

# **Verhouding tussen de aanvullende verzekering en de basisverzekering bij de sturing van verzekerden**



## 1. Inleiding

Het zorgverzekeringsstelsel is in Nederland gebaseerd op risicosolidariteit. Om deze risicosolidariteit te borgen zijn zorgverzekeraars verplicht om voor de basisverzekering<sup>1</sup> alle potentiële verzekerden te accepteren, ongeacht hun gezondheidskenmerken (artikel 3 Zvw). Daarnaast mogen zij de premie voor één en dezelfde basisverzekering niet differentiëren tussen verzekerden (artikel 17 Zvw). Hier staat tegenover dat alle Nederlanders een verzekeringsplicht hebben (artikel 2 Zvw). Tevens worden zorgverzekeraars via de risicoverevening gecompenseerd in de voorspelbare verschillen in risico's van verzekerden. Dit systeem van wettelijke verplichtingen aan de ene kant en de risicoverevening aan de andere kant voorkomt dat zorgverzekeraars selecteren op risico's (directe risicoselectie). Dit systeem is hiermee cruciaal om de toegankelijkheid, betaalbaarheid en de kwaliteit van de zorg te waarborgen.

In tegenstelling tot de basisverzekering geldt voor de aanvullende verzekering<sup>2</sup> géén acceptatieplicht en mogen zorgverzekeraars acceptatievoorwaarden stellen en premiedifferentiatie toepassen. Consumenten zijn vrij in de keuze of zij een aanvullende verzekering afsluiten en zo ja, welke. Ongeveer 85% van alle consumenten in Nederland heeft naast de basisverzekering een aanvullende verzekering<sup>3</sup>. Daarnaast zijn consumenten vrij om hun basisverzekering bij een andere zorgverzekeraar aan te houden dan hun aanvullende verzekering. In de praktijk komt dit echter nauwelijks voor en hebben de meeste verzekerden hun basisverzekering en aanvullende verzekering bij dezelfde zorgverzekeraar afgesloten. Uit de marktscan zorgverzekeringsmarkt 2014 blijkt dat slechts 0,22% van de aanvullend verzekerden zijn aanvullende verzekering bij een andere zorgverzekeraar heeft dan de basisverzekering. Doordat verzekerden hun aanvullende en basisverzekering bij voorkeur bij dezelfde verzekeraar afsluiten, kunnen zorgverzekeraars via de aanvullende verzekering sturen op de basisverzekering. Daarmee kunnen zorgverzekeraars indirect sturen op risico's (indirecte risicoselectie).

De NZa heeft in haar brief van 8 december 2014, kenmerk 109538/153162 aan de Minister van VWS, in antwoord op diens brief van 2 december 2014 aangegeven nader onderzoek te doen naar risicoselectie.

In haar brief "Stand van zaken aandachtspunten toezicht zorgverzekeraars" van 25 juni 2015 informeert de NZa de Minister over een aantal bevindingen van dit nadere onderzoek. In deze brief gaan we in op de volgende onderzoeken:

- Het kwantitatief onderzoek risicoselectie. We publiceren de eerste bevindingen in een tussenrapport. Het eindrapport wordt in het vierde kwartaal gepubliceerd. Op grond van de bevindingen voert de NZa een kwalitatief onderzoek uit;
- Onze nadere analyse naar de relatie tussen de basisverzekering en de aanvullende verzekering;
- de bevindingen van het onderzoek naar de naleving van de acceptatieplicht door volmachten.

<sup>1</sup> met basisverzekering wordt bedoeld de zorgverzekering van artikel 1 Zvw, zoals aangeboden door een zorgverzekeraar in de zin van 1, Zvw.

<sup>2</sup> Een aanvullende verzekering is een ziektekostenverzekering, niet zijnde de zorgverzekering in de zin van de Zvw.

<sup>3</sup> Marktscan zorgverzekeringsmarkt 2014, augustus 2014.

Dit memo betreft de de nadere analyse naar de relatie tussen de basisverzekering en de aanvullende verzekering. Het memo geeft aan wanneer er volgens de NZa sprake is van onwenselijke sturing via de aanvullende verzekering op de basisverzekering.

