzekerden recht op het aangevraagde pakket, met uitzondering van kinderen tot 18 jaar. Kinderen tot 18 jaar behouden alleen recht op het aangevraagde pakket voor zover en voor zolang er een andere verzekerde op de polis staat waarvoor de verzekeringnemer premie is verschuldigd voor dat pakket'.

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 alleen Avéro Achmea een gezondheidsverklaring. Bij de overige verzekeraars geldt dat het niet waarschijnlijk is dat non-acceptatie van één van de verzekerden gevolgen heeft voor de andere verzekerden.

Eén respondent (n=74) heeft het als een probleem bij de overstap ervaren dat de verzekeraar van keuze een gezinspolis hanteerde.

4.6 Overname van machtigingen

Met betrekking tot de overname van machtigingen is aan de Zorgverzekeringswet in 2006, naar aanleiding van het amendement Kant (TK2005/206 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 machtigingsbeleid van een verzekeraar geen belemmeringen 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 echter niet. De mobiliteit van de verzekerde ten aanzien van de basisverzekering kan derhalve door problemen bij het overnemen van machtigingen voor verstrekkingen uit het de aanvullende verzekering belemmerd worden.

Zorgverzekeraars hebben, voor zover nagegaan kon worden, voor verstrekkingen uit het aanvullende pakket geen expliciete regelingen over het overnemen van machtigingen in hun voorwaarden opgenomen. Aspirant-verzekerden van AnderZorg en Menzis moeten bij aanmelding op het formulier aangegeven of het volgende van toepassing is: 'Ja, ik heb van mijn huidige verzekeraar toestemming (machtiging) gekregen voor vergoeding van revalidatie, geneesmiddelen, hulpmiddelen, ziekenvervoer, bijzondere tandheelkundige en/of behandeling door plastisch chirurg / oogarts / medisch specialist'. De verzekeraars lichten toe: 'Het gaat om een machtiging van uw huidige verzekeraar. Als deze nog geldig is, wilt u dat dan hier aangeven. (...) Als u een vraag met 'ja' aankruist, krijgt u van ons een formulier met

extra vragen'. Het gaat 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 opmerking: '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 verzekeringsnemer 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 medische adviseur van SIZ. SIZ licht toe: 'De gegevens die u ons verstrekt worden door ons uitsluitend gebruik om uw (administratieve) overstap naar SIZ te vergemakkelijken'. 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 de vraag geldt voor 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 zich in te zetten voor de preferenties van verzekerden. Overstapbelemmeringen in de aanvullende verzekering kunnen, indien er sprake is van een koppeling tussen de basisverzekering en de aanvullende verzekering, ook de mobiliteit in de basisverzekering belemmeren.

4.7.1 Koppelverkoop

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. Vijf verzekeraars hanteren een dergelijke bepaling, zonder in de voorwaarden te vermelden hoe hoog deze opslag is. Daarnaast geven klantenservicemedewerkers (telefonisch) van vijftien zorgverzekeraars aan dat een verzekerde die een basisverzekering bij hen opzegt, ook automatisch een opzegging van de aanvullende verzekering kan verwachten. Dit is een sterke stijging ten opzichte van vorig jaar, toen klantenservicemedewerkers van zes zorgverzekeraars foutieve informatie verstrekten. Aangezien een dergelijke toezegging niet in de voorwaarden is opgenomen en wettelijk verboden is, is het opvallend dat bij vijftien zorgverzekeraars de medewerkers die klanten te woord staan dit toch meedelen. Op zijn minst lijken klantenservicemedewerkers niet goed op de hoogte van de rechten van verzekerden en van de polisvoorwaarden.

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, net als vorig jaar, gehanteerd door zeven verzekeraars. Daarnaast brengen tien verzekeraars, in geval er uitsluitend een aanvullende verzekering wordt afgesloten, een toeslag op de premie van de aanvullende verzekering in rekening, ondanks het uitdrukkelijk verzoek van de NZa deze toeslagen niet langer te hanteren (NZa 2008b:18; TK 2008/2009 29689-237). Andere verzekeraars passen een medische selectie toe, of hanteren wachttijden voor vergoedingen en behandelingen.

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

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

4.7.2 Mobiliteitsbeperkende voorwaarden

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 geeft expliciet aan een jaarlijkse contractperiode te kennen.

De afgelopen jaren hanteerden veel zorgverzekeraars bij de aanvullende verzekering een opzegtermijn van twee maanden, wat een belemmering kan vormen voor de mobiliteit in de basisverzekering. De Nederlandse Zorgautoriteit beschouwde deze belemmering als onwenselijk en heeft de zorgverzekeraars met een dergelijke bepaling verzocht voor de aanvullende verzekering dezelfde opzegtermijn te hanteren als voor de basisverzekering (NZa 2008b:8). De betreffende verzekeraars hebben aangegeven dat zij in de praktijk de opzegtermijnen voor de aanvullende verzekering en de basisverzekering al gelijk hebben getrokken (NZa 2008b:8). Zij gaven aan ook de polisvoorwaarden te veranderen. Het aantal verzekeraars dat bij de aanvullende verzekering een opzegtermijn van twee maanden hanteert, is van 2008 op 2009 sterk gedaald. Nog slechts één zorgverzekeraar hanteert een opzegtermijn van twee maanden. In 2008 hanteerden nog negen zorgverzekeraars een dergelijke termijn. Hierdoor vormt de opzegtermijn geen significante belemmering meer voor de verzekerdenmobiliteit.

Vooraf bij de verzekeraars die een gezondheidsverklaring hanteren, kan de aanmeldprocedure voor 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. Zowel het algemene verzekeringsrecht als de WVG doen hier bindende uitspraken over. Het is echter niet erg waarschijnlijk dat verzekerden op de hoogte zijn van deze wettelijke regelingen. Omdat een aantal verzekeraars een gezondheidsverklaring hanteert, bestaat de kans dat de aanmeldprocedure een belemmering vormt om van zorgverzekeraar te veranderen.

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

In navolging van het voorgaande rapport (Roos & Schut 2008) heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een onderzoek ingesteld naar koppelverkoop (NZa 2008:31), waarna een politieke motie (TK 2008/2009 29689-237) werd ingediend. Het ministerie, noch de NZa heeft echter een mogelijkheid in te grijpen, gezien het privaatrechtelijke karakter van de aanvullende verzekeringsmarkt en de Europese schadeverzekeringsrichtlijnen. De NZa vroeg de verzekeraars met een toeslag op de premie (indien de verzekerde alleen een aanvullende verzekering wenst af te sluiten), de opslag te verminderen/teniet te doen (NZa 2008:18). Hieraan werd niet of nauwelijks gehoor gegeven. Integendeel, de koppeling tussen basisverzekering en aanvullende verzekering lijkt eerder steeds sterker dan zwakker te worden. Veel zorgverzekeraars maken het ook dit jaar, onaantrekkelijk, zometeen onmogelijk, om de aanvullende verzekering afzonderlijk af te sluiten. Vooral in combinatie met belemmerende voorwaarden in de aanvullende verzekering vormt de sterke koppeling een belangrijk aandachtspunt met het oog op de mobiliteit en keuzevrijheid in de basisverzekering voor met name de chronisch zieken.

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 2009 zijn aangeboden. Ook wordt bekeken of de geïnventariseerde open collectiviteiten hun risicoprofiel zelf trachten te verbeteren door een 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 2009 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. 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 meer geïnventariseerd dan vorig jaar (Roos & Schut 2008:61). Hoewel gestreefd is naar volledigheid, is het overzicht waarschijnlijk niet uitputtend. Toch zijn de onderzoekers van mening dat, gezien het aantal geïnventariseerde collectiviteiten, 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 176 open collectiviteiten (rechtspersonen) geïnventariseerd. Deze open collectiviteiten hebben in totaal 273 collectieve contracten afgesloten. In bijlage 5 is een volledig overzicht van alle geïnventariseerde open collectiviteiten opgenomen. De collectiviteiten zijn, net als vorig jaar (Roos & Schut 2008:61), gerangschikt per doelgroep. Deze indeling is enigszins arbitrair, maar voorgaande jaren 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 aandoeningen (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) en 2008 (Roos & Schut 2008:62), in dit onderzoek buiten beschouwing gelaten.

Tabel 5.1 Aard, aantal en premiekorting (ongewogen) open collectiviteiten in inventarisatie

Categorie / Doelgroep	Aantal rechtspersonen collectiviteit	Aantal collectieve contracten	Gemiddelde premiekorting in % in 2009 (ongewogen)	
			Basis	Aanvullend
Patiënten	42	59	6,5	7,3
Jongeren / Studenten	16	18	7,4	13,6
Ouderen	5	20	5,6	6,7
Vakbondsleden / Zelfstandig ondernemers	10	18	7,6	10,0
Leden / Klanten zorgorganisaties	33	50	5,7	7,0
Leden / Klanten bedrijven / belangenorganisaties	39	46	6,9	8,2
Sporters / Supporters	7	7	7,6	8,4
Algemeen ¹	24	55	7,0	8,2
Totaal	176	273	6,8	8,2

¹ Algemene consumentenorganisaties, tussenpersonen, internetmakelaars enz.

Patiëntenverenigingen nemen ruim 24 procent van het aantal geïnventariseerde collectiviteiten voor hun rekeningen. Dat is vier procent minder dan vorig jaar. Deze relatieve daling wordt veroorzaakt door het groter aantal collectiviteiten dat dit jaar binnen andere doelgroepen is geïnventariseerd. Patiëntencollectiviteiten hebben doorgaans gemiddeld genomen minder leden dan de overige collectiviteiten (Van Ruth et al. 2007:27). Zij 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 2008b:32). In 2008 leek er ten opzichte van 2007 wel sprake van een stijging van het aantal verzekerden via een patiëntencollectief maar het relatieve aandeel daalde weer door de stijging van het

totaal aantal collectief verzekerden (NZa 2007:31). In 2009 zijn hierover geen gegevens beschikbaar. In tabel 5.1 zijn de in dit onderzoek geïnventariseerde collectiviteiten gecategoriseerd weergegeven.

5.2 Premiekortingen en andere collectiviteitskortingen

Via collectieve contracten kunnen consumenten hun inkoopmacht bundelen om bij zorgverzekeraars gunstige voorwaarden te bedingen. Collectieve contracten 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 premiekortingen 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, premiekortingen 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 2009 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 verzekeringen liggen de procentuele premiekortingen 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. De korting die jongeren aangeboden krijgen voor de aanvullende verzekering, geldt daarentegen vaak alleen voor speciale jongerenpolissen. Voor ouderenpolissen of vakbondspakketten geldt een dergelijke regeling in een aantal gevallen.

De kortingspercentages die de verschillende typen open collectiviteit hebben kunnen bedingen, liggen niet ver uit elkaar. Tabel 5.1 geeft de (ongewogen) gemiddelde

premiëkortingen in procenten weer. Een dergelijke berekening is in de vorige jaren ook gehanteerd (Schut & De Bruijn 2007:10, Roos & Schut 2008:63).

Hoewel de verschillende kortingspercentages tussen de verschillende typen open collectiviteiten niet sterk uiteenlopen, lijkt de hoogte van de kortingen wel enigszins verband te houden met de hoogte van het risico. Uit tabel 5.1 blijkt dat collectiviteiten met een relatief laag risico (jongeren, sporters) een gemiddeld iets hogere korting krijgen dan collectiviteiten met een relatief hoog risico (ouderen, leden van zorgorganisaties en patiënten). Deze zelfde conclusie werd vorig jaar getrokken (Roos & Schut 2008:63). 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 het geval van ouderen) premiekortingen. Wel zou het bijvoorbeeld zo kunnen zijn dat een collectiviteit voor jongeren aantrekkelijk is voor verzekerden met een gunstig risico binnen een bepaalde leeftijdsgroep, terwijl deze zelfde collectiviteit onaantrekkelijk blijkt 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 collectiviteiten. Zo weten relatief grote vakbondscollectiviteiten relatief hoge premiekortingen te bedingen (zie ook tabel 5.1). Eenzelfde conclusie leek in 2006 te gelden voor grote werkgeverscollectiviteiten verenigd in het CPZ (CPZ 2006:12). Deze organisatie bestaat inmiddels echter niet meer, zodat gegevens over 2008 / 2009 niet langer bekend zijn.

Een vergelijking van de gemiddelde premiekortingen voor de basis- en aanvullende verzekering van dit jaar met die van vorig jaar (Roos & Schut 2008:64) wordt bemoeilijkt doordat dit jaar meer collectiviteiten zijn onderzocht dan vorig jaar. Dit kan een vertekend beeld geven. Daarom is besloten nader onderzoek te verrichten naar de collectieven die vorig jaar ook in het onderzoek opgenomen zijn (Roos & Schut 2008:64). De meeste collectiviteiten die geïnventariseerd zijn in 2008, worden ook dit jaar weer aangeboden. Slechts een enkeling is opgeheven, niet langer herleidbaar of heeft geen collectief contract meer afgesloten⁴.

⁴ Voor zover nagegaan kon worden: De Nederlandse Coeliakie Vereniging (Patiënten) heeft geen contract meer met Agis, Studentensport Nederland en Young Global People (Jongeren / Studenten) bieden geen collectieve verzekering meer aan van Agis, LifeLive (voormalig Meavita – Leden / Klanten Zorgorganisatie) biedt geen collectieve verzekering meer aan van Univé, Thuiszorg Markt en Maasmond (Leden / Klanten Zorgorganisatie) biedt (zoals vorig jaar reeds voorspeld door de aangegane fusie met Thebe – Roos & Schut 2008:124) geen collectieve verzekering van CZ meer aan. Prolife heeft geen contract meer afgesloten met de Evangelische Zendingen Alliantie (EZA) (Leden / Klanten bedrijven en belangenorganisatie) en Groene land Achmea is dit jaar geen contract meer

In tabel 5.2 is de gemiddelde premiekorting in 2008 (Roos & Schut 2008:65) weergegeven. Daarnaast staat per type open collectiviteiten, met daarin dezelfde rechtspersonen met dezelfde contracten als in 2008, ook de gemiddelde premiekorting in 2009 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 tabel 5.2.

Tabel 5.2 Premiekorting per type open collectiviteiten in inventarisatie 2008 en 2009

Categorie / doelgroep	Gemiddelde premiekorting in % in 2008 (ongewogen) ²		Gemiddelde premiekorting in % in 2009 (ongewogen) ³	
	Basis ²	Aanvullend ²	Basis ³	Aanvullend ³
Patiënten	6,6	7,4	6,7	7,6
Jongeren / Studenten	7,9	13,1	7,8	16,3
Ouderen	5,2	6,7	5,4	7,1
Vakbondsleden / Zelfstandig ondernemers	6,9	9,7	7,7	9,8
Leden / Klanten zorgorganisaties	5,9	7,4	5,5	7,6
Leden / Klanten bedrijven / belangenorganisaties	6,6	8,2	6,9	8,6
Sporters / Supporters	5,9	8,1	8,5	7,8
Algemeen ¹	7,3	8,6	7,3	9,2
Totaal	6,6	8,2	6,8	8,6

¹ Algemene consumentenorganisaties, tussenpersonen, internetmakelaars enz.

² Zie Roos & Schut 2008:62. Er werden in 2008 148 collectieve rechtspersonen met 220 collectieve contracten geïnventariseerd

³ Het gaat in deze tabel uitsluitend om de collectieve contracten die ook in 2008 werden aangeboden, zodat de premiekortingen afwijken van de in tabel 5.1 genoemde percentages. Van de 148 collectieve rechtspersonen die in 2008 werden geïnventariseerd bestaan er in 2009 nog 141. Er resteren 206 collectieve contracten (zie ook voetnoot 4).

Ten opzichte van vorig jaar is de gemiddelde totale premiekorting licht gestegen, bij de basisverzekering van 6,6 naar 6,8 procent en bij de aanvullende verzekering van 8,2 naar 8,6 procent. Deze lichte stijging komt overeen met de bevindingen van BS Health Consultancy dat op basis van gegevens van vrijwel alle zorgverzekeraars een toename van de premiekorting in de basisverzekering rapporteert (van 6,9 tot 7,1 procent - Van den Broek en Streng 2009). Daarentegen rapporteert Vektis dat de premiekorting op de basisverzekering sterk is gedaald, van 6,6 procent in 2008 tot 5,1 in 2009. Gelet op het feit dat onze gegevens

aangegaan met GMV Christennetwerk. De Koninklijke Nederlandse Atletiek Unie (KNAU) en de Koninklijke Nederlandse Hockey Bond (KNHB) (Sporters / Supporters) bieden niet langer collectieve contracten aan. Ook Supportersvereniging PSV biedt haar leden niet langer een collectief contract aan. CZ heeft niet langer een collectief contract met Vereniging de Vastelastenbond afgesloten. Reden voor de gewijzigde situatie wordt door beide contractpartijen, in openbare bronnen, niet toegelicht.

in voorafgaande jaren sterk overeenkwamen met die van Vektis, kunnen wij de discrepantie met de gegevens van Vektis niet verklaren, temeer daar onze gegevens wel overeenkomen met die van BS Health Consultancy die zich – net als Vektis – baseert op de gegevens van vrijwel alle zorgverzekeraars. De gemiddelde premiekortingen (en trends daarin) op basis van onze inventarisatie komen bovendien ook redelijk goed overeen met de gemiddelde premiekortingen die worden gerapporteerd in onze enquête (zie hoofdstuk 6).

De gemiddelde korting bij patiëntenverenigingen is nagenoeg constant gebleven voor zowel de basisverzekering als de aanvullende verzekering. Ouderenbonden (met name de ANBO), vakbonden en klanten- en belangenverenigingen hebben in 2009 gemiddeld iets hogere premiekortingen bedongen dan in 2008. De gemiddelde korting op de basispremie voor leden van zorgorganisaties is daarentegen licht gedaald. Dit komt vooral door de reductie van de premiekorting op twee contracten van zorgorganisaties met verzekeraar Achmea (van 7,5% vorig jaar naar 5% korting dit jaar). De gemiddeld hogere korting voor sportorganisaties is geheel veroorzaakt door het wegvallen van enkele collectiviteiten met lage premiekortingen.

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 in voorgaande jaren (Schut & De Bruijn 2007:11; Roos & Schut 2008:66), 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 en 2009 geldt dit ook. De categorie patiëntenverenigingen heeft meer afspraken over extra vergoedingen gemaakt dan de andere doelgroepen, maar ook binnen andere doelgroepen neemt het aandeel contracten met dergelijke extra's toe.

5.2.3 Specifieke zorgarrangementen

Specifieke zorginhoudelijke afspraken binnen collectiviteiten hebben, net als in voorgaande jaren (Schut & De Bruijn 2007:12; Roos & Schut 2008:66), vooral betrekking op diabeteszorg. Diabetesvereniging Nederland (DVN) heeft, in het kader van de collectieve

verzekering, met verschillende zorgverzekeraars zorginhoudelijke afspraken gemaakt. Het gaat dan bijvoorbeeld om de speciale DiAgis-module (Agis), kortingen op hulpmiddelen en zelfzorgmiddelen, een diabetesloket en telefonisch advies (CZ), zorginkoop in samenwerking met vrijwilligers DVN (CZ), een speciale diabetesmodule (Ohra), diabetesketenzorg, preventie en zelfmanagement, een diabeteszorgmodule en extra aandacht voor inkoop van diabeteszorg (Univé) en een diabetesstartpakket met aandacht voor diabeteseducatie en relevante diabetesproducten en praktijkondersteuning in de huisartsenpraktijk (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 groepen 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 binnen de collectieve verzekering. Vooralsnog leken de afspraken zich in een prematuur stadium te bevinden (Schut & De Bruijn 2007:12). In 2008 (Roos & Schut 2008:66) leek er geen sprake van verdere ontwikkeling van deze plannen en ook in 2009 wordt geen verdere melding van deze plannen gemaakt. Wel hebben een aantal patiëntenverenigingen zich, net als vorig jaar, in de onderhandelingen voor een collectieve verzekering 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 geven aan dat zij extra gelet hebben op zorg voor chronisch zieken in het algemeen en zorg voor de specifieke groepen die verenigd zijn in het collectief in het bijzonder. Deze (gecollectiviseerde) manier van onderhandelen voor de doelgroep staat niet op zichzelf. Zorg6 is een ander collectief dat kleine patiëntenverenigingen voor de onderhandelingen met verzekeraars samenbrengt. Hoewel de collectiviteiten afspraken maken over extra vergoedingen lijkt van specifieke zorgarrangementen vooralsnog geen sprake. Wel maken patiëntenverenigingen afspraken met zorgverzekeraars over specifieke zorgtrajecten in het kader van de zorginkoop (Bos et al. 2008:15). Deze afspraken gelden integraal voor de verzekerden van de verzekeraar waarmee dergelijke afspraken gemaakt worden en gelden dus niet alleen voor deelnemers aan specifieke collectieve contracten.

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-selectie acceptatie geldt, heeft uitgebreid voor de collectief verzekerden ten opzichte van individueel verzekerden. De regels hieromtrent verschillen per verzekeraar. Het aantal verzekeraars met een non-select acceptatiebeleid lijkt echter te zijn gedaald. In 2006 werd door circa 80 procent van de collectiviteiten met zorgverzekeraars een non-select acceptatiebeleid overeengekomen (van Ruth et al. 2007:39). In 2008 leek ook het aantal collectiviteiten dat dergelijke afspraken maakte nog groot (Roos & Schut 2008:67). Dit jaar lijkt er sprake van een daling: minder collectiviteiten noemen de non-selecte acceptatie expliciet als een voordeel. Wellicht zijn dergelijke afspraken wel gemaakt, maar er wordt minder mee geadverteerd. Vorig jaar werd geconcludeerd dat als meer zorgverzekeraars bij de individuele polissen een gezondheidsverklaring zouden hanteren, het belang van collectiviteitsafspraken betreffende non-selecte acceptatie zou kunnen toenemen. Dit jaar lijkt er geen sprake van een toename in het aantal zorgverzekeraars dat een gezondheidsverklaring hanteert in individuele gevallen. Ook lijkt er sprake van een daling van het aantal collectiviteiten dat hier (expliciet) afspraken over maakt (of hier melding van maakt).

5.2.4 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 (expliciet) kortingen aanbiedt voor andere verzekeringen is, ten opzichte van 2008 (Roos & Schut 2008:67), gestegen. In 2007 ging het om negen rechtspersonen (met negen collectieve contracten) en vier zorgverzekeraars (Schut & De Bruijn 2007:47). In 2008 boden wederom negen rechtspersonen (met elf collectieve contracten) een dergelijk voordeel aan, en vijf zorgverzekeraars (Roos & Schut 2008:67). Dit jaar bieden elf rechtspersonen (met dertien collectieve contracten) kortingen op andere verzekeringen aan, in contract met negen zorgverzekeraars (Avéro Achmea, Delta Lloyd, FBTO, Interpolis, Menzis, Ohra, ProLife, Univé, en VGZ). Het gaat om substantiële kortingen (met voordeel oplopend tot 47%). Ohra biedt bovendien al zijn verzekerden (zowel individueel als collectief) een oplopende

pakketskorting aan bij het afsluiten van meer dan 3 verzekeringen (3-10%). Niet iedere rechtspersoon geeft deze korting expliciet als voordeel aan. Zestien rechtspersonen hebben in 2009 een collectief contract bij Ohra afgesloten. Er is geen duidelijk verband tussen premievoordelen voor andere verzekeringen en de aard van de betreffende doelgroep.

