

## Risico's van koppeling basis- en aanvullende zorgverzekering

De koppeling van basis- en aanvullende verzekering kan leiden tot risicoselectie en een beperking van de keuzevrijheid in de basisverzekering. Deze negatieve effecten zijn nog beperkt maar nemen wel toe. De meest effectieve remedies zijn een verbetering van de risicoverevening en het beperken van het belang van de aanvullende verzekering.

Sinds 2006 zijn er twee soorten verzekeringen voor curatieve zorg: een verplichte basisverzekering en een vrijwillige aanvullende verzekering voor verstrekkingen die niet door de basisverzekering worden gedekt. De basis- en aanvullende verzekering gaan uit van verschillende principes. De basisverzekering is gebaseerd op een combinatie van solidariteit, keuzevrijheid en gereguleerde concurrentie. De verstrekkingen moeten voor iedereen, ongeacht ziekterisico, betaalbaar zijn. Daarom is in de Zorgverzekeringswet (Zvw) geregeld dat zorgverzekeraars de basispremie niet mogen differentiëren naar risico en dat zij iedere Nederlander die zich aanmeldt moeten accepteren. Om te voorkomen dat het verbod op premiedifferentiatie leidt tot risicoselectie en een ongelijk speelveld tussen zorgverzekeraars, voorziet de Zvw in een

risicovereveningssysteem. Met dit systeem wordt beoogd om voor verzekeraars voorspelbare verschillen in ziekterisico tussen verzekerden te egaliseren. De aanvullende verzekering is gebaseerd op de principes van een vrije verzekeringsmarkt, conform de Europese schadeverzekeringsrichtlijnen. Dit betekent dat de overheid niet mag interveniëren in de premiestelling, het verzekeringspakket en het acceptatiebeleid. In tegenstelling tot de basisverzekering is solidariteit geen uitgangspunt bij de aanvullende verzekering en de overheid biedt dan ook geen garanties dat de aanvullende verzekering voor iedereen toegankelijk en betaalbaar is. In een recente brief aan de Consumentenbond stelt het Ministerie van VWS nadrukkelijk dat in de aanvullende verzekeringen alleen die voorzieningen zitten waarvan de regering vindt dat die voor rekening en verantwoordelijkheid van de verzekerde zelf kunnen komen (Ministerie van VWS, 2008). De scheidslijn tussen de basis- en de aanvullende verzekering markeert derhalve voor welke verstrekkingen de overheid vindt dat solidariteit en universele toegankelijkheid al dan niet maatschappelijk gewenst zijn. Hoewel het afsluiten van een aanvullende verzekering niet verplicht is, heeft 92 procent van de Nederlanders

ANNE-FLEUR ROOS EN  
ERIK SCHUT

Onderzoeker en hoogleraar  
aan het instituut Beleid  
en Management Gezond-  
heidszorg (iBMG) van  
de Erasmus Universiteit  
Rotterdam

een aanvullende verzekering (NZa, 2008). Vrijwel iedereen heeft de aanvullende verzekering afgesloten bij dezelfde zorgverzekeraar als de basisverzekering. Beide verzekeringen zijn dus uit het oogpunt van aanschaf sterk aan elkaar gekoppeld. Voor de verzekerde kan een gezamenlijke aanschaf van beide verzekeringen voordelig zijn. Zo betekent het minder administratieve rompslomp en kan zorg die deels door de basis- en deels door de aanvullende verzekering wordt vergoed, zoals fysiotherapie, eenvoudiger op beide verzekeringen worden afgestemd. Maar de koppeling van beide verzekeringen bergt ook risico's in zich omdat de solidaire spelregels in de basisverzekering niet gelden voor de aanvullende verzekering. Daarom wordt eerst ingaan op de aard van de koppeling van beide verzekeringen. Komt deze koppeling puur voort uit de voorkeuren van verzekerden? Of wordt koppelverkoop afgedwongen door zorgverzekeraars? Vervolgens wordt ingegaan op de risico's van de koppeling van beide verzekeringen op basis van empirisch onderzoek dat in de eerste drie jaren sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet is uitgevoerd (De Bruijn *et al.*, 2005; De Bruijn en Schut 2006, 2007; Roos en Schut, 2008). Ten slotte wordt aangegeven hoe de risico's van koppeling te beperken zijn.