## 2. Wanneer is sturing via de aanvullende verzekering onwenselijk?

Het zorgverzekeringssysteem in Nederland is gebaseerd op solidariteit en heeft als kernwaarden toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid. Hiertoe is een aantal grondbeginselen in de Zorgverzekeringswet opgenomen. Dit zijn: de acceptatieplicht, het verbod op premiedifferentiatie en de verzekeringsplicht. Daarmee is bewerkstelligd dat iedereen toegang heeft tot een door de overheid vastgesteld basispakket aan zorg, dat de inhoud vormt van de basisverzekering. De kernwaarden van het stelsel kunnen worden aangetast door via de aanvullende verzekering voor de basisverzekering overstapbelemmeringen op te werpen, de acceptatieplicht te omzeilen of premies te differentiëren. Dit gebeurt met name wanneer in de aanvullende verzekering elementen uit de basisverzekering worden geregeld. Denk hierbij aan een aanvullende verzekering die dekking geeft voor niet gecontracteerde zorg of een verzekering waarbij het eigen risico wordt herverzekerd.

De NZa vindt het onwenselijk als dit op een dusdanige wijze gebeurt, dat hierdoor een goede werking van het stelsel wordt belemmerd. Hieronder is deze stelling uitgewerkt.

Daarbij is het van belang om een onderscheid te maken tussen directe en indirecte vormen van risicoselectie. Directe vormen zijn onrechtmatig omdat hiermee direct de wettelijk geregelde grondbeginselen van de Zvw worden overtreden. De NZa kan hier indien nodig tegen optreden met de haar ter beschikking staande handhavinginstrumenten. Indirecte vormen van risicoselectie zijn niet direct strijdig met de wettelijk geregelde grondbeginselen van de Zvw. Deze gedragingen zijn daardoor niet onrechtmatig en dus niet handhaafbaar. Dit gedrag kan vanuit de geest van de wet bezien wel onwenselijk zijn.

### 2.1 Overstapbelemmeringen/acceptatie

Voor een goede werking van het stelsel is het nodig dat verzekerden zonder problemen kunnen overstappen van zorgverzekeraar. De achterliggende gedachte is dat zorgverzekeraars zorg inkopen die aansluit bij de behoefte van hun verzekerden, van goede kwaliteit en betaalbaar is. Als verzekerden hierover ontevreden – of meer algemeen: ontevreden zijn over het beleid zijn over het beleid van hun zorgverzekeraar – moeten zij kunnen overstappen. Door deze dreiging van overstappen ('stemmen met de voeten') hebben zorgverzekeraars een prikkel om te handelen in het belang van hun verzekerden. Van overstappen gaat daarmee een disciplinerende werking uit op de zorgverzekeraars. De rol van overstappen is van dusdanig belang dat hiervoor artikel 120 in de Zvw is ingevoerd. Dit artikel regelt dat zorgverzekeraars niet automatisch de aanvullende verzekering mogen opzeggen als een verzekerde zijn basisverzekering opzegt.

Er zijn situaties denkbaar waarbij via de aanvullende verzekering belemmeringen worden opgeworpen om over te stappen voor de basisverzekering. Bijvoorbeeld door een premie opslag op de aanvullende verzekering te hanteren als een aanvullende verzekering zonder basisverzekering wordt afgesloten. Of door een streng acceptatiebeleid te hanteren voor de aanvullende verzekering. Daarmee kunnen verzekeraars voor hen onaantrekkelijke groepen zoals chronisch

zieken buiten de deur houden voor de aanvullende verzekering, en daarmee indirect ook voor de basisverzekering. Immers, chronisch zieken zullen een aanvullende verzekering willen afsluiten en als zij hiervoor geweigerd worden bij zorgverzekeraar X, zullen zij niet geneigd zijn om bij die zorgverzekeraar X de basisverzekering af te sluiten. Een concreet praktijkvoorbeeld van weigering van chronisch zieken via een streng acceptatiebeleid voor de aanvullende verzekering is de casus uit de Zembla uitzending van 6 november 2014 'Fijn dat we verzekerd zijn'. Hierin wordt onder andere het verhaal geschetst van een jonge man, 25 jaar, net genezen van kanker die een aanvullende verzekering wil afsluiten. Hij wordt zowel bij zijn 'eigen' verzekeraar, waar hij zijn basisverzekering heeft, als bij andere zorgverzekeraars geweigerd voor de aanvullende verzekering op grond van zijn ziekteverleden.