5.2.6 Overige collectiviteitvoordelen

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. Collectiviteiten voor jongeren en studenten bieden uiteenlopende extra's, zoals condooms en kans op een smartphone of skivakantie. Eén verzekeraar (DVZ Achmea) sponsort het landelijk bureau van de studentenvereniging bij nieuwe leden aan het zorgcollectief. Leden en klanten van bedrijven en belangenorganisaties krijgen in een enkel geval een bedrag te besteden bij het bedrijf dat de collectiviteit aanbiedt. 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 aanmerkingen te komen, kunnen bepaalde toelatingseisen worden gesteld. Bij collectiviteiten die gericht zijn op bepaalde doelgroepen wordt soms, net als in voorgaande jaren (Schut & De Bruijn 2007:13; Roos & Schut 2008:68), vereist dat de deelnemers aan kenmerken van de doelgroep voldoen. Dat geldt bijvoorbeeld voor studenten (studiefinanciering) of 50-plussers. National Academic richt zich op HBO'ers, academici en middelbaar en hogere personeel omdat (zoals aangegeven op de website in 2008) 'deze groep gemiddeld minder gebruik [maakt] van zorg en zich daarom bij National Academic voordeliger [kan] verzekeren' (National Academic 2008). Van de voordelen die gepaard gaan met de Donorpolis (bij Ohra, Fortis ASR, Avéro Achmea, Menzis en SEZ) kan een huishouden enkel gebruik maken als minimaal 1 persoon zich registreert als donor. 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, die een collectieve verzekering hebben afgesloten waaraan al hun patiënten kunnen deelnemen (Stichting A tot Z – zie bijlage 5), zullen inzicht hebben in het risicoprofiel van hun patiënten. Het is echter niet aannemelijk dat dit inzicht gebruikt is in de onderhandelingen (mede gelet op het beroepsgeheim).

Na aanmelding krijgen de leden doorgaans een collectiviteitsnummer dat zij aan de betreffende zorgverzekeraar 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 2009 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 176 open collectiviteiten (rechtspersonen) geïnventariseerd. Deze open collectiviteiten hebben in totaal 273 collectieve contracten afgesloten.

De meeste open collectiviteiten hebben in 2009 substantiële premiekortingen weten te bedingen voor zowel de basis- als de aanvullende verzekering. Ten opzichte van vorig jaar is de gemiddelde totale premiekorting licht gestegen. De lichte stijging komt overeen met de bevindingen van BS Health Consultancy maar niet met die van Vektis. Voor het verschil met de door Vektis gerapporteerde premiekorting hebben wij geen plausibele verklaring.

Meestal gelden de premiekortingen 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. Voor ouderenpolissen of vakbondspakketten geldt een dergelijke regeling in een aantal gevallen. 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 en sporters 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. Het voorspelbaar verlies dat verzekeraars lijden op gebruikers van thuiszorg (Stam & Van de Ven 2007) zou bijvoorbeeld kunnen verklaren waarom Achmea de kortingen voor klanten van zorgorganisaties aanzienlijk heeft verlaagd.

Naast de 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 (Roos & Schut 2008:69), meestal om vergoedingen van verstrekkingen die specifiek voor de doelgroep van belang zijn. Vooral patiëntencollectiviteiten maken zorginhoudelijke afspraken, maar ook binnen andere doelgroepen neemt het aandeel contracten met zorginhoudelijk afspraken toe. Algemene zorginhoudelijke afspraken beperken zich veelal tot wachtlijstbemiddeling, zorggarantie, vakantiewaardens en medische rechtsbijstand. Specifieke zorgarrangementen hebben, net als in voorgaande jaren, vooral betrekking op diabeteszorg. Diabetesvereniging Nederland (DVN) heeft met verschillende zorgverzekeraars specifieke zorginhoudelijke afspraken gemaakt.

Hoewel vorig jaar de meeste collectiviteiten een non-selecte acceptatie voor de aanvullende verzekering garandeerden, is dat dit jaar niet langer (expliciet) het geval. Collectiviteiten adverteren minder met dit voordeel. Dit kan betekenen dat de mogelijkheid niet langer bestaat, of – wellicht minder waarschijnlijk - dat de collectiviteiten een dergelijke regeling niet van belang vinden in de berichtgeving naar (potentiële) klanten. De non-selecte acceptatie bij collectiviteiten kan echter een belangrijke rol spelen bij de mobiliteit van chronisch zieken die door de koppeling tussen basis- en aanvullende verzekeringen beperkt wordt (zie voorgaand hoofdstuk). Aangezien nog een aantal verzekeraars gezondheidsverklaringen hanteert voor de individuele verzekering, zouden afspraken met betrekking tot non-selecte acceptatie bij collectieve contracten van belang kunnen zijn. De daling in dit (expliciet) aangeboden voordeel is daarom opvallend.

Een aantal collectiviteiten biedt, naast korting voor de basis- en/of aanvullende pakketten, tevens korting (oplopend tot 49%) op andere verzekeringen van dezelfde verzekeraar aan (bijvoorbeeld doorlopende reisverzekeringen, autoverzekeringen of pakketkortingen). Tenslotte biedt een aantal collectiviteiten ook extra voordelen die buiten de directe sfeer van verzekeringen liggen. Gedacht kan worden aan extra diensten, informatiebijeenkomsten en/of kortingen op bepaalde producten. Vorig jaar werden ook dagjes uit aangeboden, en kortingspassen. Dergelijke voordelen worden niet vaak meer aangeboden. De extra voordelen lijken dit jaar vooral gericht op de doelgroep en gerelateerd aan gezondheidsverbetering / -

behoud. Bovendien ligt de nadruk in advertenties voornamelijk op premievoordelen en minder op overige afspraken.

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. De Donorpolis stelt als eis dat minimaal één deelnemer per huishouden zich aanmeldt als donor. 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 lijken te 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 2009 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 59 procent in 2008 tot 60 procent in 2009 (Smit & De Boo 2009:4). Volgens BS Health Consultancy (Van den Broek & Streng 2009:3) ligt het aandeel collectief verzekerden in 2009 rond de 62 procent. Het aandeel respondenten met een collectieve verzekering in de enquête laat een lichte toename zien. Het cohort van dit jaar geeft aan dat in 2008 67 procent van de respondenten collectief verzekerd was. Dit aandeel is in 2009 met 1 procent gestegen tot 68 procent (zie tabel 6.1).

Tabel 6.1 Percentage respondenten met een collectieve en individuele zorgverzekering

	2007 (n=1682) ¹	2008 (n=1733)	2009 (n=1733)
Collectief	64,4%	66,9%	67,6%
Individueel	35,6%	33,1%	32,4%

¹ Zie Roos & Schut 2008:71

6.1.1 Groei open collectiviteiten

Ongeveer tweederde (66 procent) van de collectief verzekerde respondenten is in 2009 aangesloten bij een werkgeverscollectiviteit. De overige 34 procent is aangesloten bij een open collectiviteit (zie tabel 6.2).

Tabel 6.2 Onderscheid open/werkgevers collectiviteiten

Type contract in 2007		Type contract in 2008 (n=1682) ²			Type contract in 2009 (n=1733)		
Individueel	Collectief ¹	Individueel	Collectief werkgever	Collectief open	Individueel	Collectief werkgever	Collectief open
35,6%	64,4%	33,7%	43,1%	23,2%	32,3%	45,4%	22,3%

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

² Zie Roos & Schut 2008:71

In 2007 gaf 32 procent van de collectief verzekerden aan dat zij verzekerd was via een open collectiviteit. Dit steeg in 2008 tot 35 procent van de respondenten en is in 2009 nagenoeg gelijk gebleven. Volgens BS Health Consultancy (Van den Broek & Streng 2009:13) is het aandeel open collectiviteiten in 2009 gestegen, maar zij geven geen nadere specificatie van dit

aandeel. In 2008 stelde de NZa vast dat het aandeel open collectiviteiten rond de 38 procent bedroeg (NZa 2008).

Uit tabel 6.3 blijkt dat van de respondenten die in 2009 zijn overgestapt naar een andere zorgverzekeraar (n=64) een relatief groot aandeel (25,8 procent) heeft gekozen voor een open collectiviteit. Dit aandeel ligt ongeveer gelijk aan vorig jaar (Roos & Schut 2008:71). Ruim een derde van de overstappers (35,4 procent) heeft voor een individuele polis gekozen. Dat aandeel ligt een stuk lager dan in 2008, toen ruim de helft van de overstappers voor een individuele verzekering koos (Roos & Schut 2008:72). Het totaal aantal overstappers ligt lager dan in 2008. Vorig jaar stapte 3,1 procent van de respondenten over (Roos & Schut 2008:34). Dat percentage lag ongeveer gelijk aan het aandeel dat door Vektis werd gerapporteerd (Smit & Mokveld 2008:18). Dit jaar is 2,9 procent van de respondenten veranderd van verzekeraar. Dit percentage ligt iets lager dan het door Vektis (Smit & De Boo 2009:1) geschatte aantal overstappers. BC Health Consultancy (Van den Broek & Streng 2009:3) rapporteerde eveneens iets lager percentage. Vektis (Smit & De Boo 2009:1) spreekt van een stabiele mobiliteit.

Tabel 6.3 Type contract van degenen die in 2009 zijn overgestapt (n=64)

Type contract in 2008 ¹		Type contract in 2009		
Individueel	Collectief	Individueel	Collectief werkgever	Collectief open
48,4%	51,6%	34,4%	38,7%	25,8%

¹ De verdeling van deze groep over werkgevers- en open collectiviteiten in 2008 is niet bekend

In 2007 (Schut & De Bruijn 2007:17) werd verklaard dat de toename van het aandeel open collectiviteiten een gevolg kan zijn van overstappers van een individueel naar een collectief contract binnen dezelfde zorgverzekeraar. Volgens Vektis (Smit & Mokveld 2007:7 en 2008:7) werd in 2007 en 2008 hierdoor ongeveer de helft van de groei van de collectiviteiten veroorzaakt. Dit jaar geeft Vektis (Smit & De Boo 2009:1) echter aan dat het aantal overstappers in minder grote getale kiest voor een collectieve zorgverzekering. Dit zou, volgens Vektis, mede een gevolg kunnen zijn van een afnemend financieel voordeel vanwege de geringere premiekorting (die, zoals eerder uiteengezet, in tegenspraak is met onze bevindingen). Uit onderzoek van het NIVEL blijkt dat de hoogte van de premie voor de totale zorgverzekering de belangrijkste reden is om over te stappen naar een andere zorgverzekeraar. Bovendien kiezen veel mensen voor een overstap als zij de mogelijkheid aangeboden krijgen deel te nemen aan een collectief contract (Vos & De Jong 2009:3). Vorig jaar werd geconcludeerd dat het waarschijnlijk is dat het bij een overstap naar een collectiviteit gaat om een overstap naar een open collectiviteit. Uit onderzoek bleek toen dat vooral 65-plussers

relatief vaak binnen dezelfde zorgverzekeraar zijn overgetapt naar een collectieve polis (Smit & Mokveld 2007:7 en 2008:7). Dit leek bovendien waarschijnlijk omdat ouderenbonden in 2007, net als in 2008, met veel verzekeraars afspraken hadden gemaakt. De overstap van een individuele polis naar een collectieve polis binnen dezelfde zorgverzekeraar is dan relatief gemakkelijk te maken. Ook in 2009 hebben veel ouderenbonden afspraken gemaakt met verzekeraars. Het marktaandeel van ouderenbonden is nauwelijks veranderd. Dit spoort met de observatie van het NIVEL dat mensen boven de 65 jaar in 2009 vrijwel niet zijn gewisseld van zorgverzekeraar (Vos & De Jong 2009:1). Uit dit onderzoek blijkt dat vooral jongeren een overstap gemaakt hebben. Het aantal jongeren dat via een jongerenvereniging collectief is verzekerd is in 2009 dan ook licht gestegen. Het is echter niet duidelijk welke groep verzekerden dit jaar vooral binnen *dezelfde* zorgverzekeraar is overgestapt. Het is niet onwaarschijnlijk dat ook dit jaar een aantal verzekerden zich heeft gerealiseerd dat zij door toetreding tot een open collectiviteit hun polis aanzienlijk goedkoper kunnen verkrijgen.

6.1.2 Marktaandelen type collectiviteit

In de enquête is aan de respondenten met een collectieve zorgverzekering gevraagd bij welke collectiviteit zij zich in 2009 hebben aangesloten. Vervolgens zijn de antwoorden 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 in voorgaande jaren (Schut & De Bruijn 2007:17; Roos & Schut 2008:72), met ruim 9 procent van het aantal collectief verzekerden, circa een derde van het marktaandeel van de open collectiviteiten voor hun rekening neemt. Vorig jaar had ruim 5 procent van de collectief verzekerden een collectief contract via de gemeente of uitkeringsinstantie. 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 fractie lager.

2,5 procent van de collectief verzekerden is verzekerd via een patiëntenvereniging. Dit is een lichte stijging ten opzichte van vorig jaar. In 2007 gaf drie procent van de respondenten met een collectieve verzekering aan dat deze via de patiëntenvereniging was afgesloten. Globaal gezien bevindt het aandeel respondenten dat zich via de patiëntenvereniging verzekerd dus tussen de twee tot drie procent. In 2008 werd het aandeel van de patiëntencollectiviteiten door de NZa (2008) geraamd op ongeveer één procent van het totaal aantal collectief verzekerden. Vorig jaar was de stijging van het aantal verzekerden dat deelnam aan een collectief contract via een (thuis)zorgorganisatie opvallend. In 2007 gaf ongeveer twee procent van de respondenten met een collectieve verzekering aan dat zij via de (thuis)zorgorganisatie was

verzekerd. In 2008 was dit aandeel gestegen tot ruim 5,5 procent. Dit jaar ligt het aandeel een kleine fractie lager: op 5,1 procent.

Het marktaandeel van ouderenbonden is nauwelijks veranderd. Dit spoort met de observatie van het NIVEL (Vos & De Jong 2009:1) dat mensen boven de 65 jaar in 2009 vrijwel niet gewisseld zijn van zorgverzekeraar. De wisseling vond volgens onderzoek (Vos & De Jong 2009:1) vooral plaats bij jongeren. Het aantal jongeren dat via een jongerenvereniging collectief is verzekerd, is in 2009 dan ook licht gestegen.

Tabel 6.4 Aandeel (%) en gemiddelde premiekorting per type collectiviteit (in 2009)

Categorie / Doelgroep	Percentage collectief verzekerden (n=1172)	Gemiddelde premiekorting in % ³	
		Basis (n=688)	Aanvullend (n=575)
Werkgeverscollectiviteit (werknemers)	66,4	8,2	10,0
Open collectiviteit	33,6	7,5	8,1
Sociale minima	2,8	8,6	9,1
Patiënten	2,5	7,2	7,3
Jongeren / Studenten en Sporters / Supporters ¹	1,0	8,1	7,8
Ouderen	3,0	8,3	8,7
Vakbondsleden / Zelfstandig ondernemers	9,1	7,5	8,2
Leden / Klanten zorgorganisaties	5,1	6,7	6,9
Leden / Klanten bedrijven / belangenorganisaties	4,1	7,6	9,4
Algemeen ²	4,5	7,6	7,5
Anders	1,4	7,6	9,8
Totaal collectiviteiten	100	7,9	9,3

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.

³ Het gemiddelde is bepaald op basis van gerapporteerde kortingspercentages, zonder correctie voor de verschillen in premieopslag, gewogen naar marktaandeel per categorie

De voornaamste stijging heeft plaatsgevonden in de groep 'Leden en klanten van bedrijven en belangenorganisaties'. Het aantal respondenten dat als lid of klant is aangesloten bij collectiviteiten van bepaalde bedrijven (zoals Rabobank of Kruidvat) of van belangenverenigingen (zoals ANWB en het Rode Kruis) is toegenomen met ruim één procent. Ook BS Health Consultancy neemt deze trend waar. De Agis Postcode Loterij Polis zou in 2009 circa 55.000 nieuwe zorgverzekerden hebben binnen gehaald (Van den Broek & Streng 2009:11). Ten slotte heeft 4,5 procent (vorig jaar 4,1 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.

6.1.3 Premiekortingen per type open 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 in voorgaande jaren, een lastige vraag, want de vraag werd door ongeveer de helft van de respondenten niet beantwoord. De gemiddelde premiekortingen zijn vermeld in tabel 6.4.

Uit de tabel blijkt dat collectief verzekerden in 2009 profiteren van substantiële premiekortingen op zowel de basisverzekering (gemiddeld 7,9 procent) als de aanvullende verzekering (gemiddeld 9,3 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 collectiviteitkorting in 2007 gemiddeld zeven procent op de premie van de basisverzekering. In 2008 was dit gemiddelde percentage iets gestegen (NZa 2008). De NZa publiceerde in beide jaren geen gegevens over de premiekortingen bij aanvullende verzekeringen. In 2007 werd in het onderzoek van Schut en De Bruijn (2007:18) een gemiddelde premiekorting van 8,1 procent voor de basisverzekering berekend. In 2008 was gemiddelde korting voor de basisverzekering 8,0 procent (Roos & Schut 2008:74). Ook dit jaar daalt de gemiddelde korting voor de basisverzekering met een tiende procent. De gemiddelde korting voor de aanvullende verzekering is wat sterker afgenomen: van 9,7 tot 9,3 procent (zie tabel 6.4).

Uit tabel 6.4 blijkt dat deelnemers aan werkgeverscollectiviteiten gemiddeld een hogere premiekorting krijgen dan deelnemers aan open collectiviteiten. In 2007 en 2008 kregen deelnemers aan een open collectiviteit voor de basisverzekering 7,6 procent korting. In 2009 is dit percentage vrijwel stabiel gebleven. Deelnemers aan een werkgeverscollectiviteit rapporteren een gemiddelde korting van 8,2 procent voor de basisverzekering, een nagenoeg zelfde korting als in 2007 en 2008 (Schut & De Bruijn 2007:19 en Roos & Schut 2008:74). Voor de aanvullende verzekering lopen de kortingen ook wat uiteen. De gemiddelde premiekorting voor de aanvullende verzekeringen bij open collectiviteiten bedraagt 8,1

procent (in 2008: 8,3 procent), terwijl bij werkgeverscollectiviteiten het kortingspercentage 10,0 procent (in 2008: 10,9) bedraagt. Ondanks het verschil in berekeningsmethode komt de gemiddelde premiekorting voor open collectiviteiten op basis van de enquête redelijk overeen met de in het vorige hoofdstuk berekende ongewogen gemiddelde premiekorting van de geïnventariseerde contracten (namelijk 6,8 vs. 7,5 procent voor de basisverzekering en 8,2 vs. 8,1 procent voor de aanvullende verzekering, zie tabel 5.1).

Uit een nadere opsplitsing per type open collectiviteit blijkt dat de gemiddelde premiekortingen per type collectiviteit niet sterk uiteen lopen (tabel 6.4). Respondenten die deelnemen aan collectiviteiten met een relatief hoog risicoprofiel (patiënten en leden / klanten van (zorg) organisaties) krijgen, conform de conclusie uit het voorgaande hoofdstuk, wel een relatief lagere korting dan overige respondenten. De premiekorting is het minst (voor zowel basis- als aanvullende verzekering) voor leden van een (thuis)zorgorganisatie. Opvallend is dat sociale minima relatief hoge kortingen krijgen voor zowel de basis- als de aanvullende verzekering.

6.2 Kenmerken collectief verzekerden

In dit hoofdstuk staat de analyse centraal in hoeverre de collectieve verzekering in 2009 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 afgezet tegenover individueel verzekerden. De demografische samenstelling van de groep individueel verzekerden, open collectiviteiten en werkgeverscollectiviteiten verschilt aanzienlijk.

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 in vergelijking met de verdeling binnen de collectieve contracten. In 2008 en 2009 is dat minder sterk het geval. Net als vorig jaar zijn de 40- tot 59-jarigen relatief sterk vertegenwoordigd in de

werkgeverscollectiviteiten (Roos & Schut 2008:76). Deze middengroep neemt (nog steeds) het grootste aandeel in binnen de werkgeverscollectiviteiten, maar het aantal 60-plussers neemt tevens stevig toe. Hoewel deze stijging wellicht niet geheel naar verwachting is (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), is het wel te verklaren. Ruim 226 respondenten hebben aangegeven deel te nemen aan een collectiviteit via een pensioenregeling bij de oude werkgever. Deze groep is in het onderzoek meegenomen als deelnemend aan een werkgeverscollectiviteit.

Tabel 6.5 Kenmerken collectief en individueel verzekerde respondenten in 2009¹

	Collectief verzekerd (n=1172)		Individueel verzekerd (n=561)
	Werkgevers (n=778)	Open (n=394)	
<i>Leeftijd</i>			
18-39 jaar	20,3% (158)	18,8% (74)	31,0% (174)
40-59 jaar	42,9% (334)	36,5% (144)	36,2% (203)
60+	36,8% (286)	44,7% (176)	32,8% (184)
<i>Geslacht</i>			
Man	57,7% (449)	52,0% (205)	53,1% (298)
Vrouw	42,3% (329)	48,0% (189)	46,9% (263)
<i>Opleidingsniveau</i>			
Laag	27,5% (214)	37,6% (148)	34,1% (190)
Middel	32,1% (250)	27,4% (108)	30,3% (169)
Hoog	39,7% (309)	33,0% (130)	35,0% (195)
Geen / Anders	0,6% (5)	2,0 (8)	0,5% (3)

¹ Aantal respondenten staat tussen haakjes

Bij werkgeverscollectiviteiten zijn de verzekerden relatief vaak van het mannelijk geslacht. Het verschil tussen mannen en vrouwen beslaat in deze categorie ruim 15 procent. Ook in 2008 (Roos & Schut 2008:76) en 2007 (Schut & De Bruijn 2007:20) was het aantal mannen dat deelnam aan een werkgeverscollectiviteit opvallend groter dan het aantal vrouwen. Dit geldt ook voor open collectiviteiten en individueel verzekerden. In 2009 nemen 5 procent meer mannen deel aan een open collectiviteit dan vrouwen. Het verschil tussen mannen en vrouwen bij individueel verzekerden is ruim 6 procent.

Net als in 2007 (Schut & De Bruijn 2007:20) en 2008 (Roos & Schut 2008:77) is het opleidingsniveau van deelnemers aan een open collectiviteit relatief laag ten opzichte van de deelnemers aan werkgeverscollectiviteiten. Ook onder individueel verzekerden komt een lager opleidingsniveau relatief vaak voor. Wel is dit jaar het aandeel hoog opgeleide individueel verzekerden ongeveer gelijk aan het aandeel lager opgeleiden. Bij

werkgeverscollectiviteiten overheersen de hoog opgeleide deelnemers. Deze resultaten zijn globaal in overeenstemming met de resultaten van vorig jaar.

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 oudere leden hebben (zoals sociale minima). 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 (met uitzondering van de patiëntencollectiviteiten) rond de 40 procent of hoger, waarmee het aandeel ruim uitstijgt boven het aandeel 60-plussers bij individuele contracten (32,8 procent) en werkgeverscollectiviteiten (36,8 procent). Vorig jaar waren bij de vakbondsleden en zelfstandig ondernemers de 60-plussers oververtegenwoordigd (Roos & Schut 2008:77). Dat is dit jaar niet langer het geval, al maken ouderen nog een belangrijk deel uit van deze doelgroepen.

Tabel 6.6 Leeftijdsverdeling per type open collectiviteit

Categorie / Doelgroep	Aantal (n)	Leeftijdscategorie		
		18-39	40-59	60+
Sociale minima	33	12,1%	33,3%	54,5%
Patiënten	29	24,1%	44,8%	31,0%
Jongeren / Studenten en Sporters / Supporters ¹	12	75,0%	16,7%	8,3%
Ouderen	35	0,0%	17,1%	82,9%
Vakbondsleden / Zelfstandig ondernemers	109	12,8%	45,9%	41,3%
Leden / Klanten Zorgorganisaties	60	11,7%	26,7%	61,7%
Leden / Klanten Bedrijven / Belangenorganisaties	48	25,0%	37,5%	37,5%
Algemeen ²	52	28,8%	44,2%	26,9%
Anders / Weet niet	16	37,5%	31,3%	31,3%
<i>Totaal open collectiviteiten</i>	394	18,8%	36,5%	44,7%

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.