### Koppelverkoop

Van belang voor de beoordeling van de risico's van koppeling is de vraag in hoeverre verzekerden min of meer worden gedwongen om beide verzekeringen bij dezelfde zorgverzekeraar onder te brengen. Tijdens het parlementaire debat over de nieuwe Zorgverzekeringswet is het probleem van koppelverkoop uitvoerig aan de orde geweest. Via een amendement op het wetsvoorstel heeft dit geleid tot een specifiek artikel in de Zvw (art. 120) dat zorgverzekeraars verbiedt om de aanvullende verzekering te beëindigen wanneer de verzekerde de basisverzekering opzegt. Uit een telefonische benadering van de klantenservice van zorgverzekeraars werd echter bij zes zorgverzekeraars, in strijd met hun eigen polisvoorwaarden en met artikel 120 Zvw, medegedeeld dat bij opzegging van de basisverzekering automatisch ook de aanvullende verzekering zou worden opgezegd (Roos en Schut, 2008). De NZa (2008) constateerde bovendien dat in de opzegservice van de meeste zorgverzekeraars de mogelijkheid ontbreekt om alleen de basisverzekering op te zeggen en de aanvullende verzekering voort te zetten. Omdat dit niet in overeenstemming is met artikel 120, heeft de NZa aangekondigd hiertegen te zullen optreden. Hoewel artikel 120 in principe de garantie biedt dat de aanvullende polis bij opzegging van de

---

## Zo mogen verzekeraars een toeslag op de premie van de aanvullende verzekering in rekening brengen wanneer de verzekerde de basisverzekering opzegt

basisverzekering kan worden voortgezet, betekent dit niet dat dit kan tegen dezelfde voorwaarden. Zo mogen verzekeraars een toeslag op de premie van de aanvullende verzekering in rekening brengen wanneer de verzekerde de basisverzekering opzegt. Vijf verzekeraars geven aan een dergelijke premieopslag te hanteren maar vermelden niet hoe hoog deze opslag is. Belangrijker is echter dat verzekeraars ook de polisvoorwaarden in zijn geheel kunnen wijzigen. Dit betekent dat zij het verstrekkingenpakket zodanig kunnen verkleinen of de premie zodanig kunnen verhogen dat de polis onaantrekkelijk wordt en verzekerden uit zichzelf zullen willen overstappen. In 2008 hebben ten minste twee zorgverzekeraars de dekking van hun meest uitgebreide aanvullende polis aanzienlijk beperkt en tegelijkertijd een nieuwe polis geïntroduceerd met dezelfde uitgebreide dekking als de oorspronkelijke meest uitgebreide polis. Wanneer verzekerden hun oorspronkelijke aanvullende verzekering willen inruilen voor de nieuwe polisvariant, kunnen verzekeraars dat weigeren en biedt artikel 120 geen soelaas.

Artikel 120 beschermt bovendien niet tegen andere vormen van koppelverkoop. Zo kunnen verzekeraars bij de overstap naar een andere aanvullende polis eisen dat verzekerden tegelijkertijd ook een basisverzekering afsluiten. Deze vorm van koppelverkoop werd in 2008 door zeven zorgverzekeraars toegepast (Roos en Schut, 2008). Voor negen zorgverzekeraars gold dat zij wel een afzonderlijke aanvullende verzekering afsloten, maar in dat geval een toeslag op de premie van de aanvullende verzekering in rekening brachten. Deze premietoelagen liepen in 2008 uiteen van 25 procent tot 100 procent. De NZa (2008) geeft aan dat zij dergelijke opslagen vanuit het oogpunt van mobiliteit en keuzevrijheid onwenselijk vindt, maar dat zij geen bevoegdheid heeft om in te grijpen in de premies van aanvullende verzekering. Een verzoek van de NZa aan de zorgverzekeraars om de premieopslagen vrijwillig te verlagen, is door drie verzekeraars genegeerd (NZa 2008). De NZa heeft daarop het Ministerie van VWS verzocht om maatregelen te treffen tegen de betreffende hoge premieopslagen, maar ook het ministerie heeft aangegeven daartoe geen juridische mogelijkheden te hebben omdat zulks in strijd is met de Europese richtlijnen schadeverzekering (Ministerie van VWS, 2008). Het enige dat de NZa kan eisen, is dat verzekeraars transparante informatie verstrekken over de hoogte van de premieopslagen.