Collectiviteiten van organisaties van jongeren, studenten, sporters en supporters en van consumentenorganisaties, tussenpersonen en internetorganisaties (doelgroep algemeen), kennen een laag aandeel ouderen. De ouderen zijn hier sterk ondervertegenwoordigd of zelfs afwezig (bij de jongeren / studenten). Deze collectiviteiten leggen qua omvang echter wat minder gewicht in de schaal binnen de categorie open collectiviteiten dan bijvoorbeeld de vakbondsleden of leden van een (thuis)zorgorganisatie.

Net als vorig jaar (Roos & Schut 2008:78) 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 de patiëntencollectiviteiten is gedaald. Het aantal 40- tot 59-jarigen is bij de patiëntencollectiviteiten, ten opzichte van 2008, juist gestegen. Gezien het kleine 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 lichte verschuiving te wijten is aan het effect van kleine aantallen. Vorig jaar bevatten de collectiviteiten voor vakbondsleden en kleine zelfstandigen veel 60-plussers (Roos & Schut 2008:78), terwijl in 2007 (Schut & De Bruijn 2007:21) het aandeel respondenten tussen de 40 en 59 jaar nog de overhand had in deze groep. Dit jaar neigt de verdeling weer naar de verdeling zoals in 2007: relatief meer 40- tot 59-jarigen, en relatief minder 60-plussers.

6.2.2 Gezondheidskenmerken

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

Algemene gezondheidskenmerken

Tussen individueel verzekerden, deelnemers aan open collectiviteiten en aan werkgeverscollectiviteiten blijken significante verschillen in gezondheid. Zoals blijkt uit tabel 6.7 zijn deelnemers aan open collectiviteiten gemiddeld het minst gezond en hebben zij relatief veel contact met de huisarts. Vorig jaar (Roos & Schut 2008:78) maakten zij ook het meest gebruik van psychische hulpverleners (niet significant), maar dat is in 2009 niet langer het geval. Individueel verzekerden maken, in 2009, gemiddeld significant meer gebruik van psychische hulpverleners dan collectief verzekerden. Deelnemers aan werkgeverscollectiviteiten, daarentegen, zijn gemiddeld het meest gezond. Wel maken zij, net als vorig jaar (Roos & Schut 2008:78), relatief vaak gebruik van de tandarts. Deelnemers aan werkgeverscollectiviteiten maakten vorig jaar het minst gebruik van de huisarts (Roos & Schut 2008:78). Dit jaar maakten individueel verzekerden gemiddeld het minst gebruik van de huisarts. Hoewel de resultaten ten opzichte van vorig jaar iets ander uitpakken, zijn er geen grote veranderingen waar te nemen. De grootste verandering vindt plaats binnen de groep open collectiviteiten. Vorig jaar hadden relatief veel personen binnen deze groep nooit een huisarts bezocht. Dit jaar heeft een meerderheid van deze groep 1, 2 of 3 maal een huisarts bezocht.

Tabel 6.7 Algemene gezondheid en zorggebruik per type verzekering¹

	Collectief (n=1172)		Individueel (n=561)
	Werkgevers (n=778)	Open (n=394)	
<i>Algemene gezondheid*</i>			
Slecht / Matig	13,7% (106)	22,8% (89)	16,0% (89)
Goed	57,0% (441)	55,8% (218)	53,1% (295)
Zeer goed	23,9% (185)	17,1% (67)	23,9% (133)
Uitstekend	5,4% (42)	4,3% (17)	7,0% (39)
<i>Contact met huisarts*</i>			
0 keer	27,6% (214)	21,2% (83)	30,2% (168)
1 keer	27,6% (214)	25,1% (98)	22,8% (127)
2 of 3 keer	30,1% (233)	31,2% (122)	30,8% (171)
4 keer of meer	14,6% (113)	22,5% (88)	16,2% (90)
<i>Contact met tandarts*</i>			
0 keer	17,3% (134)	27,9% (109)	21,8% (121)
1 keer	26,9% (208)	26,1% (102)	26,8% (149)
2 of 3 keer	51,0% (395)	41,2% (161)	46,2% (259)
4 keer of meer	4,8% (37)	4,9% (19)	4,9% (27)
<i>Contact met psychische hulpverleners**</i>			
0 keer	96,0% (742)	93,9% (367)	93,0% (517)
1, 2 of 3 keer	1,3% (10)	1,0% (4)	3,6% (20)
4 keer of meer	2,7% (21)	5,1% (20)	3,4% (19)

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 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, ouderen, leden en klanten van (thuis)zorgorganisaties rapporteren twee tot drie 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 liggen qua gezondheid het meest dicht bij deelnemers aan werkgeverscollectiviteiten. Net als vorig jaar (Roos & Schut 2008:79) rapporteren klanten van algemene of specifieke consumentenorganisaties ongeveer eenzelfde gezondheid als individueel verzekerden. De deelnemers aan collectiviteiten van jongeren/studenten/sporters rapporteren, net als de collectiviteiten binnen de categorie algemeen, een gunstige gezondheidsverdeling (al gaat het bij jongeren om een zeer klein aantal respondenten). Opmerkelijk is de relatief gunstige gezondheidstoestand van de deelnemers aan patiëntencollectieven. Kennelijk sluit het hebben van een bepaalde aandoening niet uit dat de algehele gezondheidstoestand positief wordt beoordeeld.

Tabel 6.8 Gezondheidsverdeling per type open collectiviteit

Categorie / Doelgroep	Aantal (n)	Zelf gerapporteerde gezondheidstoestand		
		Slecht / Matig	Goed	Zeer goed / Uitstekend
Sociale minima	33	42,5%	45,5%	12,1%
Patiënten	29	17,2%	51,7%	31,0%
Jongeren / Studenten en Sporters / Supporters ¹	12	16,7%	50,0%	33,3%
Ouderen	35	34,3%	51,4%	14,3%
Vakbondsleden / Zelfstandig ondernemers	108	17,0%	59,4%	22,6%
Leden / Klanten Zorgorganisaties	60	35,0%	55,0%	10,0%
Leden / Klanten Bedrijven / Belangenorganisaties	48	18,8%	50,0%	31,2%
Algemeen ²	52	11,5%	63,5%	25,0%
Anders / Weet niet	16	12,5%	68,8%	18,8%
<i>Totaal open collectiviteiten</i>	391	22,8%	55,8%	21,4%

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, internmakelaars 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 aandoeningen lijden. Tabel 6.9 geeft aan hoe vaak een voorspelbaar verliesgevende chronische 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 aandoeningen 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 de grote zorgverzekeraar.

Tabel 6.9 Prevalentie voorspelbaar verliesgevende chronische aandoeningen per type verzekering¹

Aandoeningen	Collectief (n=1172)		Individueel (n=567)	Geschatte omvang subgroep ²	Voorspelbaar verlies 2003 (euro's 2006) ²
	Werkgevers (n=778)	Open (n=394)			
Migraine of regelmatige ernstige hoofdpijn	8,5% (66)	8,9% (35)	9,4% (53)	22,2%	123
Hoge bloeddruk***	18,8% (146)	22,6% (89)	16,9% (95)	15,0%	544
Vernauwing van de bloedvaten in de buik of in de benen (geen spataderen)	1,5% (12)	1,8% (7)	0,7% (4)	4,1%	845
Astma, chronische bronchitis, longemfyseem of cara	6,7% (52)	8,4% (33)	6,4% (36)	8,0%	466
Ernstige of hardnekkige darmstoornissen, langer dan 3 maanden	1,8% (14)	3,3% (13)	2,5% (14)	4,3%	779
Onvrijwillig urineverlies (incontinentie)***	2,2% (17)	4,6% (18)	3,6% (20)	7,7%	611
Ernstige of hardnekkige aandoening van de rug (incl. hernia)	6,9% (54)	8,1% (32)	7,5% (42)	14,9%	300
Gewrichtsslijtage (artrose, slijtagereuma) van heupen of knieën*	9,6% (75)	16,0% (63)	11,6% (65)	15,9%	403
Chronische gewrichtsontsteking (ontstekingsreuma, chronische reuma, reumatoïde artritis)	3,7% (29)	5,3% (21)	4,5% (25)	6,0%	716
Andere langdurige ziekte of aandoening***	12,9% (100)	17,3% (68)	13,0% (73)	12,1%	612
<i>Aantal aandoeningen*</i>					
Geen	54,1% (421)	45,2% (178)	55,6% (312)		
1	28,8% (224)	29,4% (116)	24,6% (138)		
2 of 3	14,5% (113)	21,1% (83)	16,6% (93)		
4 of meer	2,6% (20)	4,3% (17)	3,2% (18)		

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)

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 is te verklaren 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.

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 ‘migraine of regelmatige ernstige hoofdpijn’, ‘vernaauwing van de bloedvaten in de buik of in de benen (geen spataderen)’ en ‘onvrijwillig urineverlies (incontinentie)’ aanzienlijk af van de samenstelling van het Agis-bestand. Ook bij de categorie Langdurige ziekte of aandoening was vorig jaar sprake van een fors verschil met het Agis-bestand (Roos & Schut 2008:82). In 2009 is het verschil binnen deze categorie niet zo groot.

Niet alle verbanden zijn statistisch significant. Op basis van de aandoeningen die wel significant zijn, kan 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 ‘hoge bloeddruk’. Individueel verzekerden hebben deze categorie het minst vaak aangevinkt. Na deelnemers aan werkgeverscollectiviteiten zijn individueel verzekerden het meest gezond. Veel aandoeningen komen 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 (Roos & Schut 2008:82).

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 voorkomen. Chronische aandoeningen blijken, net als vorig jaar (Roos & Schut 2008:82), relatief vaak voor te komen bij collectiviteiten van zorgorganisaties, patiëntenverenigingen, sociale minima en ouderenbonden. Met betrekking tot 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 leden en klanten van bedrijven en belangorganisaties en algemene consumentenorganisaties (doelgroep Algemeen). Vakbondsleden en zelfstandig ondernemers lijden dit jaar, in vergelijking tot vorig jaar, aan wat meer chronische aandoeningen. In 2007 (Schut & De Bruijn 2007;25) 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. Ook dit jaar heeft de reumapatiëntenbond een aantal collectieve contracten afgesloten. Toch is het aandeel reumapatiënten in de categorie patiëntenverenigingen dit jaar niet opvallend hoog ten opzichte van de andere collectiviteiten. Net als vorig jaar blijken een ‘hoge bloeddruk’, ‘gewrichtsslijtage’ en ‘andere langdurige ziekte of aandoening’ bij vrijwel alle doelgroepen aanwezig.

Tabel 6.10 Prevalentie voorspelbaar verliesgevende chronische aandoeningen per type open collectiviteit (in %)

Aandoening	Percentage respondenten per type open collectiviteit dat lijdt aan betreffende aandoening								
	Totaal open collectiviteiten	Sociale minima	Patiënten	Jongeren / Studenten en Sporters / Supporters ¹	Ouderen	Vakbondsleden / Kleine zelfstandigen	Leden / Klanten Zorgorganisaties	Leden / Klanten bedrijven / belangenorganisaties	Algemeen ²
n =	394	33	29	12	35	109	60	48	52
Migraine e.d.	8,9	9,1	10,3	8,3	8,6	7,3	13,3	4,2	9,6
Hoge bloeddruk	22,6	27,3	17,2	0,0	25,7	30,3	23,3	25,0	9,6
Vernauwing van de bloedvaten buik / benen	1,8	0,0	3,4	0,0	0,0	1,8	5,0	0,0	1,9
Astma e.d.	8,4	15,2	13,8	0,0	14,3	6,4	11,7	4,2	5,8
Ernstige darmstoornissen	3,3	6,1	0,0	8,3	0,0	1,8	8,3	2,1	3,8
Incontinentie	4,6	15,2	0,0	0,0	17,1	0,9	0,0	6,3	5,8
Ernstige rugaandoening	8,1	12,1	13,8	0,0	17,1	5,5	13,3	4,2	3,8
Gewrichtsslijtage	16,1	18,2	13,8	0,0	34,3	13,8	25,0	12,5	7,7
Reuma e.d.	5,3	12,1	10,3	0,0	5,7	4,6	8,3	2,1	1,9
Andere langdurige ziekte of aandoening	17,3	18,2	27,6	8,3	11,4	46,8	23,3	22,9	7,7
Totaal (gemiddeld % aandoeningen)	10	13	11	2	13	12	13	7	6

¹ Wegens het gering aantal respondenten zij 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 en 2008. Omdat tabel 6.11 gebaseerd is op gegevens uit tabel 6.10 en gegevens uit het onderzoek van Schut en De Bruijn (2007:25) en Roos en Schut (2008:84), 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 2007-2009

	Aantal (n) in 2007	Gemiddeld aantal aandoeningen per persoon in 2007	Aantal (n) in 2008	Gemiddeld aantal aandoeningen per persoon in 2008	Aantal (n) in 2009	Gemiddeld aantal aandoeningen per persoon in 2009
Sociale minima	56	0,98	53	1,25	33	1,36
Patiënten	36	1,25	25	1,08	29	1,10
Jongeren / Studenten en Sporters / Supporters ¹	13	0,31	7	0,29	12	0,25
Ouderen	24	1,42	32	1,75	35	1,34
Vakbondsleden / Kleine zelfstandigen	148	0,76	113	0,98	109	0,88
Leden / Klanten zorgorganisaties	25	1,40	61	1,41	60	1,32
Leden / Klanten bedrijven / belangenorganisaties	56	0,93	34	0,94	48	1,38
Algemeen ²	47	1,11	46	0,59	52	0,58
Totaal open collectiviteiten	419	0,98	391	1,08	394	0,96

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

² Algemene consumentenorganisaties, tussenpersonen, internetmakelaars enz.

Wegens het gering aantal waarnemingen per categorie kan het beste naar de drie jaren samen worden gekeken. Daaruit blijkt dat het gemiddeld aantal aandoeningen het hoogst ligt bij ouderen, leden van (thuis)zorgorganisaties, sociale minima en patiënten.

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 respondenten⁵, aangezien voor slechte/matige gezondheid en de meeste aandoeningen geldt dat de feitelijke prevalentie 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.

Na standaardisatie voor leeftijd blijkt het aandeel voorspelbaar verliesgevende aandoeningen bij werkgeverscollectiviteiten nog steeds gunstiger dan bij open collectiviteiten en individueel verzekerden. Het verschil in gezondheid tussen respondenten die deelnemen aan een werkgeverscollectiviteit en respondenten die een individueel contract hebben afgesloten lijkt kleiner te worden. Individueel verzekerden lijken wat gezonder te zijn dan vorig jaar (Roos & Schut 2008:85). Bij werkgeverscollectiviteiten komen voorspelbaar verliesgevende aandoeningen grosso modo maar half zo vaak voor als bij Agis-verzekerden in 2001 binnen dezelfde leeftijdscategorieën. Hetzelfde geldt voor individuele contracten, al ligt daar het aantal aandoeningen gemiddeld iets hoger. Voor open collectiviteiten ligt het gemiddeld aantal aandoeningen op circa 70 procent van het Agis-niveau (zie de onderste rij in tabel 6.12).⁶ Na standaardisatie voor leeftijd blijkt dus dat deelnemers aan werkgeverscollectiviteiten gemiddeld genomen het meest gezond zijn, terwijl deelnemers aan open collectiviteiten gemiddeld de minst gunstige gezondheidstoestand hebben. De open collectiviteiten vormen echter een zeer heterogene groep en het lijkt daarom waarschijnlijk dat er tussen de verschillende typen open collectiviteiten 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

⁵ Dit kan zowel het gevolg zijn van een *over*vertegenwoordiging van ongunstige risico's bij Agis (de populatie bestond uitsluitend uit ziekenfondsverzekerden en kwam voornamelijk uit grote steden) als een *onder*vertegenwoordiging van chronisch zieken in het CentERpanel.

⁶ 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

gecorrigeerde gezondheidssamenstelling per type open collectiviteit is vanwege de geringe aantallen echter niet mogelijk.

Tabel 6.12 Verhouding tussen feitelijke en verwachte verdeling van gezondheidskenmerken per type collectiviteit in 2009 op basis van leeftijdsamenstelling en kenmerken Agis-verzekerden¹

	Werkgevers- collectiviteit	Open collectiviteit	Individueel verzekerd
Algemene gezondheid			
Slecht / Matig	0,57	0,91	0,71
Goed	1,08	1,05	1,01
Zeer goed / Uitstekend	1,28	0,98	1,24
Aandoeningen			
Migraine / regelmatige ernstige hoofdpijn	0,41	0,45	0,44
Hoge bloeddruk	1,03	1,16	1,03
Vernauwing bloedvaten in buik of benen (geen spataderen)	0,31	0,32	0,16
Astma, chronische bronchitis, cara of longemfyseem	0,79	0,96	0,78
Ernstige / hardnekkige darmstoornissen >3 mnd.	0,39	0,70	0,56
Onvrijwillig urine-verlies (incontinentie)	0,24	0,47	0,43
Ernstige / hardnekkige rugaandoening (incl. hernia)	0,42	0,48	0,48
Gewrichtsslijtage (artrose, slijtagereuma) van heupen of knieën	0,48	0,74	0,65
Chronische gewrichtsontsteking (ontstekingsreuma, chronische reuma, reumatoïde artritis)	0,52	0,71	0,68
Andere langdurige ziekte / aandoening	1,02	1,39	1,06
<i>Gemiddelde (ongewogen) over alle bovengenoemde soorten aandoeningen</i>	0,51	0,67	0,58

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 & Van de Ven 2006)

In 2007 en 2008 was er sprake van een opvallend hoge prevalentie van astma onder de deelnemers van open collectiviteiten (Roos & Schut 2008:86). In de evaluatie werd toen aangegeven dat dit mogelijk een gevolg zou kunnen zijn van het collectieve contract van de Astma Patiënten Vereniging. Dit jaar ligt het aandeel astmapatiënten nog steeds relatief hoog, al is het verschil minder groot dan in voorafgaande jaren. Het aandeel verzekerden met een andere langdurige ziekte of aandoening ligt veel hoger bij deelnemers aan open collectiviteiten dan bij deelnemers met een werkgeverscollectiviteit of individuele verzekering. Het verschil tussen de varianten ligt wel wat lager dan in 2008 (Roos & Schut 2008:86) maar is nog steeds opvallend. Deze gegevens lijken te duiden dat chronisch zieken de afgelopen jaren hun weg naar open collectiviteiten steeds beter hebben weten te vinden, hetgeen bevestigd wordt door het aanzienlijke aantal mensen dat zich (al een aantal jaren, zo

specifieke aandoeningen waren opgenomen (waardoor er dus minder respondenten in deze categorie overblijven). Dit verklaard waarom de ratio's in deze categorie alle hoger zijn dan 1,0

toonden ook voorgaande onderzoeken) collectief verzekert via een patiëntenorganisatie, (thuis)zorginstelling of ouderenvereniging.

6.3 Redenen om voor een collectiviteit te kiezen

De respondenten is gevraagd aan te geven wat de reden is of de 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 collectiviteitkorting op de premie voor de basisverzekering is voor veruit de meeste collectief verzekerden de belangrijkste reden. Deze reden wordt door meer dan de helft van de deelnemers aan een open collectiviteit en werkgeverscollectiviteit genoemd. Ten opzichte van vorig jaar betekent dit een lichte stijging (Roos & Schut 2008:87).

Tabel 6.13 Belangrijkste reden om collectiviteit te kiezen (in %)

Redenen	Open collectief (n=394)	Werkgeverscollectief (n=778)
De collectiviteitkorting op de premie voor de basisverzekering	66,5	51,8
De collectiviteitkorting op de premie voor de aanvullende verzekering	12,2	10,3
Mijn werkgever betaalt een deel van de premie als ik gebruik maak van zijn collectiviteit	1,3	12,7
Het afsluiten van een collectieve verzekering geeft weinig rompslomp	7,9	9,0
Afspraken die het collectief heeft gemaakt over de dekking van de aanvullende verzekering(en)	2,8	5,1
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)	2,3	4,8
Korting op andere verzekeringen of producten via de collectiviteit (bijvoorbeeld korting op het lidmaatschap van een vereniging of korting op voedingssupplementen)	2,5	1,0
Afspraken die het collectief heeft gemaakt over extra diensten die voor mij interessant zijn, bijvoorbeeld beweegprogramma's of fitnessprogramma's	0,5	0,9

Naast de premiekorting op de basisverzekering speelt de korting op de aanvullende verzekering een belangrijke rol. Verder vormt het gegeven dat werkgevers soms een deel van de premie betalen als de werknemers gebruik maken van de collectiviteit een belangrijke reden om deel te nemen aan een werkgeverscollectiviteit.

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 acht 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 (of minder) van de respondenten het belangrijkste bij de keuze voor een open collectiviteit of werkgeverscollectiviteit. Net als in voorgaande jaren (Schut & De Bruijn 2007:29 en Roos & Schut 2008:88) 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=394)	Werkgeverscollectief (n=778)
De collectiviteitskorting op de premie voor de basisverzekering	81,5	74,4
De collectiviteitskorting op de premie voor de aanvullende verzekering	56,3	50,6
Mijn werkgever betaalt een deel van de premie als ik gebruik maak van zijn collectiviteit	1,5	18,4
Het afsluiten van een collectieve verzekering geeft weinig rompslomp	17,0	21,2
Afspraken die het collectief heeft gemaakt over de dekking van de aanvullende verzekering(en)	7,1	9,5
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)	7,4	9,9
Korting op andere verzekeringen of producten via de collectiviteit (bijvoorbeeld korting op het lidmaatschap van een vereniging of korting op voedingssupplementen)	5,3	2,7
Afspraken die het collectief heeft gemaakt over extra diensten die voor mij interessant zijn, bijvoorbeeld beweegprogramma's of fitnessprogramma's	2,8	2,6

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 werkgever 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. Verder valt op dat zowel respondenten die via

werkgeverscollectiviteiten verzekerd zijn, als de respondenten die een open collectiviteit hebben afgesloten, zich minder goed geïnformeerd vinden over het aanbod dan in 2008 (Roos & Schut 2008:89). Toen vond zo'n 33 procent van de verzekerden via een open collectiviteit en 30 procent van de verzekerden via een werkgeverscollectiviteit dat zij goed tot zeer goed geïnformeerd waren. Dat aandeel is gedaald. Het aandeel respondenten dat aangeeft matig geïnformeerd te zijn over het aanbod is daarentegen gestegen. 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=1172)	
	Werkgevers (n=778)	Open (n=394)
Niet	23,5%	21,8%
Slecht	14,7%	16,5%
Matig	35,3%	33,8%
Goed / Zeer goed	26,5%	27,9%

6.4 Toegangseisen

De respondenten met een open collectiviteit (n=394) is gevraagd in hoeverre zij bij aanmelding moesten voldoen aan bepaalde toegangseisen. Meer dan de helft van deze respondenten (59,6 procent) gaf aan dat zij aan één of meer toegangeisen moesten voldoen. Bij ruim 70 procent (72,4 procent) ging het om een lidmaatschap van een bepaalde vereniging. Bij ruim 15 procent (15,1 procent) bestond de toegangeis uit het voldoen aan een bepaald kenmerk, bijvoorbeeld student, onderwijzer, 50-plusser of diabetespatiënt. Net als in voorgaande jaren (Schut & De Bruijn 2007:30; Roos & Schut 2008:89) meldde slechts één respondenten dat een bepaalde gedraging of leefstijl werd vereist. 15 respondenten geven aan dat zij gezondheidsvragen moesten invullen om tot het collectief te mogen toetreden. Dat zijn er drie meer dan vorig jaar (Roos & Schut 2008:98). Van deze 15 respondenten is er één aangesloten bij een collectiviteit voor sociale minima, één heeft een collectiviteit via een bedrijf of belangenorganisatie, drie zijn aangesloten bij een collectiviteit via een vakbond of als kleine zelfstandige, zeven bij een collectiviteit via een algemene consumentenorganisatie of (internet)tussenpersoon, twee bij een collectiviteit voor leden of klanten van een (thuis)zorgorganisatie en één bij een collectiviteit via een ouderenbond. Geen van hen is aangesloten bij een collectiviteit voor jongeren / studenten of sporters / supporters of bij een collectiviteit via de patiëntenvereniging. Vorig jaar werd geconcludeerd dat het niet erg aannemelijk was dat gezondheidsvragen als selectiemiddel zijn gebruikt. Mogelijk werd respondenten om een andere reden gezondheidsvragen gesteld. Ook zouden vragen over een arbeidsongeschiktheidsuitkering in verband met toelating tot een gemeentecollectief door betrokkenen kunnen zijn opgevat als gezondheidsvragen. Deze conclusie is wat minder

gemakkelijk te trekken met betrekking tot de doelgroep 'Algemeen'. Toch lijkt de conclusie gerechtvaardigd, mede door het relatief kleine aantal dat aangeeft een verklaring te hebben moeten invullen, dat collectiviteiten vooralsnog, net als vorig jaar (Roos & Schut 2008:98), niet of nauwelijks aan risicoselectie doen.