Naast premieopslagen zijn er ook andere methoden die verzekeraars toepassen om de aanschaf van een afzonderlijke aanvullende verzekering te ontmoedigen. Zo hanteren sommige verzekeraars voor degenen die uitsluitend een aanvullende verzekering willen afsluiten strengere eisen bij acceptatie zoals medische selectie of bepaalde wachttijden voor vergoedingen en behandelingen. Ten slotte 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. In 2008 is het aantal zorgverzekeraars dat een koppeling hanteert genomen ten opzichte van eerdere jaren (Roos en Schut, 2008).

De conclusie is dat artikel 120 van de Zvw geen effectieve garantie biedt tegen koppelverkoop en dat het voor verzekerden onaantrekkelijk of onmogelijk is om de aanvullende verzekering bij een andere zorgverzekeraar af te sluiten dan de basisverzekering.

### Risico's van koppeling

De sterke koppeling tussen beide verzekeringen kan de solidaire spelregels in de basisverzekering ondermijnen. Dit risico doet zich voor wanneer zorgverzekeraars ten aanzien van de aanvullende verzekering een selectief acceptatiebeleid hantieren. Een selectief acceptatiebeleid in de aanvullende verzekering kan gericht zijn op risicoselectie in zowel de basis- als de aanvullende verzekering. Beide vormen van risicoselectie hebben implicaties voor de solidariteit en keuzevrijheid in de basisverzekering.

Risicoselectie in de basisverzekering is aantrekkelijk als het risicovereveningssysteem voor eenvoudig identificeerbare risicogroepen onvoldoende compensatie biedt. Hoewel Nederland over een van de beste risicovereveningssystemen ter

wereld beschikt, bestaat bij het huidige systeem nog een harde kern van circa acht procent voorspelbaar verliesgevende verzekerden (Stam en Van de Ven, 2008). Door degenen die zich aanmelden voor de aanvullende verzekering te verplichten een lijst met gezondheidsvragen (gezondheidsverklaring) in te vullen, kunnen zorgverzekeraars potentieel voorspelbaar verliesgevende verzekerden in de basisverzekering identificeren. Wanneer verzekeraars deze verzekerden weigeren voor de aanvullende verzekering, zullen deze waarschijnlijk ook niet opteren voor de basisverzekering. De acceptatieplicht in de basisverzekering die moet garanderen dat ook verzekerden met een hoog risico van verzekeraar kunnen veranderen, kan dus worden ondergraven door een selectief acceptatiebeleid ten aanzien van de aanvullende verzekering (Van Beest *et al.*, 2008).