6.5 Conclusie

De resultaten van de enquête bevestigen wederom het landelijke beeld (Smit & De Boo 2009:1) dat de meerderheid van de bevolking collectief verzekerd is en dat het aandeel collectief verzekerden in 2009 (licht) verder is toegenomen. Ruim 68 procent van de respondenten is in 2009 collectief verzekerd. Dit betekent een stijging van twee procent ten opzicht van 2008. Onder de collectief verzekerde respondenten is het aandeel dat deelneemt aan een open collectiviteit 34 procent. Dit betekent een (zeer lichte) daling van één procent ten opzichte van vorig jaar.

Open collectiviteiten lopen zowel qua aard als samenstelling sterk uiteen. Qua omvang is de categorie collectiviteiten van vakbonden en organisaties van kleine zelfstandigen het grootst. Zij nemen, net als vorig jaar ruim een derde van het marktaandeel van open collectiviteiten voor hun rekening. Ongeveer 2,5 procent van de respondenten is verzekerd via een patiëntenvereniging. Dat betekent een lichte stijging ten opzichte van vorig jaar.

Open collectiviteiten worden gekenmerkt door een relatieve oververtegenwoordiging van ouderen, hetgeen vooral lijkt 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 sociale minima, patiëntenverenigingen en vakbonden). Deelnemers aan open collectiviteiten zijn gemiddeld het minst gezond en hebben relatief veel contact met de huisarts. 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 een globale standaardisatie van verschillen in leeftijdopbouw minder vaak lijden aan voorspelbaar verliesgevende aandoeningen dan deelnemers aan een

open collectiviteit (zie tabel 6.12). Na een globale correctie voor verschillen in leeftijdsopbouw blijken verzekerden met een individueel contract gemiddeld een iets minder gunstige gezondheidstoestand te hebben dan deelnemers aan een werkgeverscollectiviteit. Deelnemers aan open collectiviteiten hebben de minst goede gezondheid. Vanwege de grote heterogeniteit in de samenstelling van open collectiviteiten zal er waarschijnlijk sprake zijn van grote gezondheidsverschillen per type open collectiviteit (de aantallen zijn echter te klein voor een standaardisatie naar leeftijd per type open collectiviteit). Evenals in 2007 en 2008 is er sprake van een relatief hoge prevalentie van astma onder de deelnemers van open collectiviteiten. Opvallend hoog is nog steeds het aandeel verzekerden met een andere langdurige ziekte of aandoening bij deelnemers aan open collectiviteiten. Hoewel het verschil ten opzichte van 2008 wat minder groot is, duiden de gegevens er op dat chronisch zieken de afgelopen jaren hun weg naar open collectiviteiten steeds beter hebben weten te vinden. Deze veronderstelling wordt bevestigd door het aanzienlijke aantal mensen dat zich collectief verzekert via een patiëntenorganisatie, (thuis)zorginstelling of ouderenvereniging.

Dat bepaalde collectiviteiten voor zorgverzekeraar bij het huidige risicovereveningssysteem qua risico aantrekkelijker zijn dan anderen, komt mogelijk ook enigszins tot uitdrukking in de premiestelling. Net als vorig jaar (Roos & Schut 2008:74) krijgen werkgeverscollectiviteiten gemiddeld een hogere premiekorting dan deelnemers aan open collectiviteiten. Dat geldt voor zowel de korting op de basis- als op de aanvullende verzekering. Respondenten die deelnemen aan collectiviteiten met een relatief hoog risicoprofiel (patiënten en leden van een van zorgorganisatie) krijgen gemiddeld een wat lagere korting dan overige respondenten. Dit is conform de verwachting en de bevindingen op grond van de inventarisatie van open collectiviteiten (zie hoofdstuk 5). De verschillen zijn echter marginaal. Dat deze collectiviteiten een substantiële premiekorting krijgen, duidt er op dat zorgverzekeraars de kortingen nog nauwelijks baseren op risicoverschillen. De vraag is echter hoe lang dit nog zal duren. Door de scherpe prijsconcurrentie op de zorgverzekeringsmarkt en het toenemende financieel risico's door de afbouw van de ex-post verevening (met name in het B-segment van de ziekenhuiszorg) krijgen zorgverzekeraars steeds sterkere prikkels om via hogere premiekortingen collectiviteiten met een gunstig risicoprofiel aan te trekken en/of de korting voor voorspelbaar verliesgevende collectiviteiten te verlagen zodat het daarmee gepaard gaande kostenvoordeel de korting overtreft. Dat dit staat te gebeuren, lijkt een kwestie van tijd omdat verzekeraars steeds beter inzicht zullen krijgen in de kostenverschillen tussen collectiviteiten. Bovendien geeft ongeveer de helft van de respondenten aan dat premiekortingen de belangrijkste reden vormen voor de keuze van de collectiviteit. Dit vergroot de druk tot premiedifferentiatie via gedifferentieerde collectiviteitkortingen.

Naast indirecte risicoselectie via het aantrekken van qua risicoprofiel gunstige type 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. Samenvatting, conclusie en discussie

In de inleiding werd gesteld dat zorgverzekeraars door de toegenomen prijsconcurrentie en een toenemend financieel risico door afname van de ex-post verevening toenemende prikkels voor risicoselectie ondervinden. Aanvullende en collectieve verzekeringen kunnen door verzekeraars als instrument voor risicoselectie worden gehanteerd. Hoewel uit voorgaand onderzoek (De Bruijn en Schut 2006 en 2007; Roos & Schut 2008) bleek dat van risicoselectie (nog) nauwelijks sprake was, blijft een periodiek evaluatie van het gebruik van de aanvullende en collectieve verzekeringen voor risicoselectie zeer relevant zolang een deel van de patiënten voor verzekeraars voorspelbaar verliesgevend is.

Door middel van dit onderzoek is 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 kan worden gebruikt als instrument voor risicoselectie binnen de basisverzekering. De hoofdvraag van deze evaluatie luidde: ‘Zijn de aanvullende en collectieve verzekeringen in 2009 van invloed op de toegankelijkheid (en mobiliteit) ten aanzien van de basisverzekering?’. In dit hoofdstuk worden de belangrijkste bevindingen met betrekking tot de aanvullende en collectieve verzekeringen achtereenvolgens samengevat en wordt kort ingegaan op de mogelijke beleidsimplicaties.

7.1 Aanvullende verzekeringen

Circa 90 procent van de Nederlanders heeft een aanvullende ziektekostenverzekering (Smit & De Boo 2009:1). Onder individueel verzekerden ligt dit percentage lager dan onder collectief verzekerden (respectievelijk 85 procent en 94 procent). Vektis rapporteert ten opzichte van 2008 en 2007 een licht dalende trend van het aantal mensen met een aanvullende verzekering (Smit & De Boo 2009:1).

7.1.1 Inleiding

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 onderzoek in opdracht van NPCF blijkt dat risicoselectie bij het huidige risicovereveningssysteem voor zorgverzekeraars financieel aantrekkelijk is (Stam en Van de Ven 2007 en 2008). Daarnaast kunnen voorwaarden die verzekeraars aan de aanvullende

verzekeringen verbinden, zoals een koppeling met 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 (Zvw) in 2006 en de overgang van alle verzekerden naar nieuwe basis- en aanvullende polissen hebben zorgverzekeraars in 2006 toegezegd iedereen zonder medische 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 de evaluatie 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 toezegging tot non-selecte acceptatie, of een variant hierop, werd voor 2008 echter niet door de zorgverzekeraars gedaan. In 2008 (Roos & Schut 2008) was het aantal verzekeraars met een gezondheidsverklaring gestegen. Verder werden fors meer respondenten tegen beperkende voorwaarden en/of met een premieopslag geaccepteerd voor de verzekering. In het algemeen kon worden gesteld dat er sprake was van een verscherping van de voorwaarden en de manier waarop het acceptatiebeleid werd vormgegeven. De vraag is of de trend die in 2008 lijkt ingezet, zich doorzet in 2009. Ook voor 2009 is door zorgverzekeraars geen toezegging of uitgesproken verwachting gedaan met betrekking tot non-selecte acceptatie.

Uit de evaluatie van 2006, 2007 en 2008 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. In 2008 werd geconcludeerd dat vrijwel alle zorgverzekeraars het onaantrekkelijk, zometertijd onmogelijk, maakten om uitsluitend een aanvullende verzekering af te sluiten. Een tweede belangrijke vraag is of deze belemmeringen in 2009 zijn verminderd. Tegen deze achtergrond is in 2009 wederom een evaluatie van het beleid van zorgverzekeraars met betrekking tot de aanvullende verzekeringen uitgevoerd.

In de evaluatie zijn, net als in voorgaande jaren, twee onderzoeksmethoden gebruikt. Ten eerste zijn bij 29 zorgverzekeraars in december 2008 de aanmeldpakketten, informatiebrochures en polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen opgevraagd of gedownload. De afzonderlijke tandartsverzekeringen zijn 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 1813 verzekerden.

7.1.2 Risicoselectie in de basisverzekering via de aanvullende verzekering

Risicoselectie in de basisverzekering kan direct plaatsvinden via het acceptatiebeleid of indirect via premie- en/of pakketdifferentiatie in de aanvullende verzekering. 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. De vraag ‘Stellen verzekeraars voor verzekerden die voorspelbaar verliesgevend zijn in de basisverzekering extra hoge premies in de aanvullende verzekering?’ vormde bij deze laatste analyse de leidraad.

De bevindingen kunnen als volgt worden samengevat:

- *Vragen over verzekeringsverleden.* Het aantal verzekeraars dat dit jaar vraagt naar het verzekeringsverleden van de kandidaat-verzekerde is, ten opzichte van vorig jaar, licht gedaald (zie tabel 3.1). Uit de evaluatie van de aanvullende verzekeringen in 2006 bleek 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. Deze veronderstelling lijkt nog steeds erg waarschijnlijk. Uit de enquête blijkt dat circa 26 procent (n=16) 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 die jaren was afgenomen ten opzichte van de jaren daarvoor. In 2006 was deze afname het grootst, en in 2007 zette de trend voort. In 2008 steeg het aantal zorgverzekeraars met een gezondheidsverklaring echter weer wat. Daarnaast nam het aantal vragen per verzekeraar gemiddeld genomen toe. In 2009 is echter weer sprake van een lichte daling van het aantal verzekeraars dat een gezondheidsverklaring hanteert doordat Trias en Delta Lloyd geen gezondheidsverklaring meer hanteren. De verzekeraars die nog wel een gezondheidsverklaring hanteren, laten deze, net als in voorgaande jaren, enkel invullen bij de meest uitgebreide pakketten, een klassenverzekering of als verzekerden hun basisverzekering bij een andere zorgverzekeraar afsluiten (Fortis ASR en De Friesland).

Het aantal vragen per verzekeraar is gemiddeld toegenomen (zie tabel 3.3 en bijlage 2 – tabel 1, tabel 3 en tabel 5) door een toename in het aantal vragen over toekomstig zorggebruik, en over bepaalde aandoeningen (voor een deel van deze aandoeningen worden verzekeraars in de basisverzekering niet via het vereveningssysteem gecompenseerd). Het gaat hier echter om kleine aantallen waardoor vooralsnog niet van een trend kan worden gesproken. In de volgende tabel is weergegeven hoe het aantal vragen in de gezondheidsverklaringen en het aantal vragen over het verzekeringsverleden is veranderd sinds 2004.

Tabel 7.1 Gebruik van gezondheidsverklaringen¹ en vragen over verzekeringsverleden van 2004 tot 2009

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Totaal aantal verzekeraars	21	21	32	33	30	29
Aantal zorgverzekeraars dat een vraag stelt over het verzekeringsverleden van de aspirant verzekerde	8	8	19 ²	18 ²	18	16
Aantal zorgverzekeraars met een gezondheidsverklaring ¹	10	9	73	4 ³	8 ⁴	6 ⁵
<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	4 (15) ⁵
Zorggebruik (tussen haakjes het gemiddeld aantal vragen per zorgverzekeraar)	9 (4)	9 (3)	7 (2)	4 (3)	8 (6) ⁴	6 (8) ⁵
Medicijngebruik	5	4	1	1	3 ⁴	3 ⁵
Algemene gezondheidsindicatie	2	0	0	0	4 ⁴	4 ⁵
Gezondheidsgedrag	1	4	0	0	0 ⁴	0 ⁵

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 Fortis ASR en De Friesland (vereisen alleen een gezondheidsverklaring als de basisverzekering elders wordt afgesloten). Ook zonder deze verzekeraars steeg in 2008 het aantal verzekeraars met een gezondheidsverklaring (zie Roos & Schut 2008:33 Tabel 3.4 Voetnoot 4)

⁵ Inclusief de gezondheidsverklaringen van Fortis ASR en De Friesland. Indien Fortis ASR en De Friesland niet meegerekend worden, is het aantal verzekeraars met een gezondheidsverklaring 4; het aantal verzekeraars met vragen over aandoeningen 2 (gemiddeld aantal vragen 8); het aantal verzekeraars met vragen over zorggebruik 4 (gemiddeld aantal vragen 7); het aantal verzekeraars met vragen over medicijngebruik 1; en het aantal verzekeraars dat vraagt naar de algemene gezondheidstoestand 3.

De resultaten uit de enquête ondersteunen het beeld. Het aantal overstappers dat in 2009 een gezondheidsverklaring heeft moeten invullen (n=8) is lager dan in 2008 (n=14) (zie tabel 3.5). Vier respondenten gaven aan dat zij geweigerd zijn, waarbij één respondent geweigerd is na het invullen van de gezondheidsverklaring. In 2008 waren 8 respondenten voor de verzekering geweigerd. Eén van hen werd geweigerd na het invullen van een gezondheidsverklaring. In 2007 kreeg geen van de respondenten die een

gezondheidsverklaring moesten invullen, te maken met afwijkende voorwaarden of premietoelagen. In 2008 had het invullen van een gezondheidsverklaring voor drie respondenten wel een dergelijke consequentie. In 2009 gold dat voor één respondent. Daarnaast werden er in 2009 in totaal 43 respondenten (waarvan er één een gezondheidsverklaring heeft moeten invullen) tegen beperkende voorwaarden en/of met een verhoogde premie geaccepteerd, terwijl in 2008 77 respondenten een dergelijke consequentie rapporteerden. In 2007 melden 15 respondenten een dergelijke consequentie. Het aantal in 2009 is dus aanzienlijk hoger dan in 2007, maar ten opzichte van 2008 is er sprake van een aanzienlijke daling. Van de in totaal 43 respondenten die aangeven met beperkende voorwaarden en/of met een verhoogde premie geaccepteerd te zijn, geven de meeste in 2009 aan dat zij bij dezelfde verzekeraar gebleven zijn en dat zij bovendien niet serieus overwogen hebben van verzekeraar te veranderen. Deze respondenten worden gekenmerkt door een gemiddeld minder goede gezondheidstoestand dan de respondenten in de rest van de steekproef. Op grond van de ‘en bloc’ clause 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 en/of de beperkende voorwaarden verward met de jaarlijkse (mogelijke) verandering van de polisvoorwaarden.

- *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 2008, het jaar voorafgaand aan de enquête, bij drie respondenten de aanvullende verzekering ongevraagd door de verzekeraar is opgezegd. Vorig jaar (2008) gaven nog acht respondenten aan dat hun verzekering in 2007 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 veertien 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. Het aantal verzekeraars dat in 2008 premiedifferentiatie toepaste, was toegenomen. Ook dit jaar is het aantal verzekeraars met premiedifferentiatie weer gestegen (zie bijlage 3). Veel verzekeraars bieden speciale jongerenpolissen aan en differentiëren de premie binnen

deze polissen naar leeftijd. Aangezien leeftijd een vereveningsfactor is in het risicovereveningsmodel, werd in voorgaande jaren geconcludeerd dat deze vorm van premiedifferentiatie geen effectieve strategie is voor risicoselectie in de basisverzekering. Een indirecte manier van premiedifferentiatie ontstaat doordat er verschillende doelgroepk pakketten worden aangeboden, tegen uiteenlopende prijzen (zie ook volgend punt).

- *Pakketdifferentiatie.* Zeventien zorgverzekeraars bieden pakketten aan die gericht zijn op bepaalde doelgroepen (zie bijlage 4). Dit is een stijging ten opzichte van 2008. Toen boden vijftien zorgverzekeraars doelgroepk pakketten aan. Vooral het aantal verzekeraars dat een levensplan uitstippelde voor de verzekerde was in 2008 gestegen en ook het aantal verzekeraars dat een gezinspakket en/of studentenpolis aanbood was hoger dan in 2007 (Roos & Schut 2008:21). Deze trend zet zich in 2009 voort. In het aanbod zijn echter wel wat verschuivingen waar te nemen. Opvallend is het aantal verzekeraars dat speciale voorzieningen voor werknemers of werkgevers aanbiedt. 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 de 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 gehanteerd werd voor risicoselectie in de basisverzekering. In 2008 steeg het aantal gezondheidsverklaringen. Verder werden fors meer respondenten tegen beperkende voorwaarden en/of met een premieopslag geaccepteerd voor de verzekering. In 2009 daalde het aantal verzekeraars met een gezondheidsverklaring licht, maar gemiddeld genomen nam het aantal vragen per verzekeraar toe. Bovendien hanteren meer verzekeraars pakket- en/of premiedifferentiatie. Het aantal respondenten dat tegen beperkte voorwaarden en/of met een premieopslag geaccepteerd werd voor de verzekering is afgenomen, maar nog steeds hoger dan in 2007. Waar in 2008 sprake leek van een aanzienlijke aanscherping van de voorwaarden zet deze ontwikkeling zich in 2009 vooralsnog niet door.

7.1.3 Aanvullende verzekering, keuzevrijheid en mobiliteit

Bij 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 contractduur, de opzegtermijn, de aanmeldingsprocedure, de regels inzake medeverzekering van gezinsleden en het beleid rondom het overnemen van

machtigingen. De belangrijkste conclusies uit hoofdstuk 4 kunnen als volgt worden samengevat:

- *Koppeling basis- en aanvullende verzekering.* Voor de invoering van de Zvw kenden de meeste aanvullende verzekeringen de bepaling dat de polis automatisch werd beëindigend bij de opzegging van de hoofdverzekering. Op grond van artikel 120 van de Zvw is deze vorm van koppelverkoop echter verboden en komt in 2009, net als in 2007 en 2008, 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. In 2009 hanteren, net als vorig jaar, vijf verzekeraars een dergelijke premieopslag. Zij vermelden niet hoe hoog deze opslag is. Daarnaast geven klantenservicemedewerkers van vijftien zorgverzekeraars desgevraagd telefonisch aan dat een verzekerde die een basisverzekering bij hen opzegt, ook automatisch een opzegging van de aanvullende verzekering kan verwachten. Dit is een sterke stijging ten opzichte van vorig jaar toen dit bij zes zorgverzekeraars door klantenservicemedewerkers werd medegedeeld. Een dergelijke automatische opzegging is echter op grond van de Zvw verboden (art. 120) en dan ook niet in de polisvoorwaarden van de betreffende zorgverzekeraars opgenomen. Hoewel de mededeling mogelijk te wijten is aan een fout van specifieke medewerkers, is het opmerkelijk dat deze fout bij vijftien verschillende zorgverzekeraars werd gemaakt. Op zijn minst lijken klantenservicemedewerkers niet goed op de hoogte van de rechten van verzekerden en van de polisvoorwaarden. 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 hen wordt afgesloten. Deze vorm van koppelverkoop is toegestaan. Voor tien zorgverzekeraars, één meer dan vorig jaar, 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. Dergelijke premieopslagen vormen waarschijnlijk een effectieve belemmering voor het afsluiten van een afzonderlijke aanvullende verzekering. Andere verzekeraars passen een 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 achttien verzekeraars (zes meer dan in 2008) hebben dit in de polisvoorwaarden vermeld staan, terwijl nog eens negen verzekeraars iets dergelijks als opmerking bij de premietabellen weergeven. Tenslotte stelt 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. Het is door diverse vormen van koppelverkoop voor veel verzekerden onaantrekkelijk of zelfs onmogelijk om de aanvullende verzekering bij een andere zorgverzekeraar af te sluiten dan de basisverzekering. De trend die in 2008 lijkt ingezet, zet zich in 2009 dus voort. Het aantal zorgverzekeraars dat een koppeling hanteert is nog verder toegenomen. Er lijkt sprake van een impliciet ontmoedigingbeleid als het gaat om het afsluiten van de aanvullende verzekering zonder basisverzekering. Uit de enquête blijken 16 personen in 2009 serieus overwogen hebben om per 1 januari 2009 alleen voor de aanvullende verzekering van zorgverzekeraar te veranderen. Zes van hen ondervonden problemen bij de overstap door koppelverkoop of beperkende voorwaarden en/of verhoogde premie. Twaalf respondenten hebben, in 2009, door koppelverkoop problemen ondervonden toen zij wilden overstappen naar een andere verzekeraar voor de basisverzekering (n=74). Het aantal respondenten dat problemen ten gevolge van koppelverkoop ondervond is weliswaar beperkt, maar aanwezig, en het aantal ligt, net als vorig jaar, hoger dan in 2007. Het gaat echter nog steeds om kleine aantallen.

- *Contractduur.* In 2009 hanteert 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 voorgaande jaren, meestal geen belemmering om te switchen voor de basisverzekering. Uit de enquête blijkt dat twee respondenten bij de overstap problemen hebben ondervonden doordat zij de aanvullende verzekering nog niet op konden zeggen omdat daarvan de contractduur nog niet verstreken was.
- *Opzegtermijn.* Nog slechts één zorgverzekeraar hanteert een opzegtermijn van twee maanden voor de aanvullende verzekering. Dit is een sterke daling ten opzichte van 2008 toen nog negen zorgverzekeraars een dergelijke bepaling hanteerden. Bij een opzegtermijn van 2 maanden geldt, wanneer de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekering niet worden gewijzigd, voor de verzekerden die van zorgverzekeraar willen veranderen dat zij de aanvullende verzekering vóór 1 november moeten opzeggen, terwijl op dat moment de inhoud van de basispolis vaak nog niet bekend is. Een dergelijke opzegtermijn kan daarom een belemmering vormen voor de mobiliteit in de basisverzekering. De Nederlandse Zorgautoriteit beschouwt deze belemmering als onwenselijk en heeft de zorgverzekeraars met een dergelijke bepaling verzocht voor de aanvullende verzekering dezelfde opzegtermijn te hanteren als voor de basisverzekering (NZa 2008b:8). De betreffende verzekeraars hebben aangegeven dat zij in de praktijk de opzegtermijnen voor de aanvullende verzekering en de basisverzekering al gelijk hebben getrokken (NZa 2008b:8). Zij gaven aan de polisvoorwaarden te veranderen. Naar nu blijkt hebben alle verzekeraars, met uitzondering van één, dit ook daadwerkelijk gedaan.

Uit de enquête blijkt dat twee respondenten in de praktijk bij de overstap last van de opzegtermijn ondervonden hebben. Voor de meeste zorgverzekeraars geldt dat verzekerden tot en met 31 december de tijd hebben om de aanvullende verzekering op te zeggen. Dan vormt de opzegtermijn dus geen potentiële overstapbelemmering.

- *Aanmeldprocedure.* Evenals in eerder 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. Het ontbreken van deze mogelijkheid kan ook in 2009 een feitelijke belemmering vormen om over te stappen. Vier respondenten (n=74) gaven 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 twee 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 bleef in 2008 gelijk, maar stijgt in 2009 weer wat. Uit de enquête blijkt dat één respondent het een probleem vond dat de verzekeraar van zijn keuze een gezinsverzekering hanteerde.
- *Overname van machtigingen.* Zorgverzekeraars hebben, voor zover 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.

7.1.4 Conclusie

In 2008 werd op grond van de inventarisatie van de aanvullende verzekering en de resultaten van de enquête geconcludeerd dat er sprake leek van een aanscherping van de voorwaarden, zowel met betrekking tot de aanmelding als tot de acceptatie voor de aanvullende voorwaarden. Deze ontwikkeling lijkt in 2009 niet door te zetten. Het gebruik van gezondheidsverklaringen is beperkt, en ten opzichte van 2008 gedaald. Wel is het gemiddeld aantal vragen per zorgverzekeraar toegenomen. Minder 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. Wel hanteerden iets meer verzekeraars pakket- en/of premiedifferentiatie.

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. Meer verzekeraars hanteren meer vormen van koppelverkoop. Bovendien geven klantenservicemedewerkers van vijftien zorgverzekeraars aan dat een verzekerde die de basisverzekering bij hen opzegt, ook een opzegging van de aanvullende verzekering kan verwachten. Het aantal klantenservicemedewerkers dat (bewust dan wel onbewust) foutieve informatie vertrekt, is daarmee toegenomen. 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. Ander aandachtspunt blijft 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 de twee maanden hanteert is, mede door toedoen van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa 2008b:8) sterk gedaald ten opzichte van 2008.

Stringente acceptatie- en verzekeringsvoorwaarden in combinatie met een stevige koppeling tussen basis- en aanvullende verzekering, kan problematisch zijn voor de mensen die zorg het meest hard nodig hebben: de chronische zieken en ouderen. Hun keuzevrijheid en mobiliteit wordt hierdoor 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 en de toename van het financieel risico door de afbouw van de ex-postverevening 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.

7.1.5 Beleidsimplicaties

Het risico dat de aanvullende verzekering wordt gehanteerd voor risicoselectie in de basisverzekering kan het meest effectief worden beperkt door een verdere verbetering van het risicovereveningssysteem. Risicoselectie wordt daarmee minder aantrekkelijk. Het risico dat selectieve acceptatie in de aanvullende verzekering leidt tot een afname van de keuzevrijheid en mobiliteit leidt van hoogrisicoverzekerden in de basisverzekering is echter moeilijker te elimineren. De wettelijke bepaling tegen koppelverkoop biedt weinig soelaas (de koppeling

tussen basis- en aanvullende verzekering lijkt toe te nemen) terwijl interveniëren in de aanvullende verzekeringen op grond van de Europese verzekeringsrichtlijnen niet mogelijk is. Een effectieve, maar radicale, oplossing vormt een strikte wettelijke scheiding van basis- en aanvullende verzekeringen (Roos & Schut 2008b:713). Daardoor kunnen belangrijke potentiële voordelen van een koppeling van beide verzekering echter niet worden behaald. Op korte termijn zou het probleem ook kunnen worden beperkt door een groei van het aantal collectieve contracten. Bij veel collectiviteiten werden deelnemers zonder medische selectie geaccepteerd op de aanvullende verzekering. Via deelname aan een dergelijke collectiviteiten zouden verzekerden met een hoog risico alsnog zonder restricties van aanvullende verzekering kunnen veranderen (Roos & Schut 2008b:713). In 2008 (Roos & Schut 2008) werd echter de verwachting geuit dat verzekeraars selectiever zullen worden bij het afsluiten van collectieve contracten en dat collectiviteiten wellicht ook een selectiever acceptatiebeleid zullen gaan voeren. Reeds in 2009 wordt door collectiviteiten minder geadverteerd met een non-select acceptatiebeleid (zie ook volgende paragraaf). Collectieve verzekeringen lijken dus geen duurzame oplossing te bieden.

Wellicht de beste optie om het negatieve effect van keuzebelemmeringen in de aanvullende verzekering op de mobiliteit in de basisverzekering zoveel mogelijk te voorkomen, is het zoveel mogelijk beperken van het belang van een aanvullende verzekering voor verzekerden. Dit pleit voor een terughoudend beleid ten aanzien van het uitdunnen van het basispakket. Indien er bezuinigd moet worden op de collectieve zorguitgaven, zou bijvoorbeeld de voorkeur kunnen worden gegeven aan een verhoging van het eigen risico boven een inkrimping van het basispakket. Om te voorkomen dat de zorg door een hoog eigen risico aan de voet vooral minder toegankelijk wordt voor chronisch zieken, zou in plaats van het huidige uniforme eigen risico een “verschoven” eigen risico kunnen worden ingevoerd dat begint boven een per individu verschillend risicoafhankelijk uitgavenniveau (Van Kleef et al. 2007).

7.2 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. Circa 60 procent van de Nederlanders had in 2009 een collectieve verzekering (Smit & De Boo 2009:1).

7.2.1 Inleiding

De toenemende rol van collectiviteiten heeft belangrijke potentiële voordelen. Zo kunnen collectiviteiten de onderlinge concurrentie tussen zorgverzekeraars bevorderen. Verder

vergroten collectiviteiten de inkoopmacht van verzekerden. Zo 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 aandoeningen 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.

Net als aanvullende verzekeringen kunnen collectieve verzekeringen echter ook ingezet worden als instrument voor risicoselectie. Dat kan op twee manieren. Ten eerste kunnen zorgverzekeraars via extra premiekortingen, extra vergoedingen of andere voordelen proberen collectiviteiten aan te trekken met een risicoprofiel dat gunstig is onder het huidige risicovereveningssysteem (selectie *van* collectiviteiten). In het risicovereveningssysteem blijken, volgens onderzoek (Stam & Van de Ven 2007 en 2008), immers nog steeds substantiële voorspelbaar verliesgevende groepen verzekerden te bestaan. Op die manier kunnen de premies in de basisverzekering afhankelijk worden van de risicosamenstelling van een collectiviteit. Zodoende kan het in de basisverzekering geldende verbod op premiedifferentiatie naar risico's worden uitgehold.

In de tweede plaats kunnen collectiviteiten via het stellen van toelatingseisen zelf actief aan risicoselectie doen, teneinde bij zorgverzekeraars hogere premiekortingen of andere 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 voor het eerst een onderzoek naar het voorkomen van risicoselectie via collectieve verzekeringen uitgevoerd (Schut & De Bruijn 2007). Hieruit bleek dat risicoselectie door collectiviteiten voornamelijk niet plaatsvond. Risicoselectie van collectiviteiten werd ook nog niet duidelijk als strategie door zorgverzekeraars gehanteerd. Op grond van de inventarisatie en de enquêteresultaten in 2008 kon worden geconcludeerd dat risicoselectie door collectiviteiten niet plaatsvond en dat ook risicoselectie via collectiviteiten door zorgverzekeraars nog niet duidelijk als strategie werd gehanteerd. Risicoselectie door en via collectiviteiten bleek echter wel mogelijk en kon nog steeds aantrekkelijk zijn, zo werd geconcludeerd.

Doordat collectiviteiten doorgaans prijsgevoeliger zijn dan individueel verzekerden (NZA 2008b:9), dwingen zij zorgverzekeraars tot een scherpe premiestelling. De keerzijde hiervan is dat dit zowel zorgverzekeraars extra kan aansporen om gunstige collectiviteiten te selecteren als collectiviteiten kan aansporen om gunstige risico's te selecteren. Bovendien

neemt het financieel risico voor de zorgverzekeraars toe door de afbouw van de ex-postverevening van de ziekenhuiskosten. De prikkels om gunstige collectiviteiten te selecteren zijn dus in toenemende mate aanwezig. Zodra de verzekeraars ook meer inzicht krijgen in het risico, kan het potentiële voordeel van meer premieconcurrentie omslaan in een nadeel voor risicogroepen die bij het huidige vereveningsstelsel 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 en zullen dan tevens verstoken blijven van zorginhoudelijke voordelen die via een bundeling van inkoopmacht zouden kunnen worden gerealiseerd.

In de evaluatie zijn, net als in voorgaande jaren, twee onderzoeksmethoden gebruikt. Ten eerste is op basis van openbare bronnen (websites, advertenties, openbare publicaties) een inventarisatie gemaakt van de beschikbare open collectiviteiten. Ten tweede zijn de ervaringen en kenmerken van collectief verzekerden onderzocht door middel van dezelfde enquête die gebruikt is voor de evaluatie van de aanvullende verzekeringen.

7.2.2 Aanbod van open collectiviteiten

De belangrijkste conclusies kunnen als volgt worden samengevat:

- *Premiekorting op basis- en/of aanvullende verzekering.* Uit de inventarisatie van 176 open collectiviteiten (rechtspersonen) en 273 collectieve contracten bleek dat er, net als in voorgaande jaren, grote variëteit is in de aard van doelgroepen waarop zij zich richten. De meeste open collectiviteiten hebben in 2009 substantiële premiekortingen weten te bedingen op zowel de basis- als de aanvullende verzekering. Volgens Vektis (Smit & De Boo 2009) neemt de gemiddelde collectiviteitkorting in de basisverzekering af van 6,6% in 2008 tot 5,1% in 2009. Deze trend komt echter niet overeen met de bevindingen van onze inventarisatie en enquête en een onderzoek van BS Health Consultancy. Uit de inventarisatie blijkt dat gemiddelde premiekorting voor de basisverzekering vrijwel gelijk gebleven is (zie tabel 5.2), terwijl de gemiddelde premiekorting voor de aanvullende verzekering licht gestegen is. Het gaat echter om kleine verschillen. Vaak geldt de premiekorting voor alle polissen van de basis- en de aanvullende verzekering. Uitzondering vormen de collectiviteiten voor jongeren en (in sommige gevallen) voor ouderen of vakbondsleden. Bij deze laatste categorieën geldt de korting alleen voor speciale polissen (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 zorginhoudelijke voordelen. Wel groeit het aantal andere open collectiviteiten 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.* Veel collectiviteiten garanderen een non-selecte acceptatie voor de aanvullende verzekeringen. Wel lijkt het aantal verzekeraars dat een dergelijke acceptatie (expliciet) aanbiedt ten opzichte van vorig jaar sterk gedaald. Non-selecte acceptatie op collectieve aanvullende verzekeringen kan een gunstig effect hebben op de mobiliteit van chronisch zieken in de basisverzekering (zie paragraaf 7.1.5). Indien deze non-selecte acceptatie wegvalt, komt ook dit voordeel te vervallen.
- *Premiekortingen op andere verzekeringen.* Een (groeiend) aantal collectiviteiten biedt, naast korting voor de basis- en/of de aanvullende pakketten, tevens korting (oplopend tot circa 47 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 een tegemoetkoming op het lidmaatschap van de betreffende bond, organisatie of verenigingen, extra diensten en kortingen op bepaalde producten (zie bijlage 5).

Sommige collectiviteiten hanteren toelatingseisen die te maken hebben met de kenmerken van de doelgroep waar de collectiviteit 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 2009 dan ook niet plaats te vinden.

7.2.3 Kenmerken en ervaringen van verzekerden per type collectiviteit

Open collectiviteiten lopen zowel qua aard als samenstelling sterk uiteen. Uit de enquête blijkt dat open collectiviteiten nog steeds worden gekenmerkt door een relatieve oververtegenwoordiging van ouderen, wat 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). Ook in de gemeentelijke collectiviteiten zijn de ouderen relatief sterk vertegenwoordigd (zie tabel 6.5 en 6.6).

Deelnemers aan open collectiviteiten zijn in vergelijking met andere verzekerden gemiddeld het minst gezond en maken het meest gebruik van de huisarts. 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; 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 een globale standaardisatie van verschillen in leeftijdsopbouw minder vaak lijden aan voorspelbaar verliesgevende aandoeningen dan deelnemers aan een open collectiviteit (zie tabel 6.12). Na een globale correctie voor verschillen in leeftijdsopbouw blijken verzekerden met een individueel contract gemiddeld een iets minder gunstige gezondheidstoestand te hebben dan deelnemers aan een werkgeverscollectiviteit. Deelnemers aan open collectiviteiten hebben de minst goede gezondheid. Vanwege de grote heterogeniteit in de samenstelling van open collectiviteiten zal er waarschijnlijk sprake zijn van grote gezondheidsverschillen per type open collectiviteit (de aantallen zijn echter te klein voor een standaardisatie naar leeftijd per type open collectiviteit). Evenals in 2007 en 2008 is er sprake van een relatief hoge prevalentie van astma onder de deelnemers van open collectiviteiten (zie tabel 6.12). Opvallend is het aandeel deelnemers aan open collectiviteiten met een andere langdurige ziekte of aandoening. Dit aandeel ligt hoger dan bij de overige verzekerden. Dit duidt er op dat chronisch zieken de afgelopen jaren hun weg naar open collectiviteiten steeds beter weten te vinden. Deze veronderstelling wordt bevestigd door het aanzienlijke aantal mensen dat zich collectief verzekerd via een patiëntenorganisatie, (thuis)zorginstelling of ouderenvereniging.

Verschillen in de hoogte van de premiekorting per collectiviteit kan mede een gevolg zijn van het feit 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. Dit geldt voor zowel de basis- als de aanvullende verzekering. Respondenten die deelnemen aan collectiviteiten met een relatief hoog risicoprofiel – zoals leden van patiëntenorganisaties en (thuis)zorginstellingen – krijgen, conform verwachting, gemiddeld een relatief lagere korting dan overige respondenten. De verschillen zijn echter marginaal.

Naast indirecte risicoselectie via het aantrekken van een qua risicoprofiel gunstig type collectiviteit, 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.

7.2.4 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 risico en krijgen doelgroepen die een hoog risico (kunnen) vormen relatief gezien iets minder hoge kortingen. 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. Binnen de open collectiviteiten loopt de risicosamenstelling sterk uiteen, maar gezien het beperkt aantal waarnemingen kan geen harde uitspraak worden gedaan bij welke type open collectiviteiten deze samenstelling ten opzichte van het vereveningssysteem voor- of nadelig is. Wel is het aandeel verzekerden met een langdurige ziekte of aandoeningen bij deelnemers aan open collectiviteiten opvallend hoog. Het verschil ten opzichte van de andere verzekerden is in vergelijking met 2008 wat minder groot. De gegevens duiden er echter nog steeds op dat chronisch zieken hun weg naar open collectiviteiten weten te vinden. Deze veronderstelling wordt bevestigd door het aanzienlijke aantal mensen dat zich collectief verzekerd via een patiënten-, zorg- of ouderenvereniging.

Het feit dat de premiekortingen tussen de verschillende typen collectiviteiten ondanks hun uiteenlopende risicosamenstelling niet of nauwelijks verschillen, duidt erop dat zorgverzekeraars de premiekortingen vooralsnog hooguit ten dele baseren op de op verwachte winst- of verliesgevendheid van een collectiviteit bij het vigerende risicovereveningssysteem. De mogelijkheid om premiekortingen per collectiviteit naar risico te differentiëren lijkt thans nog beperkt vanwege de door DNB geconstateerde de ‘onvoldoende kwaliteit van de administratieve organisatie van zorgaanbieders (in het bijzonder ziekenhuizen) (...), waardoor zorgverzekeraars niet altijd over een accuraat beeld van de eigen schadelast beschikken’ (DNB 2009:21). Verzekeraars hebben wellicht dus nog onvoldoende inzicht in de risicosamenstelling van collectiviteiten. Dat dit wel staat te gebeuren lijkt echter een kwestie van tijd omdat de tekortkomingen in de DBC-systematiek worden aangepakt en verzekeraars steeds beter inzicht zullen krijgen in de kostenverschillen tussen collectiviteiten. Bovendien wordt het door de scherpe prijsconcurrentie op de zorgverzekeringsmarkt en de toename van het financieel risico door de afbouw van de ex-postverevening voor zorgverzekeraars steeds

aantrekkelijker om via hogere premiekortingen collectiviteiten met een gunstig risicoprofiel aan te trekken. Van belang daarbij is dat ongeveer de helft van de respondenten aangeeft dat premiekortingen de belangrijkste reden vormen voor de keuze van de collectiviteit.

Het is dus 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. 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.

7.2.5 Beleidsimplicaties

Hoewel op dit moment nog geen sprake lijkt van sterk gerichte premiedifferentiatie is het op termijn zeer waarschijnlijk. Bij de aanvullende collectieve verzekering lijkt in 2009 sprake van een afname van non-selecte acceptatie en een toenemende afstemming van de premie op het risico van de collectiviteit. Wat geldt voor de aanvullende verzekering, zal – zeker bij blijvende scherpe premieconcurrentie - op den duur ook gelden voor de premiekortingen op de basisverzekering. Zo zijn in 2009 al bij enkele collectiviteiten die bij het huidige risicovereveningssysteem waarschijnlijk verliesgevend zijn, de premiekortingen gereduceerd. In dat opzicht verdient het 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. Verder verdient het aanbeveling om te bezien of de mogelijkheid om via collectiviteiten de acceptatieplicht te omzeilen niet wettelijk kan worden uitgesloten. Uiteindelijk kan alleen via een verdere verbetering van het risicovereveningssysteem effectief worden voorkomen dat de risicosolidariteit wordt ondergraven door risicoselectie via collectieve verzekeringen.

Voor patiëntenorganisaties, de politiek en de Nederlandse Zorgautoriteit is het zaak om te bewaken dat de gewenste risicosolidariteit en de prikkels voor goede zorginkoop op de genoemde manieren niet geleidelijk worden ondermijnd.

8. Referenties

Antroposana. 2009. *De Antroposana polis*. Antraposana. [Internet]. 2009. 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.

Bos. J. et al. 2008. *Zorginkoop onder de loep. Eindrapportage december 2008*. Consumentenbond, ANBO & NPCF.

Broek. van den. P. & R. Streng. 2009. *Volop concurrentie weinig mobiliteit: onderzoek naar de dynamiek in de zorgverzekeringsmarkt 2009*. Haarlem: BS Health Consultancy.

Bruijn, de. D., F.J. Prinsze, F.T. Schut & W.P.M.M van de Ven. 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.pfd

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.pfd

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

De Nederlandsche Bank (DNB). 2009. *ZBO-verantwoording 2008*. Amsterdam: De Nederlandsche Bank.

Eisinger. R.E., A. de Boo, K.G.C. de Ruiter & M. Smit. 2008. *Vooruitblik 2009: zorgthermometer, najaar 2008*. Zeist: Vektis.

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

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

Kleef, R. van, W.P.M.M. van de Ven & R. van Vliet. 2007. Een effectiever eigen risico in de zorg. *Economisch Statistische Berichten*. 92: 459-461.

National Academic. 2008. *De National Academic Zorgverzekering*. National Academic. [Internet]. 2008. Bereikbaar op <http://www.na.nl/index.php?id=54167>

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

Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). 2007b. *Kruissubsidie in de Zorgverzekeringmarkt*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

Nederlandse Zorgautoriteit. (NZa). 2008. *Zorgverzekeringsmarkt in cijfers*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

Nederlandse Zorgautoriteit. (NZa). 2008b. *Monitor zorgverzekeringsmarkt 2008: ontwikkelingen beoordeeld door de NZa*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

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

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

Roos, A.F. & F.T. Schut. 2008. *Evaluatie aanvullende en collectieve verzekeringen 2008*. Rotterdam: Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (in opdracht van de NPCF).

Roos, A.F. & F.T. Schut. 2008. 'Risico's van koppeling basis- en aanvullende verzekering'. *Economisch Statistische Berichten*. 93(4548):710-713.

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

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. 2008. *Verzekerdenmobiliteit en keuzegedrag: begin of einde van de rust?* Zeist: Vektis.

Smit, M. & A. De Boo. 2009. *Verzekerdenmobiliteit en keuzegedrag 2009*. 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.

Tweede Kamer der Staten Generaal. 2005. *Herziening zorgstelsel. Motie van het lid Kant*. Den Haag: SDU Uitgevers. Vergaderjaar 2005-2006. No. 30669-10.

Tweede Kamer der Staten Generaal. 2008. *Herziening zorgstelsel: Motie van de leden Smilde en Van der Veen*. Den Haag: SDU Uitgevers. Vergaderjaar 2008-2009. No. 29689-237.

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

Vos. L. & J.D. de Jong. 2009. *Percentage overstappers van zorgverzekeraar 3%. Ouderen wisselen nauwelijks van zorgverzekeraar*. Utrecht: NIVEL.

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 2009

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 3. AnderZorg 4. Azivo	De maatschappijen hanteren dezelfde polisvoorwaarden. AnderZorg hanteert andere premies en pakketten. Menzis is risicodrager voor de aanvullende en tandheelkundige pakketten van AnderZorg. Per 04062008 zijn Azivo en Menzis gefuseerd. Azivo behoud – vooraalsnog – de eigen naam en biedt eigen pakketten en premies aan.
5. Fortis ASR De Amersfoortse	Gelijke voorwaarden. De naamgeving van de aanvullende pakketten verschilt, maar de inhoud en de premies van de pakketten zijn gelijk. Wanneer in dit rapport Fortis ASR wordt genoemd, wordt daarmee ook bedoeld: De Amersfoortse.
6. 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.
7. Avéro Achmea 8. FBTO Achmea 9. OZF Achmea 10. Agis 11. Pro Life	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. Per 01012008 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 –vooraalsnog- hun eigen naam.
	* DVZ Achmea biedt de pakketten op pro-lifebasis aan. De naamgeving van de aanvullende pakketten van Interpolis verschilt 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.
12. VGZ 13. IZZ 14. IZA 15. SIZ 16. Zorgverzekeraar UMC 17. Trias 18. De Goudse 19. Univé	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 hanteren ook dezelfde polisvoorwaarden, maar bieden andere premies en pakketten aan. De andere deelnemers van de Coöperatie VGZ-IZA-Trias Groep U.A. kennen eigen polisvoorwaarden, premies en pakketten. Medio 2009 zal de werknaam Univé-VGZ-IZA-Trias (Uvit) worden vervangen door Univé. Het huidige Univé krijgt dan ook een ander gezicht. Univé wordt de naam voor het concern. Dat

	betekent niet dat de andere merken verdwijnen. Voorlopig blijven de merken bestaan. Op termijn zal het aantal merken worden teruggebracht. In de eerste helft van 2009 zal duidelijk worden wat er precies gaat veranderen.
20. DSW 21. Stad Holland Zorgverzekeraar	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.
22. CZ 23. Ohra 24. Delta Lloyd	CZ en Delta Lloyd Groep zijn per 01012008 gefuseerd (CZ heeft de zorgverzekeringspoot van Delta Lloyd overgenomen). CZ hanteert andere pakketten, premies en polissen. Ohra maakt onderdeel uit van de Delta Lloyd groep. Delta Lloyd en Ohra hanteren niet dezelfde premies, pakketten en voorwaarden.
25. De Friesland	
26. PNO Ziektekosten	
27. Salland	
28. Zorg en Zekerheid 29. AZVZ	De Maritieme maatschappij is een samenwerkingsovereenkomst tussen Zorg en Zekerheid en de AZVZ. Zorg en Zekerheid neemt de kosten/zorg voor gepensioneerden voor rekening en de AZVZ de zorg voor actief zeevarenden en gezinsleden. 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 kent niet precies dezelfde polisvoorwaarden als Zorg en Zekerheid.