De aanvullende verzekering kent geen vereveningssysteem. Dit impliceert dat zorgverzekeraars kostendekkende premies moeten berekenen. De premies van de aanvullende verzekering moeten dus voldoende zijn om het risico van de verzekerden te dekken. Verzekeraars kunnen dit op twee manieren bereiken: door de premie af te stemmen op het risico (premiëdifferentiatie) of door het te accepteren risico af te stemmen op de premie (risicoselectie). In een vrije verzekeringsmarkt maken verzekeraars doorgaans gebruik van beide strategieën. Volledige premiëdifferentiatie naar risico is vaak niet mogelijk, te kostbaar en vanwege de extreme premieverschillen en -aanpassingen bij verzekeraars niet populair uit oogpunt van reputatie (Newhouse, 1996). Bij een beperkte mate van premiëdifferentiatie zijn verzekeraars op een concurrerende markt daarom genooddaakt tot risicoselectie via een selectief acceptatiebeleid. De aanvullende verzekering kent van oudsher een zeer geringe mate van premiëdifferentiatie omdat zij oorspronkelijk was ontwikkeld als aanvulling op de ziekenfondsverzekering. In de ziekenfondsverzekering was er maar beperkte concurrentie en was de aanvullende premie doorgaans meer dan kostendekkend. Dit betekende dat er ruimte was voor kruissubsidies tussen verzekerden met lage en hoge risico's. Sinds de invoering van de Zvw is de prijsconcurrentie tussen zorgverzekeraars zodanig toegenomen dat de marges op de aanvullende verzekering grotendeels zijn verdwenen. De scherpere concurrentie zal leiden tot een stringenter acceptatiebeleid en/of een toenemende premiëdifferentiatie. Verzekeraars kunnen aantrekkelijke nieuwe aanvullende polissen op de markt brengen, waarop zij alleen gunstige risico's accepteren of een lagere premie in rekening brengen. Hoogrisicoverzekerden blijven dan achter op de oude polissen. Weliswaar kunnen verzekeraars deze oude polissen doorgaans op grond van de polisvoorwaarden (stilzwijgende verlenging) niet eenzijdig opzeggen, maar zij kunnen wel bij elke contractperiode voor alle resterende polishouders het pakket verkleinen en/of de premie verhogen. Hoogrisicoverzekerden zullen echter bij geen andere verzekeraar terecht kunnen tegen aantrekkelijkere voorwaarden, en zijn dan feitelijk gedwongen te blijven bij hun huidige zorgverzekeraar. Vanwege de sterke koppeling met de basisverzekering geldt dit verstandshuwelijk bovendien voor beide verzekeringen. Kortom, ook als risicoselectie uitsluitend betrekking heeft op de aanvullende verzekering, kan dit de keuzevrijheid voor hoogrisicoverzekerden in de basisverzekering negatief beïnvloeden.

### Selectieve acceptatie op de aanvullende verzekering

De cruciale vraag is derhalve of en in hoeverre verzekeraars een selectief acceptatiebeleid voeren ten aanzien van de aanvullende verzekering. Deze vraag is op twee manieren onderzocht. Ten eerste is de afgelopen jaren, door middel van een inventarisatie van de aanmeldingsformulieren van de aanvullende verzekeringen, onderzocht of door ziekenfondsen in 2004 en 2005 en zorgverzekeraars in 2006, 2007 en 2008 bij de acceptatie voor de aanvullende verzekeringen gezondheidsverklaringen werden vereist. Hierbij is tevens gekeken welke gezondheidsvragen werden gesteld en in hoeverre deze vragen betrekking hadden op aandoeningen waarvoor het vereveningssysteem onvoldoende compenseert. Ten tweede is door middel van een jaarlijkse enquête onder een representatieve

## Ook als risicoselectie uitsluitend betrekking heeft op de aanvullende verzekering, kan dit de keuzevrijheid voor hoogrisicoverzekerden in de basisverzekering negatief beïnvloeden

steekproef van circa tweeduizend verzekerden onderzocht in hoeverre verzekerden problemen hebben ondervonden indien zij wilden veranderen van aanvullende verzekering.

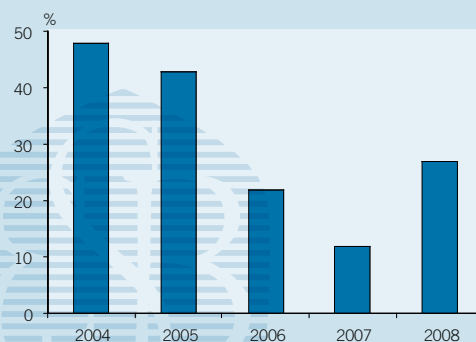
Figuur 1 geeft een overzicht van het percentage ziekenfondsen/zorgverzekeraars dat bij aanmelding voor een of meer aanvullende verzekeringspolissen een gezondheidsverklaring (exclusief gezondheidsverklaringen) vereisten. Over het algemeen worden de gezondheidsverklaringen alleen vereist bij de meest uitgebreide aanvullende verzekeringen. De sterke daling in