* Uitsluitend genummerde zorgverzekeraars zijn in dit onderzoek meegenomen

Bijlage 2 Vragen over aandoeningen en zorggebruik in de gezondheidsverklaringen van 2004-2009

Tabel 1 In de gezondheidsverklaring genoemde aandoeningen die niet opgenomen zijn in de FKG's en DKG's

Aandoeningen in de vragenlijst	Aantal verzekeraars dat naar de aandoening vraagt					
	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Verhoogde bloeddruk	1					
Verhoogd cholesterol ¹					1	1
Maag- en darmaandoeningen, bloed in de ontlasting	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 huidaandoening	2	1			2	1
Eczeem, schimmelziekte	2	1				
Acné, moedervlek	2	1				
Psoriasis, psoriasis kuurbehandeling	3	1				
Psoriasis, eczeem, PMLE, vitiligo		1				1
Overbeharing, vorm-, omvangs-, of standafwijkingen aan oren, gelaat, kaak, borsten, buik e.d.	1	1	1	1	2	2
Bril of contactlenzen dragen?	1	2			1	2
Is de sterkte van de bril of ooglzen 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	1
Terugkerende oorontsteking	1					
Gehoorafwijking	2					
Terugkerende keelontsteking	1					
Doofheid / Slechthorendheid / Gehoorproblemen	1	1			1	1
Spraakstoornis, stottertherapie	2	2				
Zwangerschap	5	4	1		1	1
Vruchtbaarheidsproblematiek		5	1		1	2
(behandeling ten gevolge van een) ongeval		2				
Leerproblemen / dyslexie / dyscalculie					1	
Open been ¹					1	1
Complicaties bij menstruatie, zwangerschap of bevalling ¹					1	1
Slapeloosheid ²						1
ADHD ²						1
Lengte en gewicht ²						2
Totaal aantal aandoeningen die uitgesloten zijn van FKG's en DKG's waarnaar verzekeraar vragen	36	25	3	1	13	18
Totaal aantal verzekeraars dat vragen stelt over aandoeningen die uitgesloten zijn van FKG's en DKG's	6	7	2	1	4	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 'Manische depressiviteit')

¹ Deze categorieën zijn in 2008 (Roos & Schut 2008:102) voor het eerst toegevoegd aan de tabel

² Deze categorie is dit jaar (2009) voor het eerst toegevoegd aan de tabel

Tabel 2 In de gezondheidsverklaring genoemde behandelingen en combinaties van behandelingen

Behandelingen in de vragenlijst	Aantal verzekeraars dat naar de behandeling vraagt					
	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Camouflagetherapie	2	1				
Epilatiebehandeling	2	1			1	1
Elektrische epilatie, camouflage therapie, stottertherapie, lymfedrainage of een plaswekker		1				
Plastische chirurgie / vormverbeterende ingreep (verleden of voornemens te doen)	1	1			1	1
<i>Ooglidcorrectie¹</i>					1	1
<i>Flapoorcorrectie¹</i>					1	1
Sterilisatie ¹					1	
Totaal aantal behandelingen waarnaar door verzekeraars gevraagd wordt	5	4	0	0	5	4
Totaal aantal verzekeraars dat vraagt naar genoemde behandelingen	3	3	0	0	2	2

¹ Deze categorieën zijn in 2008 (Roos & Schut 2008:102) 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 meerder 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 meerder 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	2009
Longontsteking of longaandoening	2	1				
Bronchitis, astma of andere longaandoeningen (bijvoorbeeld aandoeningen van de luchtwegen, kortademigheid e.d.)		1			1	1
Aandoeningen aan de wervelkolom en/of ledematen (bijvoorbeeld kromme rug / verzakking)	1				1	1
Aandoeningen van de rug of overige ledematen		1			1	1
Spier- en gewrichtsaandoeningen	1				1	1
Gewrichtsklachten (o.a. knie / nek / schouder)	1				1	1
Reuma of andere gewrichtsklachten		1				
Maag-, lever of darmziekte		1			1	1
Chronische darmziekte		1				
Bloedarmoede of bloedziekte	1	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	1
Hormonale ziekten, aandoeningen of afwijkingen	1				1	1
Te trage of te sterke functie van de schildklier / Schildklierafwijkingen	1				1	1
Bijnieraandoening	1					
Bloed bij ontlasting	1					
Spataderen / Aambeien	1				1	1
Borstklier	1					
Aderontsteking / Trombose	1				1	1
Ziekten van de ademhalingsorganen	1					
Ziekten van de urinewegen	1				1	1
Blaasontsteking	1					
Aandoeningen aan de geslachtsorganen	1				1	1
Duizelingen, langdurige hoofdpijn	1					
Botbreuken	1				1	1
Liesbreuk	1					
Fistel	1				1	1
Allergie / hooikoorts	1				1	1
Fybromyalgie, RSI, Whiplash, Bekkeninstabiliteit, ME, Artrose, of regelmatig pijn in de rug / rugklachten	1	1			1	1
Neurologische en psychische aandoeningen*						1
Inschatting algemene gezondheidstoestand of 'Enig andere ziekte of afwijking, aandoening of gebrek hier niet genoemd' ¹					4	3
Stofwisselingsziekten ¹					1	2
Aandoeningen van de ledematen ¹					1	1
Embolie ¹					1	1
Totaal aantal aandoeningen dat mogelijk aansluit bij FKG's en DKG's waarnaar verzekeraars vragen	24	9	0	0	25	26
Totaal aantal verzekeraars dat vragen stelt over aandoeningen die mogelijk aansluiten bij FKG's / DKG's	3	3	0	0	4	3

* 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 'Manische depressiviteit')

¹ Deze categorieën zijn in 2008 (Roos & Schut 2008:102) 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 2008⁷. Zowel oude (2004-2007) als nieuwe (2008⁸) FKG's zijn in onderstaande tabel weergegeven

Aandoeningen in de vragenlijst	Mogelijke FKG's en DKG's	Aantal verzekeraars dat naar de aandoening vraagt					
		2004	2005	2006	2007	2008	2009
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	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, blaasaandoening	FKG12 (2004&2005), FKG17 (2006), FKG19 (2007&2008), DKG9	1				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					1
Reuma, reuma kuurbehandeling, oefentherapie reuma	FKG5 (2004&2005), FKG10 (2006), FKG11 (2007&2008), FKG7 (2004&2005), FKG12 (2006), FKG13(2007&2008), DKG9, DKG7, DKG6	3	1			1	1
Chronische reuma	FKG5 (2004&2005), FKG10 (2006), FKG11 (2007&2008), DKG6		1			1	1
Ischias, spit, hernia, jicht, reumatische aandoeningen	FKG5 (2004&2005), FKG10 (2006), FKG11 (2007&2008), DKG9, DKG7, DKG6	1				1	1
Pedicurezorg (bij diabetes / reuma)	FKG5 (2004&2005), FKG10 (2006), FKG11 (2007&2008), FKG7 (2004&2005), FKG12 (2006), FKG 13 (2007&2008)	1	1				
Podotherapie (bij diabetes / reuma)	FKG5 (2004&2005), FKG10 (2006), FKG11 (2007&2008), FKG7 (2004&2005),, FKG12 (2006,	1	1				

⁷ http://www.cvz.nl/resources/bijl9%20samenstelling%20DKG%27s%202008_tcm28-24391.pdf

⁸ http://www.cvz.nl/resources/bijl-6-7_normbedragen_tcm28-24390.pfd (pagina 62)

	FKG13 (2007&2008)						
Ziekte van Crohn	FKG3 (2004&2005), FKG8 (2006), FKG9 (2007&2008)	1					
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	1
Goed- of kwaadaardige tumoren / kwaadaardige aandoeningen	FKG17 (2007&2008), DKG12, DKG11, DKG10, DKG9, DKG8, DKG7, DKG6, DKG5, DKG4, DKG2, DKG1	1	2			1	1
Galstenen, galblaas- of leveraandoeningen	DKG9, DKG8, DKG7	1				1	1
Geelzucht, lever- en/of alvleesklierziekte	DKG8, DKG5, DKG4	1				1	1
Beroerte, verlammingen	DKG7, DKG4, DKG1	1				1	1
Aangeboren of erfelijke afwijkingen	DKG8, DKG7, DKG5, DKG2		1			1	1
HIV besmetting / HIV seropositief / SOA	FKG11 (2004&2005), FKG16 (2006), FKG18 (2007&2008), DKG9, DKG8		3			1	1
Overspanning, psychische aandoeningen of burn-out*	FKG3					1	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	13
Totaal aantal verzekeraars dat vragen stelt over aandoeningen die aansluiten op FKG's en DKG's		3	5	0	0	1	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 'Manische depressiviteit')

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

Zorggebruik	Aantal verzekeraars dat naar zorggebruik vraagt					
	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<i>Huidig gebruik</i>						
Geneesmiddelen*	5*	4*	1	1	3	3
Dieet of bijzondere voedingmiddelen / -supplementen*					2	
Ziekenhuisopname	1	2	1	1	1	1
Contact met medisch specialist	2	1				
Behandeling door arts of specialist					1	1
Gebruik fysiotherapeut en/of andere paramedische behandelingen ¹	5	3	3		2	2
Contact alternatieve genezers / therapieën, waaronder biografische therapie	4	5	3	2	3	2
Huisarts	2				1	1
Begeleiding / behandeling psycholoog, psychiater, psychotherapeut	4	3		1	3	2
Behandeling dermatoloog of huidtherapeut			3	1	2	1
Gezinsverzorging	1					
Thuisverpleging	1					
Medisch noodzakelijk ziekenvervoer	1	1				
Hulpmiddelen ²	4	5	1	1	3	4
Geneeskundig onderzoek / behandelingen / controle		2			1	1
Totaal aantal vragen over huidig zorggebruik	30	26	12	7	22	18
Totaal aantal verzekeraars dat naar het huidige zorggebruik vraagt	7	9	7	4	8	6
<i>Toekomstig gebruik</i>						
Geneesmiddelen**						1
Ziekenhuisopname / poliklinische behandeling	1	1	1	2	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	2
Contact alternatieve genezers / therapieën, waaronder biografische therapie	4	5	4	3		1
Huisarts	2					
Begeleiding / behandeling psycholoog, psychiater, psychotherapeut	3	4	1	2	1	1
Behandeling dermatoloog of huidtherapeut			3	1	1	1
Thuisverpleging	1					
Medisch noodzakelijk ziekenvervoer	1	1				
Hulpmiddelen ²	1	1				
Geneeskundig onderzoek / behandelingen / controle		3			1	1
Totaal aantal vragen over toekomstig zorggebruik	20	18	13	10	6	9
Totaal aantal verzekeraars dat naar het toekomstig zorggebruik vraagt	6	9	7	4	5	5
<i>Gebruik in het verleden</i>						
Geneesmiddelen*					1	
Ziekenhuisopname / poliklinische behandeling	3	2		1	1	1
Contact met medisch specialist	3	1				

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

* Deze categorieën zijn in 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 'Huidige, 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.

** Deze categorie is in 2009 voor het eerst toegevoegd aan de tabel. Met terugwerkende kracht is getracht te achterhalen in hoeverre er een gezondheidsvraag gesteld is met betrekking tot deze categorie in de periode 2004-2008.

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

²Met 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	€0,00	€20,68
Optimaal	€0,00	€34,40
Top	€16,95	€49,78
Super	€23,03	€6,04

AnderZorg (maandpremies)

Aanvullende verzekering	Leeftijdsklassen		
	0-17	18-30	18+
AnderZorg Jong	n.v.t.	€13,00	n.v.t.
AnderZorg Extra	€0,00	n.v.t.	€12,00

Avéro Achmea (maandpremies als basisverzekering ook bij Avéro Achmea is of wordt ondergebracht)

Aanvullende verzekering	Leeftijdsklassen			
	0-18	18-35	35-55	55+
Start	€0,00	€9,79	€12,24	€13,44
Extra	€0,00	€16,25	€20,31	€22,35
Royaal	€0,00	€11,33	€26,67	€29,31
Excellent	€0,00	€33,07	€41,33	€45,47
Ziekenhuis Extra	n.v.t.	€11,22	€19,90	€24,91

AZVZ (maandpremies)

Aanvullende verzekering	Klassen				
	0-18*	Zeevarenden: koopvaardij, zeevisserij, zeegaande waterbouw (18+)	Gezinsleden van zeevarenden (18+)	Walwerknemers van een maritiem bedrijf of een daaraan gelieerd bedrijf, varende binnenvaart, varende niet-zeegaande waterbouw, gezinsleden van deze drie groepen (18+)	Overige verzekerden (18+)
AV Plus	€0,00	€9,66	€19,32	€19,32	€27,60
AV Top	€0,00	€10,50	€10,50	€10,50	€10,50

* De aanvullend verzekerden tot 18 jaar zijn bij AZVZ gratis verzekerd. Wel moet dan minstens één van de ouders een aanvullende verzekering bij AZVZ hebben gesloten; de zoon of de dochter is dan voor hetzelfde pakket als de ouder verzekerd

CZ (maandpremies)

Aanvullende verzekering	Leeftijdsklassen			
	0-18*	18-21	22-30	31+
Jongeren	€0,00	€7,25	€13,25	€17,25
Gezinnen	€0,00	€27,50	€27,50	€27,50
50+	€0,00	€12,30	€12,30	€12,30
Basis	€0,00	€6,10	€6,10	€6,10
Plus	€0,00	€13,65	€13,65	€13,65
Top	€0,00	€22,20	€22,20	€22,20
Excellent	€0,00	€73,75	€73,75	€73,75
Supertop	€0,00	€95,10	€95,10	€95,10

* Kinderen jonger dan 18 jaar zijn meeverzekerd met de hoogste dekking

DSW (maandpremies)

Aanvullende verzekering	Leeftijdsklassen		
	0-18*	18-22**	22+
AV-Student	n.v.t.	n.v.t.	€10,50***
AV-Standaard	€0,00	€0,00	€15,95
AV-Top	€0,00	€10,30	€26,25

* De verzekerde tot 18 jaar is gratis aanvullend verzekerd voor dezelfde aanvullende verzekering als de verzekeringsnemer

** Verzekerden van 18 tot 22 jaar zijn gratis aanvullend verzekerd voor de AV-Standaard. Kiest iemand van 18 tot 22 jaar voor de AV-Top, dan wordt de premie van de AV-Standaard in mindering gebracht op de premie van de duurdere AV-Top

*** 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	€6,50	€8,65	€9,50	€9,95
Beter Af Plus Polis 2 sterren / ZorgActief Plus	€0,00	€9,15	€12,20	€13,35	€14,00
Beter Af Plus Polis 3 sterren / ZorgActief Extra	€0,00	€15,30	€20,35	€22,35	€23,35
Beter Af Plus Polis 4 sterren / ZorgActief Top	€0,00	€26,95	€35,90	€39,55	€41,35
Beter Af Ziekenhuis Extra Pakket**	n.v.t.	€7,35	€7,35	€14,70	€18,35

* Meeverzekerde kinderen tot 18 jaar ontvangen gratis de hoogst gekozen aanvulling van de ouders. Voor zelfstandig verzekerde kinderen geldt voor de aanvullingen de premie voor de leeftijdsklasse 18 t/m 29 jaar

** Interpolis biedt geen Ziekenhuis Extra Pakket aan

FBTO (maandpremies internetverzekering resp. gewone verzekering)

Aanvullende verzekering	Leeftijdsklassen									
	0-18*		18-27		27-50		50-65		65+	
Alternatief	€0,00	€0,00	€1,02	€1,30	€5,75	€6,15	€6,90	€7,38	€7,76	€8,30
Buitenland	€0,00	€0,00	€1,71	€1,83	€2,44	€2,61	€2,93	€3,14	€3,30	€3,53
Calamiteiten	€0,00	€0,00	€2,15	€2,30	€3,07	€3,29	€3,69	€3,94	€0,92	€0,99
Cosmetisch & Hulpmiddelen	€0,00	€0,00	€6,44	€6,88	€9,20	€9,84	€11,03	€11,80	€12,41	€13,28
Gezinsplanning	€0,00	€0,00	€1,58	€1,69	€2,26	€2,42	€2,71	€2,90	€3,05	€3,26
Therapieën onbeperkt	€0,00	€0,00	€4,57	€4,90	€6,53	€7,00	€7,84	€8,39	€8,81	€9,44
Therapieën maximaal 9	0,00	n.v.t.	€3,49	n.v.t.	€4,98	n.v.t.	€5,98	n.v.t.	€6,73	n.v.t.
Therapieën maximaal 18	0,00	n.v.t.	€4,09	n.v.t.	€5,84	n.v.t.	€7,01	n.v.t.	€7,89	n.v.t.

* Voor meeverzekerd(e) kind(eren) van 0 tot 18 jaar wordt geen premie berekend voor de aanvullende modules

Friesland, De (maandpremies)

Aanvullende verzekering	Klassen			
	0-17*	Student <22	Student 22+	18+
AV Standaard	€0,00	€3,25	€3,25	€3,25
AV Extra	€0,00	€1,75	€1,75	€1,75
AV Optimaal	€0,00	€3,75	€3,75	€3,75
AV Student**	n.v.t.	€7,75	€4,75	n.v.t.
AV Gezin	€0,00	€1,25	€1,25	€1,25
AV 55 plus	€0,00	€9,75	€9,75	€9,75

* Kinderen jonger dan 18 jaar zijn gratis meeverzekerd als zijn naast de Basisverzekering dezelfde aanvullende verzekering hebben als één van de ouders

** Voorwaarden: basisverzekering bij De Friesland, studierend aan Nederlandse Universiteit of Hogeschool (recht op studiefinanciering) en niet ouder dan 27 jaar

OZF Achmea (maandpremies)

Aanvullende verzekering	Leeftijdsklassen				
	0-17*	18-30	30-45	45-65	65+
AV Compact	€0,00	€9,15	€12,20	€13,35	€14,00
AV Royaal	€0,00	€15,00	€19,00	€22,00	€24,00

* Kinderen tot 18 jaar zijn gratis aanvullende verzekerd als zij geen uitgebreidere aanvulling hebben dan één van de ouders

Salland (maandpremies exclusief MAX-modules)

Aanvullende verzekering	Leeftijdsklassen		
	0-17*	€18-22	22+
Extra	€0,00	€13,90	€13,90
Plus	€0,00	€32,60	€32,60
Top	€0,00	€43,60	€43,60
Kinderpolis (zonder gezinspolis of 55-plus polis, anders: gratis)	€8,30	n.v.t.	n.v.t.
Jongerenpolis	€0,00	€0,00	€12,50
Jongerenpolis (student)**	€0,00	€0,00	€10,00
Gezinspolis	€33,50	€33,50	€33,50
55-plus polis	€24,40	€24,40	€24,40

* Kinderen tot 18 jaar gratis meeverzekerd

** Voorwaarden: recht op studiefinanciering

SIZ (maandpremies)

Aanvullende verzekering	Leeftijdsklassen		
	0-17*	18-22	22+
Budget	€0,00	€6,18	€11,16
Accent	€0,00	€15,50	€21,56
Plus	€0,00	€26,31	€33,53

* Meeverzekerde kinderen tot 18 jaar betalen geen premie

Stad Holland (maandpremies)

Aanvullende verzekering	Leeftijdsklassen		
	0-17*	18-22**	22+
AV Zorg Student***	n.v.t.	n.v.t.	€13,50
Standaard AV	€0,00	€0,00	€15,95
Uitgebreide AV	€0,00	€10,30	€26,25
Extra Uitgebreide AV	€0,00	€19,80	€35,75
AV Zorg Riant	€0,00	€25,30	€41,25
AV Zorg deLuxe	€0,00	€33,80	€79,75

* De verzekerde tot 18 jaar is gratis aanvullend verzekerd voor dezelfde aanvullende verzekering als de verzekeringsnemer

** Verzekerden van 18 tot 22 jaar zijn gratis aanvullend verzekerd voor de Standaard AV. Kiest iemand van 18 tot 22 jaar voor een duurdere AV, dan wordt de premie van de Standaard AV in mindering gebracht op de premie van de duurdere AV

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

Univé (maandpremies)

Aanvullende verzekering	Regionale leeftijdsklassen				
	Noord-Holland**			Rest van Nederland	
	0-17*	18-55	55+	0-17*	18+
Extra Zorg Polis 1	€0,00	€6,00	€6,00	€0,00	€6,00
Extra Zorg Polis 2	€0,00	€8,95	€8,95	€0,00	€8,95
Extra Zorg Polis 3	€0,00	€21,95	€21,95	€0,00	€21,95
Extra Zorg Polis 4	€0,00	€36,95	€36,95	€0,00	€36,95
Module A	€0,00	€13,95	€18,95	€0,00	€18,95
Module B	€0,00	€22,95	€28,95	€0,00	€28,95
Module C	€0,00	€33,95	€38,95	€0,00	€38,95

* Kinderen tot 18 jaar krijgen automatisch gratis dezelfde aanvullende verzekering als de volwassene die de meest uitgebreide aanvullende verzekering kiest

** Oorsprong Univé ligt in Noord-Holland

VGZ (maandpremies)

Aanvullende verzekering	Leeftijdsklassen			
	0-17*	18-21	22-27	28+
Bepaalde Aanvullende Verzekering	€0,00	€9,50	€9,50	€9,50
Uitgebreide Aanvullende Verzekering	€0,00	€14,95	€14,95	€14,95
Plus Aanvullende Verzekering	€0,00	€26,25	€26,25	€26,25
Jong & Zeker	n.v.t.	€10,50	€18,50	n.v.t.
Gezin & Zeker	€0,00	€33,50	€33,50	€33,50
Vitaal & Zeker	€0,00	€33,95	€33,95	€33,95

* Verzekerden tot 18 jaar gratis meeverzekerd

Zorg en Zekerheid (maandpremies)

Aanvullende verzekering	Leeftijdsklassen			
	0-17*	18-21	22-30	30+
AV-SURE	€0,00	€3,55	€11,61	n.v.t.
AV-GeZZin	€0,00	€29,71	€29,71	€29,71
AV-Plus	€0,00	€34,50	€34,50	€34,50
AV-Basis	€0,00	€8,60	€8,60	€8,60
AV-Standaard	€0,00	€14,50	€14,50	€14,50
AV-Top	€0,00	€29,75	€29,75	€29,75
AV-Totaal	€0,00	€65,00	€65,00	€65,00

* Verzekerden tot 18 jaar gratis meeverzekerd

Bijlage 4 Aanvullende pakketten die gericht zijn op specifieke doelgroepen

Zorgverzekeraar	Omschrijving specifieke aanvullende pakketten	Specifieke doelgroep / Aanvullend pakket	Voorbeelden van verstrekkingen (specifiek voor de betreffende doelgroep), bijvoorbeeld waar de verzekeraars mee adverteren
Agis - 4 algemene aanvullende pakketten	TakeCareNow! (3 gradaties) 50+ Actief Polis	Advies: Jongeren tussen de 18 en 30 jaar Advies: 50 plussers	Volledige vergoeding voor fysiotherapie, ruime buitenlandvergoeding, condooms, ruime vergoeding eerstelijns psychologie, vergoeding brillenglazen en contactlenzen of een gratis bril, ruime vergoeding voor orthodontie, gedeeltelijke vergoeding Sport Medisch Advies Gratis griep prik, ruime vergoeding bovenooglidcorrectie, iedere 3 jaar een gratis bril bij Hans Anders
AnderZorg - 1 algemeen aanvullend pakket	AnderZorg Jong	Advies: Jongeren tussen de 18 en 30 jaar	Alternatieve geneeswijzen, bril / contactlenzen, 100% vergoeding van vervoer bij ziekte, ongeval of overlijden en dekking voor vaccinaties, eerstelijns psychologische zorg, Sport Medisch Advies, tandheelkundige hulp vanaf 22 jaar, stottertherapie
Azivo - 4 algemene aanvullende pakketten	AV-Sport Sranan Sorgu	Advies: Actieve sporters Advies: Nederlanders met een Surinaamse achtergrond en uitsluitend in combinatie met AV-	Vergoeding voor o.a. sportbrillen, sportlenzen, injectiebehandeling, inspanningstest, letselschadeservice, logeerhuis, loopanalyse, rugscholingsprogramma bij RUAC, sportarts (+second opinion), sportbraces, sportmedisch onderzoek Vergoeding voor o.a. ayurvedische geneeskunde, korting op doorlopende reisverzekering, vaccinatie buitenland, mogelijkheid tot meenemen van extra

Zorgverzekeraar	Omschrijving specifieke aanvullende pakketten	Specifieke doelgroep / Aanvullend pakket	Voorbeelden van verstrekkingen (specifiek voor de betreffende doelgroep), bijvoorbeeld waar de verzekeraars mee adverteren
Azivo (vervolg)		Top	noodzakelijke medicijnen naar Suriname, startpakket Diabetes
CZ - 5 algemene aanvullende pakketten	Jongeren	Advies: Jongeren tussen de 18 en 30 jaar	Vergoeding voor o.a. tandarts, brillen en lenzen, alternatieve geneeswijzen, fysiotherapie, sportmedisch advies, inenting voor verre reizen, 50 gratis condooms
	Gezinnen	Advies: Gezinnen	Vergoeding voor o.a. beugels, tandarts, fysiotherapie, brillen, lenzen, alternatieve geneeswijzen, geboorte- en kraamzorg
	50+	Advies: 50 plussers	Ruime vergoeding voor hoortoestellen, ruime vergoeding voor fysiotherapie, vergoeding voor preventieve onderzoeken, vergoeding voor gezondheidstrainingen en beweegprogramma's, gratis grieprik
DSW - 2 algemene aanvullende pakketten	AV-Student	Uitsluitend: Studenten (>22 jaar, bewijs van Studie Financiering)	Vergoeding voor o.a. behandelingen in het buitenland, vaccinaties buitenland, homeopathische geneesmiddelen, tandarts vanaf 22 jaar, orthodontie, brillenglazen / contactlenzen, fysiotherapie / manuele therapie, alternatieve geneeskundige hulp
Fortis ASR (incl. de Amersfoortse) - 5 algemene aanvullende pakketten	Servicemodule Ondernemer	Uitsluitend: Zelfstandig ondernemers en in combinatie met basisverzekering	Schadelastbeheersende diensten op het gebied van preventie, interventie en re-integratie, bemiddeling voor vervanging zaakwaarneming, behandeling aan het bewegings- en

Zorgverzekeraar	Omschrijving specifieke aanvullende pakketten	Specifieke doelgroep / Aanvullend pakket	Voorbeelden van verstrekkingen (specifiek voor de betreffende doelgroep), bijvoorbeeld waar de verzekeraars mee adverteren
Fortis ASR (vervolg)			houdingsapparaat, ergonomisch advies, werkplekaanpassing, diagnose van specialist of behandelaar wordt versneld, gezinshulp bij uitval partner, vervoerskosten van en naar het werk indien zelf reizen geen optie is
Friesland, De - 3 algemene aanvullende pakketten	AV Gezin	Advies: (jonge) gezinnen	Extra kraamzorg, cursus EHBO bij kinderen, ruime vergoeding voor brillen en contactlenzen, fysiotherapie, orthodontie, zwangerschapskursus, vergoeding van flapoorcorrectie en stottertherapie, tijdelijk huishoudelijke hulp als een ouder acuut in het ziekenhuis wordt opgenomen, hulplijn Jonge Gezinnen, vergoeding alternatieve geneeswijze
	AV 55 plus	Advies: iedereen die net met pensioen is, of gaat	Ruime vergoeding voor fysiotherapie, alternatieve geneeswijzen, brillen / contactlenzen, bovenooglidcorrectie, steunzolen, overgangsconsult, lidmaatschap patiëntenvereniging, vergoeding eigen bijdrage zittend ziekenvervoer
	AV Student	Uitsluitend: Studenten (aantonen met bewijs Studie Financiering, niet ouder dan 27 jaar en in combinatie met de basisverzekering)	Ruime dekking in binnen- en buitenland voor o.a. tandarts, fysiotherapie, brillen / contactlenzen, vaccinaties, gratis reisverzekering van 21 dagen met Europadekking, declaratie binnen 7 dagen op je rekening
Menzis	JongerenVerzorgd	Advies: Jongeren	Dieetadvisering,

Zorgverzekeraar	Omschrijving specifieke aanvullende pakketten	Specifieke doelgroep / Aanvullend pakket	Voorbeelden van verstrekkingen (specifiek voor de betreffende doelgroep), bijvoorbeeld waar de verzekeraars mee adverteren
Menzis (vervolg) - 4 algemene aanvullende pakketten		tussen de 18 en 30 jaar	sportkeuring, sportmedisch advies, psychologische zorg, huidtherapieën, brillen / contactlenzen, tandheelkundige zorg
Ohra - 8 algemene pakketten	Meegroeiservice (opgebouwd uit een combinatie van de algemene aanvullende pakketten)	<p>Uitsluitend: Studenten tussen de 18 en 27 jaar</p> <p>Advies: Singles</p> <p>Advies: Duo's</p> <p>Advies: Jonge Gezinnen</p>	<p>Vergoeding voor condooms, brillen / contactlenzen, korting op het bleken van tanden, fysiotherapie, sport medische onderzoek, consulten van Care for Women (alleen voor vrouwen), kortingen en gratis extra services</p> <p>Vergoeding voor brillen / contactlenzen, fysiotherapie, sportmedisch onderzoek, vaccinaties bij reizen, dekking voor spoedeisende hulp in het buitenland, kortingen op tanden bleken, ooglaseren, korting op fitnesscentra, gratis gepersonaliseerd hardloopschema van ProRun</p> <p>Dekking voor spoedeisende hulp in het buitenland, vaccinaties en hulpdienst voor hulp in het buitenland, fysiotherapie, sportmedisch onderzoek, kortingen op fitnesscentra, wellness-arrangementen, kortingen op ooglaseren, brillen / contactlenzen, toegang tot een internetapotheek</p> <p>Kraampakket, lactatiekundige zorg, praktische cursussen rondom bevallingen, vergoeding kinderopvang bij ziekenhuisopname ouder(s), korting op een</p>

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)		<p>Advies: Gezinnen</p> <p>Uitsluitend: 50 plussers</p>	<p>EHBO-cursus gericht op kleine kinderen en korting op wellness-arrangementen, korting goed matras</p> <p>Vergoeding voor orthodontie, stottertherapie, extra psychologische zorg, extra dieetadvies, fysiotherapie, vergoeding brillen / contactlenzen, EHBO-cursus, korting op wellness-arrangementen en fitnesscentra, gratis gepersonaliseerd hardloopschema van ProRun</p> <p>Drie jaarlijkse gezondheidstesten: controle van de hart- en bloedvaten, cholesterolniveau, elektrocardiogram, ruime vergoeding voor de eigen bijdrage van hulpmiddelen en geneesmiddelen bij erectiestoornissen, ooglidcorrecties, EHBO-cursus, licht cosmetische ingrepen, (lees)brillen, dieetadvies</p>
ONVZ (incl. Aegon) - 6 algemene aanvullende pakketten	ZóFit	Advies: Kleine en middelgrote ondernemers (ZZP'ers, Maatschappen en VOF's)	Snelle terugkeer in het arbeidsproces, snelle start van de eerste intake, behandelingen, operaties en therapieën, selectieve contracten met aanbieders met speciale programma's gericht op een versnelde terugkeer in het arbeidsproces bij arbeidsgerelateerde aandoeningen, vergoeding grieprik
PNO Ziektekosten	AV Jong	Advies: Jongeren en starters op de	Fysiotherapie, brillen en contactlenzen, preventieve

Zorgverzekeraar	Omschrijving specifieke aanvullende pakketten	Specifieke doelgroep / Aanvullend pakket	Voorbeelden van verstrekkingen (specifiek voor de betreffende doelgroep), bijvoorbeeld waar de verzekeraars mee adverteren
PNO Ziektekosten (vervolg) - 3 algemene aanvullende pakketten		arbeidsmarkt	geneesmiddelen en vaccinaties en geneeskundige hulp in het buitenland
Salland - 3 algemene aanvullende pakketten	Kinder (evt. + MAX: uitbreiding financiële dekking) Jongeren (evt. + MAX: uitbreiding financiële dekking) Gezin (evt. + MAX: uitbreiding financiële dekking) 55plus (evt. + MAX: uitbreiding financiële dekking)	Uitsluitend: Opgroeïende kinderen tot 18 jaar Advies: Jongeren tussen 18 en 28 jaar Adviesleeftijd: mensen tussen 27 en 44 jaar Adviesleeftijd: 55 plussers	Orthodontie, therapie tegen stotteren en acné-therapie Fysiotherapie, Sport Medische Advies, ruime tandartsdekking en bezoeken aan de psycholoog Kraamzorg, sterilisatie en alternatieve geneeswijzen Tandartsbehandelingen, brillen, ooglidcorrecties, taxivervoer naar de specialist
Stad Holland Zorgverzekeraar - 5 algemene aanvullende pakketten	AV Zorg Studenten	Uitsluitend: Studenten (>22 jaar, bewijs van Studie Financiering)	Behandelingen in het buitenland, vaccinaties buitenland, homeopathische geneesmiddelen, tandarts vanaf 22 jaar, orthodontie, brillenglazen / contactlenzen, fysiotherapie / manuele therapie, alternatieve geneeskundige hulp
Trias - 3 algemene aanvullende pakketten	Gezond 50 plus (evt. + Gezond 50plus extra: uitbreiding financiële dekking)	Advies: 50 plussers	Brillen / lenzen, gehoorapparaten, plastische chirurgie, fysiotherapie
Univé - 7 algemene aanvullende pakketten	Gezin Extra ZeKur	Advies: Gezinnen en mensen die hoge vergoedingen belangrijk vinden Advies: Jongeren ('voor iedereen die jong is of zich jong voelt')	Overeenkomstig met Univé Extra Zorgpolis 3 Gratis doorlopende reisverzekering, fysiotherapie, brillen / lenzen, preventieve inentingen

Zorgverzekeraar	Omschrijving specifieke aanvullende pakketten	Specifieke doelgroep / Aanvullend pakket	Voorbeelden van verstrekkingen (specifiek voor de betreffende doelgroep), bijvoorbeeld waar de verzekeraars mee adverteren
VGZ - 3 algemene aanvullende pakketten	Jong & Zeker	Uitsluitend: Jongeren tussen 18 en 27 jaar	Tandzorg, spoedeisende hulp op vakantie (wereldwijd), vaccinaties, brillenglazen (tot €150), 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, stottertherapie, orthopedagoog, huishoudelijke hulp en kinderopvang (bij opname van één van de ouders)
	Vitaal & Zeker	Advies: 50 plussers	Brillen / contactlenzen, complete buitenlanddekking, vaccinatie
Zorg en Zekerheid - 4 algemene aanvullende pakketten	SURE	Uitsluitend: Jongeren tussen 18 en 30 jaar	Fysiotherapie en tandarts, sporten en vaccinaties met korting, extra lange dekking bij stage in het buitenland, extra lange dekking bij stage in het buitenland, extra korting op (zonne)brillen en lenzen
	GeZZin	Uitsluitend (om voor korting in aanmerking te komen): Gezinnen met opgroeiende kinderen (minimaal één ouder + één kind)	Verzekering met alle belangrijke vergoedingen voor ouder en kind, unieke sportvergoeding voor kinderen (inclusief lezwemmen), persoonlijk advies van het GeZZondTeam, extra kortingen op bijvoorbeeld kinderschoenen
	Plus	Advies: Ouderen	Persoonlijk advies dichtbij in de verzekeringswinkels, non-selecte acceptatie, gratis gezond advies van het GeZZondTeam

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 collectiviteiten		Verzekeraar	Korting Basis	Korting AV	Extra voordelen
1	Algemene Nederlandse Gehandicapten Organisatie (ANGO)	Agis	3%	5%	Vergoeding lidmaatschap (20 euro), speciale webomgeving voor collectiviteiten
		FBTO	3%	3%	-
		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 bij AV-optimaal volledig vergoed, de cursussen van de patiëntenvereniging worden onder alle AV's gedeeltelijk vergoed
4	Astmafonds	Agis	3%	5%	Idem ANGO (1)
		CZ	5%	-	-
5	Astma Patiënten Vereniging VbbA/LCP	Fortis ASR	10%	10%	Nonselect acceptatiebeleid, geen preferentiebeleid medicijnen, vergoeding lidmaatschap (hoogte 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 Nederland (CUN)	Agis	3%	5%	Idem ANGO (1)

Rechtspersoon collectiviteiten		Verzekeraar	Korting Basis	Korting AV	Extra voordelen
	CUN (vervolg)	Delta Lloyd (via zorg6)	10%	12%	Idem ANGO (1)
11	Diabetesvereniging Nederland (DVN)	Agis	3%	5%	Vergoeding lidmaatschap Diabetesvereniging Nederland (€20), gratis ZorgPlus module (vanaf AV compleet) en DiAgis, hoge kortingen op hulpmiddelen, zelfzorgmiddelen en geen medische selectie
		CZ	5%	5%	24 uur per dag telefonische advies, gebruik van CZ diabetesloket, nonselecte acceptatie, vergoeding lidmaatschap DVN bij Excellent en Supertop, Diabetes Dialoog, Zorginkoop door ervaringsdeskundigen (vrijwilligers DVN worden betrokken in het Diabetes inkoopbeleid van CZ)
		De Friesland	3%	3%	Vergoeding lidmaatschap DVN bij AV 55 plus (€25), non-selecte acceptatie, intensieve samenwerking met Noordelijke afdelingen DVN
		Ohra	10%	10%	Vergoeding lidmaatschap DVN voor AV uitgebreid vitaal, AV extra uitgebreid en AV compleet, speciale diabetesmodule, CZ neemt de inkoop voor diabeteszorg voor rekening (schaalvoordelen)
		Univé	5%	-	Vergoeding lidmaatschap DVN (€25), eerste jaar lidmaatschap gratis bij Extra Zorgpolis 2, 3 en 4, samenwerking lokale afdelingen DVN, diabetesketenzorg, preventie en zelfmanagement, diabeteszorgmodule, extra aandacht zorginkoop (o.a.)

Rechtspersoon collectiviteiten		Verzekeraar	Korting Basis	Korting AV	Extra voordelen
	Diabetesvereniging Nederland (vervolg)				diabetes in 2009 en 2010
		Zorg en Zekerheid	7%	7%	Vergoeding lidmaatschap DVN, vergoedingen preventieve cursussen, Diabetesstartpakket, nonselecte acceptatie, aandacht voor diabeteseducatie en relevante diabetesproducten, praktijkondersteuning in de huisartsenpraktijk, deelname in het CBO-diabetes verbeterproject
12	Dwarslaesie Organisatie Nederland	Agis	3%	5%	Idem ANGO (1)
		Fortis ASR	10%	10%	Idem Astma Patiënten Vereniging (5)
13	Epilepsie Vereniging Nederland	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	Nationaal MS Fonds	Agis	3%	5%	Vergoeding lidmaatschap, speciale webomgeving voor collectiviteiten
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	Delta Lloyd (via zorg6)	10%	12%	Idem ANGO (1)
21	Nederlandse Coeliakie Vereniging	Trias	8%	-	-
		Zilveren Kruis	5%	10%	-
22	Nederlandse Hyperventilatie Stichting	Agis	3%	5%	Idem ANGO (1)
23	Nederlandse Klinefelter Vereniging	Fortis ASR	10%	10%	Idem Astma Patiënten Vereniging (5)
24	Nederlandse Lever patiënten Vereniging	Fortis ASR	10%	10%	Idem Astma Patiënten Vereniging (5)
25	Nederlandse patiënten Vereniging (NPV)	DVZ Achmea	7,5%	10%	Eenmalige vergoeding lidmaatschap NPV, gratis

Rechtspersoon collectiviteiten		Verzekeraar	Korting Basis	Korting AV	Extra voordelen
	NPV (vervolg)				extra pakket (met 5 extra aanvullende vergoedingen)
		Prolife	5%	8%	Eenmalige vergoeding lidmaatschap NPV
26	Nederlandse Vereniging voor Autisme (NVA)	Agis	3%	5%	Idem ANGO (1)
27	Nederlandse Vereniging voor Blinden en Slechtzienden (NVBS)	Agis	3%	5%	Idem ANGO (1)
28	Nederlandse Vereniging voor Slechthorenden	Ohra	8%	10%	-
29	Osteoporose Vereniging	Agis	3%	5%	Idem ANGO (1)
30	Parkinson Patiënten Vereniging Nederland	Agis	3%	5%	Idem ANGO (1)
31	Per Saldo	Agis	3%	5%	Idem ANGO (1)
		Delta Lloyd (via zorg6)	10%	12%	Idem ANGO (1)
32	Psoriasis Vereniging Nederland	Delta Lloyd	10%	8%	Vergoeding lidmaatschap PVN bij AV comfort en Avtop. 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%	Vergoeding lidmaatschap Reumapatiëntenvereniging die aangesloten is bij de Reumapatiëntenbond, afspraken Fontana, nonselecte acceptatie AV-plus (speciaal voor chronisch zieken)
34	RSI Patiënten Vereniging	Agis	3%	5%	Idem ANGO (1)
35	Schildklierstichting Nederland	Fortis ASR	10%	10%	Idem Astma Patiënten Vereniging (5)
36	Stichting	Fortis ASR	10%	10%	Idem Astma Patiënten

Rechtspersoon collectiviteiten		Verzekeraar	Korting Basis	Korting AV	Extra voordelen
	Patiëntenbelangen Orthopaedie				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 Scoliose patiënten	Fortis ASR	10%	10%	Idem Astma Patiënten Vereniging (5)
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 collectiviteiten		Verzekeraar	Korting Basis	Korting AV	Extra voordelen
1	EFB Groningen	Agis	6%	15% op jongerenverzekering (TakeCareNow!)	Kans op een smartphone, gratis online diëtiste, fysiotherapeut, psycholoog en internetdokter
2	Gratisprint.nl	Agis	6%	10% op jongerenverzekering (TakeCareNow!)	Idem EFB Groningen (1)
3	HBO-raad	Zilveren Kruis Achmea	10%	15%	-
4	Hindu Studenten Forum Nederland	Agis	6%	10% op jongerenverzekering (TakeCareNow!)	Idem EFB Groningen (1)
5	Hyves	Agis	6%	25% op jongerenverzekering (TakeCareNow!)	Idem EFB Groningen (1)
6	IFES Studentenvereniging	DVZ Achmea	10%	15%	-
7	LSVb + ISO	Zilveren Kruis Achmea	10%	15%	-
8	Navigators Studentenverenigingen	DVZ Achmea	10%	15%	Sponsoring landelijk bureau, en lokale studentenverenigingen (per

Rechtspersoon collectiviteiten		Verzekeraar	Korting Basis	Korting AV	Extra voordelen
	Navigators Studentenverenigingen (vervolg)				nieuw aangemeld contract €30)
9	Saxion Hogescholen	Salland	€2,50 p.m.	€2,50 p.m. op Jongerenpolis	-
10	Stichting CJP	Agis	6%	25% op jongerenverzekering (TakeCareNow!)	Idem EFB Groningen (1)
11	Stichting Gezonde Vitale Burgers	Agis	8,5%	15% op jongerenverzekering (TakeCareNow!)	Idem EFB Groningen (1)
12	Stichting Zorg voor Koopkracht	Ohra	7%	7%	-
		Trias	7%	5%	-
		Zorg en Zekerheid	10%	13% op AV-SURE (jongerenverzekering)	-
13	Studentenpolis.nl	Menzis	7%	9%	Speciale studentenpolis met jaarvoorraad condooms (60 stuks), uitgebreide tandartsverzekering, kans op skivakantie
14	StudentServices	Agis	6%	15% op jongerenverzekering (TakeCareNow!)	Idem EFB Groningen (1)
15	StudentenZorgverzekering	Interpolis	10%	15% op StudentenZorgverzekering Collectief	Gratis tandarts, sportmedisch advies, blessurehulp, extra korting op fitnesscursussen e.d.
16	VU	Agis	8,5%	20% op jongerenverzekering (TakeCareNow!)	Idem EFB Groningen (1)

Doelgroep: Ouderen

Rechtspersoon collectiviteiten		Verzekeraar	Korting Basis	Korting AV	Extra voordelen
1	ANBO	Agis	5%	10%	Eenmalig vergoeding van het ANBO-lidmaatschap
		Azivo	-	10%	-
		CZ	5%	-	-
		Delta Lloyd	10%	12%	Eenmalig vergoeding van het ANBO-lidmaatschap

Rechtspersoon collectiviteiten	Verzekeraar	Korting Basis	Korting AV	Extra voordelen
ANBO (vervolg)				voor nieuwe verzekerden
	FBTO	7.6%	10%	Eenmalig vergoeding van het ANBO-lidmaatschap voor nieuwe verzekerden, module calamiteiten gratis
	De Friesland	3%	3%	Bij AV 55 plus: gedeeltelijke vergoeding van het ANBO-lidmaatschap
	Ohra	8%	0% - 12% (afhankelijk van gekozen pakket)	Kans op één jaar gratis basisverzekering
	Salland	5%	5%	-
	Trias	7%	5%	-
	Unive	5%	-	-
	VGZ	5%	-	-
	Zorg en Zekerheid	10%	10%	-
	2 ANBO + SEZ	Avero Achmea	4%	7,5%
Fortis		10%	10%	-
ONVZ		2%	2%	Jaarlijkse vergoeding ANBO-lidmaatschap
Stad Holland		-	4%	-
3 Nederlandse Hindoe Ouderen Bond (NEHOB)	Azivo	-	Geen korting voor AV- Basis, voor AV-Top: 15% (van 26,30 naar 22,45), voor AV- TopExtra: 20% (van 44,95 naar 35,80)	-
4 Protestants-Christelijke Ouderen Bond (PCOB)	Trias	9%	10%, 15% op Gezond 50plus en Gezond 50plus extra pakket	Jaarlijkse tegemoetkoming PCOB lidmaatschap (€17,50)
	VGZ	9%	-	-
5 Unie KBO	Zilveren Kruis	7,5%	10%	Zorggarantie en zorgbemiddeling,

Rechtspersoon collectiviteiten	Verzekeraar	Korting Basis	Korting AV	Extra voordelen
Unie KBO (vervolg)	Achmea			eenmalige tegemoetkoming in lidmaatschap Unie KBO (€17,50), vrije artsenkeuze, geen preferentiebeleid geneesmiddelen, geen betaling eigen risico bij veelvoorkomende operaties