2006 was een gevolg van de toezegging van zorgverzekeraars dat zij in verband met de invoering van de Zvw voor de aanvullende verzekering eenmalig iedereen zonder medische selectie zouden accepteren. In 2007 werd het beleid van non-selecte acceptatie met een jaar verlengd, nadat de landelijke organisatie van de zorgverzekeraars daarover in een brief aan de Tweede Kamer een impliciete toezegging had gedaan (ZN, 2006). Niet alleen het aantal verzekeraars dat gezondheidsverklaringen hanteerde nam in 2006 sterk af, maar ook het aantal vragen daalde met circa 75 procent. De resterende vragen waren nauwelijks geschikt om een inschatting te maken van het actuariële risico van de aspirant-verzekerden voor de basisverzekering. Het is dan ook onwaarschijnlijk dat deze vragen effectief gebruikt konden worden voor risicoselectie in de basisverzekering (De Bruijn en Schut, 2006; 2007).

De toezegging van non-selecte acceptatie werd in 2008 niet langer geprolongeed. Uit figuur 1 blijkt dat het aantal zorgverzekeraars met een gezondheidsverklaring in 2008 is toegenomen. Evenals in voorgaande jaren hebben deze gezondheidsverklaringen alleen betrekking op de meest uitgebreide pakketten, tenzij verzekerden hun basisverzekering bij een andere verzekeraar afsluiten, dan gelden zij

Figuur 1

Percentage zorgverzekeraars met een gezondheidsverklaring voor een of meer aanvullende verzekeringen.



Bron: Roos en Schut (2008)

ook voor minder uitgebreide pakketten. Verzekeraars die hun uitgebreide verzekering in 2008 hebben ingekrompen en een nieuwe polis met de oorspronkelijke uitgebreide dekking hebben geïntroduceerd, blijken bij aanmelding voor deze nieuwe polis een gezondheidsverklaring te hanteren. Verder blijkt dat het gemiddeld aantal vragen per verklaring in 2008 weer is gestegen, tot het niveau van voor invoering van de Zvw.

Uit de in februari 2008 uitgevoerde enquête blijkt dat 0,5 procent van de respondenten een aanvullende verzekering is geweigerd. Hiervan had de helft in 2007 nog geen aanvullende verzekering. Van degenen met een aanvullende verzekering heeft circa acht procent serieus overwogen om een andere aanvullende verzekering te nemen, heeft circa vier procent dit ook gedaan en is 0,2 procent geweigerd. De weigeringen hebben doorgaans betrekking op de meest uitgebreide aanvullende pakketten. Het percentage weigeringen is dus beperkt en in vergelijking met eerdere jaren is er geen sprake van een significante toename. Wel is er in 2008 sprake van een aanzienlijke stijging van het percentage respondenten, van 0,7 tot 4,5 procent, dat is geconfronteerd met beperkende voorwaarden, zoals uitsluiting van en/of wachttijd voor vergoeding van bepaalde behandelingen, of premieopslagen. Van hen heeft circa tachtig procent besloten het huidige aanvullende pakket bij de huidige verzekeraar voort te zetten, circa vijf procent heeft gekozen voor een andere aanvullende verzekering bij de huidige verzekeraar, drie procent voor een aanvullende verzekering bij een andere verzekeraar, en circa zeven procent heeft in 2008 geen aanvullende verzekering afgesloten. De resterende vijf procent heeft geen keuze aangegeven.

Al met al lijkt er onder druk van de scherpe prijsconcurrentie tussen zorgverzekeraars in 2008 sprake van een aanscherping van de polisvoorwaarden en het acceptatiebeleid, waardoor het voor hoogrisico-verzekerden lastiger wordt om van aanvullende verzekering te veranderen.

## Oplossingsrichtingen

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 risicovereveningsstelsel. Daarmee wordt risicoselectie immers minder aantrekkelijk. Naast de lopende verbeteringen van het vereveningsstelsel zijn er ook voor de resterende harde kern van voorspelbaar verliesgevende verzekerden praktische oplossingen voorgesteld (Stam en Van de Ven, 2008).