Doelgroep: Vakbondsleden / Zelfstandig ondernemers

Rechtspersoon collectiviteiten	Verzekeraar	Korting Basis	Korting AV	Extra voordelen
1 CNV ACP, Onderwijsbond, ACOM	CZ	7,5%	10%	Speciaal AV-Vakbondspakket
2 CNV Bedrijvenbond, Dienstenbond, Hout- en Bouwbond, Jongeren, Kunstenbond, Kustersbond en BKM	CZ	7,5%	10%	Speciaal AV-Vakbondspakket
	Interpolis	10%	15%	-
3 CNV Publieke Zaak	Zilveren Kruis Achmea	7,5%	10%	Geen preferentiebeleid geneesmiddelen, gratis Beter Af Extra Pakket met extra vergoedingen voor alternatieve geneesmiddelen/geneeswijzen en een uitbreiding van de buitenlanddekking, voor leden ouder dan 18 jaar, overgestapt voor 31 december 2008 en AV: 25% extra korting op de AV (totaal bedrag wordt overgemaakt op bankrekening)
4 FNV Bondgenoten	Azivo	7%	10%	FNV-top met 100% vergoeding fysiotherapie
	Menzis	7%	10%	Speciale aanvullende zorgservice voor FNV-leden van 55 jaar en ouder, met extra's: FNV SeniorZorg, exclusief dienstenpakket, zorgmakelaar, medische vraagbaak en korting op alarmeringsapparatuur. Voor jonge FNV-leden; FNV

Rechtspersoon collectiviteiten		Verzekeraar	Korting Basis	Korting AV	Extra voordelen
	FNV Bondgenoten (vervolg)				Jong Zorg, met uitgebreide vergoedingen voor bijvoorbeeld dieetadvies, Sport Medische Advies, psychologisch zorg, huidtherapieën, brillen en contactlenzen
5	Houders KvK-nummer	ONVZ	8%	10%	-
6	Katwijkse Ondernemers Vereniging	DVZ Achmea	7,5%	10%	-
7	LTO Commerce	CZ	7%	10%	-
		Interpolis	10%	15%	-
		Unive	8,5%	10%	-
8	Reformatische Maatschappelijke Unie	DVZ Achmea	7,5%	10%	-
		ProLife	5%	8%	-
9	Stichting Ondernemers Belang	Agis	5%	10%	-
10	Vereniging Platform Zelfstandig Ondernemers (PZO)	Agis	5%	5%	-
		Fortis ASR	10%	10%	-
		Menzis	7%	7%	-
		Trias	10%	10%	Speciaal voor PZO-leden een Zonder Zorgen Polis: standaardverzekering met AV Extra of AV Totaal en extra bedrijfszorgmodule: zorgbemiddeling, binnen drie dagen een plan van aanpak, huishoudelijke hulp, herstel instructie, Trias Gezondheidslijn, vakantiedokter

Doelgroep: Leden / Klanten zorgorganisatie

Rechtspersoon collectiviteiten		Verzekeraar	Korting Basis	Korting AV	Extra voordelen
1	ActiVite Thuiszorg Groot Rijnland	Zorg en Zekerheid	7%	7%	-
2	Allevo Plus	CZ	5%	5%	Uitbetaling declaraties en behandeling zorgaanvragen binnen 14 dagen, via Internet klantvoordeel bij andere bedrijven
3	Amstelring Gezondheidservice	Zilveren Kruis Achmea	5%	10%	Gratis Beter Af Pakket bij Beter AF Plus Polis, Zorggarantie en Zorgbemiddeling

Rechtspersoon collectiviteiten		Verzekeraar	Korting Basis	Korting AV	Extra voordelen
	Amstelring Gezondheidsservice (vervolg)	Zorg en Zekerheid	7%	7%	Persoonlijk contact, sporten met korting, sportvergoeding tot 18 jaar, korting op artikelen voor een gezond leven
4	Evean Ledenvereniging	Achmea (Avéro, Groene Land, PWZ, Zilveren Kruis)	5%	10%	Gezondheidsprogramma met o.a. consultatiebureau voor senioren, persoonlijke coach via de telefoon, hulp bij het op tijd en correct innemen van medicatie, gratis Beter Af Pakket bij Beter Af Plus Polis, Zorggarantie en Zorgbemiddeling
		Agis	5%	8%	Agis Helpt!, toegang tot vandaagagis.nl, Agis Arts, gratis letselschadeservice, met Agis in beweging, reisdokter, korting op voedingssupplementen, hulpmiddelen of zelfzorgmiddelen, vergoeding contributie ledenvereniging
		Univé	8,5%	10% (op Extra Zorg Polis 2-4)	Speciale collectieve verzekering, Evean Zorgverzekeringslijn voor vragen, extra zorgbemiddeling en meer service in het buitenland, vergoeding contributie ledenvereniging
5	Florence Gezondheidsservice	Azivo	-	10%	-
		Zorg en Zekerheid	7%	7%	-
6	GGG-organisatie (RAZ)	Agis	3%	5%	-
7	Groenekruisservice	CZ	5%	5%	-
		VGZ	6%	10%	-
8	Icare Ledenvereniging	Achmea (Avéro, Groene Land, PWZ, Zilveren Kruis)	5%	10%	Gezondheidsprogramma met o.a. consultatiebureau voor senioren, persoonlijke coach via de telefoon, hulp bij het op tijd en correct innemen van medicatie, gratis Beter

Rechtspersoon collectiviteiten		Verzekeraar	Korting Basis	Korting AV	Extra voordelen
	Icare Ledenvereniging (vervolg)				Af Pakket bij Beter Af Plus Polis, Zorggarantie en Zorgbemiddeling
		Agis	5%	8%	Agis Helpt!, toegang tot vandaagis.nl, Agis Arts, gratis letselschadeservice, met Agis in beweging, reisdokter, korting op voedingssupplementen, hulpmiddelen of zelfzorgmiddelen, vergoeding contributie ledenvereniging
		Univé	8,5%	10% (op Extra Zorg Polis 2-4)	Speciale collectieve verzekering, Evean Zorgverzekeringslijn voor vragen, extra zorgbemiddeling en meer service in het buitenland, vergoeding contributie ledenvereniging
9	Informele Zorg Twente (vrijwilligers)	Menzis	6%	9%	-
10	Internos Thuiszorg	Trias	7%	5%	Presentje, extra preventieve testen
11	LifeLive (samenwerkingsverband Vereniging Kruiswerk Sensire, Vitras/CMD, Thuiszorgorganisatie Groningen en Meavita West)	Agis	5%	8%	-
		Amersfoortse, De	10%	10%	-
		Avéro Achmea	5%	10%	-
		Menzis	4%	5%	-
		Ohra	8%	8%	-
12	Omring, De	Univé	8,5%	10% (op Extra Zorg Polis 2-4)	€10 tegemoetkoming lidmaatschap Omring, fysiotherapie voor 100% vergoed
13	Orbis serviceformule	CZ	5%	5%	-
14	PluZ	De Friesland	3%	4%	-
15	PuntExtra	CZ	5%	5%	-
		VGZ	6%	10%	-
16	Regionale Kruisvereniging West-Brabant	CZ	5%	5%	Behoeftetepeiling via de leden, gidsen van de leden naar de zorg via de zorggids, afstemming over infrastructuur zorg, diverse cursussen, zelfmanagement cursussen
		VGZ	5%	10%	Informatiesessies bij

Rechtspersoon collectiviteiten	Verzekeraar	Korting Basis	Korting AV	Extra voordelen
Regionale Kruisvereniging West- Brabant (vervolg)				bijeenkomsten kruisvereniging, speciale internetsite, informatie in de verzekeringwinkels en informatieschermen
17 Rivas Zorggroep	Trias	7%	5%	€15 extra budget bij Aanvullend pakket en Gezond 50plus, €25 extra budget bij het Aanvullende Extra Pakket en het Gezond 50plus Extra pakket, €40 extra budget bij het Aanvullend Totaal pakket
18 Stichting A tot Z (Haagse huisartsen)	Agis	5%	20%	-
19 Stichting ActiefZorg	CZ	5%	-	-
20 Stromen Opmaat Groep, De	CZ	5%	5%	-
	Trias	7%	5%	Vast bedrag extra per kalenderjaar te besteden aan cursussen, themabijeenkomsten en acties uit het Servicepakket. (€15 bij het Aanvullend Pakket, €25 bij het Aanvullend Extra Pakket en €40 bij het Aanvullend Totaal Pakket)
21 Thebe	CZ	7,5%	7,5%	-
22 Thuiszorg Careyn	CZ	6,5%	6,5%	-
23 Thuiszorg De Zellingen	CZ	5%	5%	-
24 Thuiszorg De Zuwe	Agis	3%	8%	-
	Zorg en Zekerheid	7%	7%	-
25 Thuiszorg Gooi en Vechtstreek	Zorg en Zekerheid	7%	7%	-
26 Thuiszorg Pantein (ZorgActief)	CZ	5%	5%	-
	VGZ	5%	min. 3% (oplopend)	-
27 Thuiszorg Noord West Twente & De Koppel	Menzis	7%	10%	-
28 Valent RDB Thuiszorg	Zorg en Zekerheid	7%	7%	-
29 Vierstroom / Zorgring	Trias	7%	5%	Idem Rivas (13)
30 Vivantes	CZ	5%	5%	-
31 Zorgboog	CZ	5%	5%	-
	VGZ	5%	5%	-
32 ZorgSaam Zeeuws- Vlaanderen	CZ	5%	5%	Eenmalig 5% korting op fitheidstesten van

Rechtspersoon collectiviteiten		Verzekeraar	Korting Basis	Korting AV	Extra voordelen
	ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen (vervolg)				Prosana, 5% korting op dagprijs in ZorgSaam ziekenhuis bij comfortpakket ZorgSaam X-tra
33	Zorgstroom	CZ	5%	5%	-

Doelgroep: Leden / Klanten bedrijven en belangenorganisaties

Rechtspersoon collectiviteiten		Verzekeraar	Korting Basis	Korting AV	Extra voordelen
1	ABN AMRO	Delta Lloyd	7%	7%	Gratis gezondheidsservices, zorggaranties
2	Albert Heijn	Agis	5%	10%	Gratis Albert Heijn Gezondheidsmodule
3	ANWB	Ohra	5%	5%	-
		VGZ	5%	5%	-
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, bij nieuwe aanmelding vóór 311208: 25% extra korting op aanvullende verzekering
5	Bond Tegen het Vloeken	DVZ Achmea	7,5%	10%	-
6	Clean Air Nederland	Delta Lloyd	10%	12%	-
7	Donorpolis	Ohra	8%	8%	-
		Fortis ASR	10%	10%	-
		Avéro Achmea	5%	12,5%	-
		Menzis	4%	5%	-
		SEZ	6%	7,5%	-
8	Goede Waar & Co	Avéro Achmea (via Turien&Co)	6%	10%	-
9	Eci	Ohra	8%	8%	-
10	EO	DVZ Achmea	7,5%	10%	-
11	EO (Visie)	ProLife	5%	8%	-
12	Erdee Card (Reformatorisch Dagblad)	DVZ Achmea	7,5%	10%	-
		ProLife	5%	8%	-
13	Evangelische Zendings Alliantie (EZA)	DVZ Achmea	7,5%	10%	-

	Rechtspersoon collectiviteiten	Verzekeraar	Korting Basis	Korting AV	Extra voordelen
14	GMV Christennetwerk	DVZ Achmea	7,5%	10%	-
15	Hartstichting	VGZ	5%	-	Korting geldt voor het Vitaal&Zeker Pakket (Basis + AV + Tand), donatie van €25
16	HCC	Ohra	8%	10%	€4,95 korting op het HCC-lidmaatschap bij aanmelding voor 010109
17	HDV Suleynab celebi Camii	Trias	7%	5%	-
18	Jonge Gezinnen BV	Agis	5%	8%	Speciale gezinspolis met huishoudelijke hulp na de bevalling, gratis online pedagoog, diëtist, fysiotherapeut, vergoeding voor cursussen, hulp bij gewichtsverlies voor ouder en kind
19	Koninklijke Vereniging Homeopathie Nederland	Amersfoortse	10%	10%	-
20	Kruidvat	Ohra	10%	tot 15%	Tegoed €50 voor zelfzorgproducten bij Kruidvat
21	Makro	Ohra	8%	8%	-
22	Marokkaanse Moskeeën Nederland	Trias	7%	5%	-
23	National Academic	Avéro Achmea	9%	Eigen AV	Declaraties binnen 6 dagen uitgekeerd
24	Nationale Bond EHBO	Univé	8%	10%	-
25	Nationale Postcode Loterij / Sponsort Bingo Loterij	Agis	6%	20%	-
26	Nederlandse Rode Kruis	Zilveren Kruis Achmea	5%	10%	-
27	Nederlandse Vereniging Klassiek Homeopaten	VGZ	7%	10%	-
28	Platvorm Turkse Dordtenaren	Trias	7%	5%	-
29	Islamitische Stichting Ned Anadolu	Trias	7%	5%	-
30	Rabobank	Interpolis	10%	15%	Zorgbemiddeling
31	Stichting Moskee Islam	Trias	7%	5%	-
32	Stichting Preventiepolis (Rookvrijpolis)	Agis	3%	8%	Extra vergoedingen in de AV: o.a. cursus stoppen met roken,

Rechtspersoon collectiviteiten		Verzekeraar	Korting Basis	Korting AV	Extra voordelen
					korting op zelfzorgmiddelen, uitgebreide healthcheck, lidmaatschap van Stichting Preventiepolis, gratis Visa GreenCard t.w.v. €75, 20% korting op fitness, 40% op natuurlijke multivitaminen
33	Stichting Preventiepolis (Vegapolis)	Agis	5%	5%	Extra vergoedingen in de AV: o.a. vergoeding vleesvervangers, korting vegetarische restaurants, lidmaatschap Stichting Preventiepolis, donatie €20 aan één van de aangesloten verenigingen (wakker dier, adopteer een kip/appelboom, 20% korting op fitness, 40% korting op natuurlijke multivitaminen, gratis Visa GreenCard t.w.v. €75
34	Turkse Culturele Vereniging	Trias	7%	5%	-
35	Turks Sociaal Cultureel Platform	Trias	7%	5%	-
36	Univé	VGZ-IZA-Trias	Tot 10%	-	Elke Univé verzekering naast de zorgverzekering geeft 1% korting op de basisverzekering. En voor elke Univé auto- en inboedelverzekering is dat 3%. Deze kortingen komen bovenop de eenmalige instapkorting van 1,5%. Zo stapelt het voordeel zich op tot maximaal 10%
37	Vereniging Bescherming Ongeboren Kind (VBOK)	DVZ Achmea	7,5%	10%	-
		ProLife	5%	8%	-
38	Vereniging Eigen Huis (VEH)	FBTO	7,6%	10%	-
39	VVAA	ONVZ	8%	10%	-

Doelgroep: Sporters / supporters

Rechtspersoon collectiviteiten		Verzekeraar	Korting Basis	Korting AV	Extra voordelen
1	Achmea Health Centres	Zilveren Kruis Achmea	7,5%	10%	Gratis Beter Af Sport Pakket met MRI scan sportblessure, Second Opinion, Sportarts en -keuring, Sportbrace, Sportbrillen, Sportmassage, Sportmedisch onderzoek, Steunzolen sportschoenen, 50% korting op het (eenmalige) inschrijfgeld, 20% korting op de contributie van het Achmea Health Center
2	Fitclub (lid indien naar eigen zeggen voldaan wordt aan Nederlandse Fitnorm)	Zilveren Kruis Achmea	5%	10%	Gratis Beter Af Sport Pakket met MRI scan sportblessure, Second Opinion, Sportarts en -keuring, Sportbrace, Sportbrillen, Sportmassage, Sportmedisch onderzoek, Steunzolen sportschoenen
3	Nederlandse Ski Vereniging	Amersfoortse	10%	Speciale AV: NSkiV Aanvulling Optimaal	-
4	NOC*NCF (Nationale Sportpas)	Zilveren Kruis Achmea	7,5%	10%	Snel toegang tot gespecialiseerde sportzorg, ruime vergoeding voor sportbrillen, braces en inlays voor sportschoenen, snel een MRI-Scan mogelijk via een sportmedische instelling, bij nieuwe aanmelding vóór 311208: 25% extra korting op aanvullende verzekering
5	Skatebond Nederland	Univé	9%	10% (voor Extra Zorgpolis 2-4)	-
6	Supportersvereniging FC Groningen	Menzis	7%	9%	-

Rechtspersoon collectiviteiten	Verzekeraar	Korting Basis	Korting AV	Extra voordelen	
7	Supportersvereniging Willem II	Interpolis (via Rabobank)	7,5%	10%	-

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

Rechtspersoon collectiviteiten	Verzekeraar	Korting Basis	Korting AV	Extra voordelen	
1	Bestebasispolis.nl (via Voordelig Verzekerd)	Delta Lloyd	10%	10%	-
2	Club Metro	Zilveren Kruis Achmea	5%	10%	Gratis Beter Af Extra Pakket bij afsluiten aanvullende verzekering,
3	Collectievezorg.nl	OZF Achmea	5%	7,5%	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 collectiviteitkorting bij 5 of meer personen, per persoon een staatslot voor maart 2009
4	Cordares Advies	Agis	10%	15%	-
		Ohra	9%	12%	-
		VGZ	6%	10%	-
5	Independer.nl	Amersfoortse, De	6%	10%	-
		Delta Lloyd	10%	12%	-
		Fortis ASR	6%	10%	-
		Ohra	10%	5%	-
		SIZ	5%	-	-
		Trias	5%	-	-
		Univé	5%	-	-
		VGZ	5%	-	-
6	Informatieziektekosten.nl	Agis	1,5%	5%	-
		Amersfoortse, De	6%	10%	-
		Delta Lloyd	10%	12%	-
		ONVZ (werkende)	3%	6%	-
7	InternetVerzekeren.nl	Delta Lloyd	10%	10%	-
8	Moerstaal.nl	FBTO	5%	7,5%	-
9	Nederlandcollectief.nl	Delta Lloyd	10%	12%	-

Rechtspersoon collectiviteiten		Verzekeraar	Korting Basis	Korting AV	Extra voordelen
10	Onlineziektekosten.nl (ook Stichting Leven Zonder Zorg)	Avéro Achmea	4%	7,5%	-
		Trias	7%	12%	-
11	PMA ZorgCollectief	Menzis	7%	10%	PMA bonus van €18 per persoon per jaar, PMA instapbonus €19 per persoon per jaar
12	Stichting Geijsel	Delta Lloyd	10%	18%	Geen eigen risico op aanvullende pakketten
13	Stichting Verzekerdenbelangen Collectieve Ziektekostenverzekeringen (VCZ)	OZF Achmea	5%	10%	-
14	TCF Zorgverzekeringen (ook Veelbesparen.nl)	Avéro Achmea	5.6%	13.7%	-
		Amersfoortse, De	8%	10%	-
		Delta Lloyd	10%	12%	-
		ONVZ (ZZP/MKB)	6%	8%	-
15	Unitedconsumers.com	VGZ	10%	-	Keuzemogelijkheid indien aanmelding vóór 311208: óf korting op de basisverzekering, óf Wii Sports pak
16	Unitedinsurance.nl	Delta Lloyd	10%	20%	
17	Verbond van Zorgverzekerden	Agis	5%	8%	-
		Ohra	7%	7%	-
		Trias	7%	5%	-
18	Vereniging de Vastelastenbond	Delta Lloyd	10%	10%	Naast de korting biedt de Vereniging de Vastelastenbond de verzekeringen provisieloos aan bij het afsluiten van een Bespaar Zeker Pakket i.c.m. een gratis provisieloos adviesgesprek. De betaalde provisie wordt aan het eind van het jaar op de rekening van de deelnemer teruggestort
		FBTO (korting geldt alleen voor	7%	10%	-

Rechtspersoon collectiviteiten		Verzekeraar	Korting Basis	Korting AV	Extra voordelen
	Vereniging de Vastelastenbond (vervolg)	reeds bestaande klanten. Contract wordt niet langer aangeboden)			
19	Verzekeringen-online.nl	Delta Lloyd	10%	10%	-
20	Verzekeringsabonnement.nl	Avéro Achmea	7,6%	12%	-
		Delta Lloyd	7%	12%	-
21	Verzekeringssite.nl	Agis	5%	8%	-
		Amersfoortse, De	6%	10%	-
		Delta Lloyd	10%	12%	-
		Fortis ASR	6%	10%	-
		Ohra	10%	5%	-
		SIZ	5%	-	-
		Trias	5%	-	-
		Univé	5%	-	-
		VGZ	5%	-	-
22	Zorgpremiëkorting.nl (van Stichting Zorg voor Koopkracht)	Agis	5%	8%	-
		Ohra	7%	7%	-
		OZF Achmea	5%	7,5%	-
		Trias	7%	5%	-
23	Zorgpaspoort	Delta Lloyd	10%	10%	-
24	Zuidstaete	Delta Lloyd	10%	10%	-

Bijlage 6 Collectiviteitskortingen op premies van andere verzekeringen (zoals expliciet genoemd)

Doelgroep	Rechtspersoon collectiviteit	Verzekeraar	Korting andere verzekeringen
Patiënten	Algemene Nederlandse Gehandicapten Organisatie (ANGO)	FBTO	Kortingen uiteenlopend van 5-10% op alle verzekeringen
	Diabetesvereniging Nederland DVN)	Univé	10% korting op alle verzekeringen
	Nederlandse Vereniging voor Slechthorenden	Ohra	15% korting op Autoverzekering (+5%), 10% kortingen op overige schadeverzekeringen, oplopende pakketkorting bij meer dan 3 verzekeringen bij Ohra (3-10%)
Jongeren / Studenten	-	-	-
Ouderen	-	-	-
Vakbondsleden / Zelfstandig ondernemers	LTO Commerce	Interpolis	5% korting op InkomensZekerheid, 10% korting op Alles In Eén polis, waardebond €100 bedrijvencompactpolis
		Univé	2.5% korting op arbeidsongeschiktheidsverzekering, 7% korting op autoverzekering
	FNV Bondgenoten	Menzis	20% korting op de doorlopende vakantie reisverzekering
Leden / Klanten Zorgorganisatie	-	-	-
Leden / Klanten bedrijven en belangenorganisatie	ANWB	Ohra	5% korting op speciale doorlopende reisverzekering van ANWB, oplopende pakketkorting bij meer dan 3 verzekeringen bij Ohra (3-10%)
		VGZ	5% korting op speciale doorlopende reisverzekering van ANWB
	HCC	Ohra	10% korting op autoverzekering, 10% korting op opstalverzekering, 10% korting op inboedelverzekering, 10% korting op permanente reisverzekering, 10% korting op rechtsbijstandsverzekering en oplopende pakketkorting OHRA (3-10%)
	National Academic	Avéro Achmea	20% lagere premie op overige gezinsverzekeringen, 20% korting op auto-,

Doelgroep	Rechtspersoon collectiviteit	Verzekeraar	Korting andere verzekeringen
	National Academic (vervolg)		inboedel-, woonhuis-, aansprakelijkheids- en doorlopende reisverzekering
	Vereniging Bescherming Ongeboren Kind (VBOK)	ProLife	15% korting op woonhuisverzekering, inboedelverzekering, aansprakelijkheidsverzekering, en rechtsbijstand verzekering. €2,50 korting op module consument en woning en €2,50 korting op module inkomen, 8% korting op reisverzekering, en 18% op autoverzekering
Sporters / Supporters	-	-	-
Algemeen (Algemene consumentenorganisaties, tussenpersonen, internetmakelaars enz.)	Informatieziektkosten.nl	Delta Lloyd	35% korting op auto-, inboedel-, opstal-, aansprakelijkheids-, reis-, rechtsbijstand-, motorverzekering. Korting oplopend tot 47% bij meerdere verzekeringen
	Moerstaal.nl	FBTO	18% korting op FBTO autoverzekering, 5% korting op FBTO Woonverzekering (aansprakelijkheids-, opstal-, en inboedelverzekering), 5% korting op FBTO Doorlopende reisverzekering en op FBTO caravanverzekering, 20% korting op de FBTO Pleziervaartuijgenverzekering, 5% korting op de FBTO Ongevallenverzekering en de FBTO Overlijdensrisicoverzekering, en 3% korting op de FBTO Uitvaartverzekering