Het risico dat selectieve acceptatie in de aanvullende verzekering leidt tot een afname van de keuzevrijheid en mobiliteit van hoogrisicoverzekerden in de basisverzekering is moeilijker te elimineren. Zoals uiteengezet, biedt de huidige wettelijke bepaling tegen koppelverkoop weinig soelaas. Intervenieren in de aanvullende verzekering is op

grond van de Europese verzekeringsrichtlijnen evenmin mogelijk. Een effectieve, maar radicale oplossing vormt een strikte wettelijke scheiding van basis- en aanvullende verzekeringen. Daardoor kunnen echter ook belangrijke potentiële voordelen van een koppeling van beide verzekeringen, zoals lagere transactiekosten en een betere afstemming van verstrekkingen, niet worden behaald. Op korte termijn kan het probleem ook worden beperkt door een groei van het aantal collectieve contracten. Sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet is het percentage verzekerden met een collectieve zorgverzekering sterk gestegen, tot zestig procent in 2008. Bovendien is ook de diversiteit aan collectiviteiten sterk toegenomen, waardoor vrijwel iedere Nederlander thans in principe uit meerdere collectiviteiten kan kiezen. Bij veel collectiviteiten worden deelnemers zonder medische selectie geaccepteerd op de aanvullende verzekering (Roos en Schut, 2008). Via deelname aan een dergelijke collectiviteit zouden verzekerden met een hoog risico alsnog zonder restricties van aanvullende verzekering kunnen veranderen. De verwachting is echter dat onder druk van prijsconcurrentie verzekeraars selectiever zullen worden bij het afsluiten van collectieve contracten en dat collectiviteiten wellicht ook zelf een selectiever acceptatiebeleid zullen gaan voeren. Collectieve verzekeringen lijken dus ook geen duurzame oplossing te bieden. Op lange termijn kunnen de negatieve *spillover*-effecten van de aanvullende verzekering het best worden voorkomen door het belang van deze verzekering zo veel mogelijk te beperken. Dit pleit voor een terughoudend beleid ten aanzien van het uitdunnen van het basispakket en een kritische doorlichting van het huidige aanvullende pakket: zitten daar echt geen belangrijke verstrekkingen in waarvoor toegankelijkheid maatschappelijk gewenst is? Wanneer er bezuinigd moet worden op de collectieve zorguitgaven, verdient een verhoging van het eigen risico daarom de voorkeur boven een inkrimping van het basispakket. Om te voorkomen dat de basiszorg door een hoog eigen risico minder toegankelijk wordt voor chronisch zieken, zou, zoals voorgesteld door Van Kleef *et al.* (2007), kunnen worden overgestapt op een eigen risico dat voor hoogrisicoverzekerden pas ingaat bij een hoger, risicoafhankelijk, uitgavniveau.

## LITERATUUR

- Beest, van, F., C. Lako, E.-M. Sent en J. Vytrastekova (2008) *Veranderen van zorgverzekeraar*. ESB, 93(4542), 518–521.
- Bruijn, D. de, F. Prinsze, F. Schut en W. van de Ven (2005) *Monitor Risicoselectie met bijzondere aandacht voor aanvullende verzekeringen*. Rotterdam: iBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Bruijn, D. de en F. Schut (2006) *Evaluatie aanvullende verzekeringen 2006*. Rotterdam: iBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Bruijn, D. de en F.T. Schut (2007) *Evaluatie aanvullende verzekeringen 2007*. Rotterdam: iBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Kleef, R. van, W. van de Ven en R. van Vliet (2007) Een effectiever eigen risico in de zorg. ESB, 92(4515), 459–461.
- Ministerie van VWS (2008) *Maatregelen tegengaan koppelverkoop aanvullende zorgverzekering*. Brief aan de Consumentenbond, kenmerk Z/M-2870704, 11 augustus, Den Haag.
- NZa (2008) *Zorgverzekeringsmarkt 2008: Ontwikkelingen beoordeeld door de NZa*. Diemen: Nederlandse Zorgautoriteit.
- Newhouse, J. (1996) Reimbursing health plans and health providers: efficiency in production versus selection. *Journal of economic literature*, 34(3), 1236–1263.
- Roos, A. en F. Schut (2008) *Evaluatie aanvullende en collectieve verzekeringen 2008*. Rotterdam: iBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Stam, P. en W. van de Ven (2008) De harde kern in de risicoverevening. ESB, 93(4529) 104–107.
- 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*. Zeist: Zorgverzekeraars Nederland.