Door dit soort voorbeelden in de media kan bij consumenten de perceptie ontstaan dat overstappen voor de aanvullende verzekering lastig is. Doordat de meeste mensen de aanvullende en de basisverzekering bij dezelfde zorgverzekeraar aanhouden kan dit indirect ook een drempel voor overstappen voor de basisverzekering creëren. De Consumentenbond heeft een analyse uitgevoerd naar het acceptatiebeleid voor aanvullende verzekeringen die in 2014 op de markt zijn<sup>4</sup>. Hieruit blijkt dat de meeste aanvullende verzekeringen gewoon vrij toegankelijk zijn. Slechts 4 van de 35 onderzochte labels (merknamen) van zorgverzekeraars hanteren een acceptatiebeleid volgens de Consumentenbond. Op basis hiervan lijken er vooralsnog via de aanvullende verzekering geen dusdanige drempels voor overstappen of toegang tot de basisverzekering te worden opgeworpen, dat gesteld zou kunnen worden dat er sprake is van een bedreiging voor een goede werking van het stelsel.

Zoals hierboven aangegeven, lijken de praktijkvoorbeelden van overstapbelemmeringen voor de basisverzekering via de aanvullende verzekering vooralsnog beperkt te zijn tot enkele individuele gevallen en zijn deze niet van dien aard dat hierdoor de werking van het stelsel negatief wordt beïnvloed. Echter, vanwege de mogelijke perceptie dat overstappen een probleem kan zijn heeft de NZa in het kader van het transparantietoezicht een aantal activiteiten ontplooid.

Zo hebben wij samen met de AFM een onderzoek uitgevoerd naar vergelijkingssites. Mede naar aanleiding hiervan is de NZa voornemens om de eisen aan te scherpen voor de wijze waarop verzekeraars informatie op vergelijkingssites controleren. De eisen die hierover tot op heden zijn opgenomen in de beleidsregel informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars worden aangescherpt en opgenomen in een separate -nog vast te stellen- conceptbeleidsregel 'Informatieverstrekking via vergelijkingssites'.

In deze conceptbeleidsregel is opgenomen dat als een ziektekostenverzekeraar een overeenkomst sluit, bijvoorbeeld een bemiddelingsovereenkomst, met de beheerder van een vergelijkingssite, de verzekeraar zorg draagt voor de juistheid van de informatie die de beheerder op zijn vergelijkingssite verstrekt over het polisaanbod van de verzekeraar. Dat gaat zowel om de informatie over de polisvoorwaarden als de uitleg van termen in de polisvoorwaarden en de beschrijving van de polis op de vergelijkingssite. De informatie op de vergelijkingssite mag geen afbreuk doen aan het bepaalde bij of krachtens de Wet

---

<sup>4</sup> 'Weinig zorgverzekeringen met medische selectie', Consumentenbond, 11 december 2013.

marktordening gezondheidszorg, de Zorgverzekeringswet of de Wet langdurige zorg en mag niet misleidend zijn.

De conceptbeleidsregel is geconsulteerd met zorgverzekeraars. Naar verwachting zullen we de definitieve beleidsregel begin juli vaststellen, ruim voor de start van de overstapperiode in november. De NZa zal verscherpte controle uitvoeren op naleving van deze beleidsregel door middel van een self assessment bij zorgverzekeraars in het najaar.

Daarnaast hebben zorgverzekeraars zelf initiatief genomen door middel van het actieplan Kern-gezond. Hierin geven zorgverzekeraars aan dat zij streven naar een ruim aanbod van aanvullende verzekeringen zonder toegangsvoorwaarden, met uitzondering van de tandartsverzekeringen. In combinatie met het voornemen om het polisaanbod in de basisverzekering transparanter te maken leidt dit bij consumenten mogelijk tot minder gepercipieerde overstapdrempels.

## **2.2 Basisverzekering en aanvullende verzekering als één product**

Consumenten zoeken vaak een verzekeringspakket voor zorg dat aansluit bij hun specifieke behoeften. Daardoor zien zij de basisverzekering, de aanvullende- en de tandartsverzekering vaak als één product. Dit heeft gevolgen voor de wijze waarop zorgverzekeraars kunnen sturen op de basisverzekering. Dit blijkt in de praktijk uit het feit dat zorgverzekeraars vaak een integraal pakket aanbieden. Voorbeelden hiervan zijn de "gezinspolis" of de "55 plus verzekering". Het gebruik van dergelijke alles-in-één-producten gericht op bepaalde doelgroepen zorgt er voor dat zorgverzekeraars via de aanvullende verzekering kunnen sturen op de basisverzekering.

In het kader van het kwantitatief onderzoek naar risicoselectie onderzoekt de NZa momenteel aan de hand van het definitieve vereveningsresultaat of er winst- of verliesgevende groepen verzekerden zijn. Dat onderzoek kan mogelijk indicaties opleveren voor de vraag in hoeverre sturing op groepen voorspelbaar winst- of verliesgevende groepen verzekerden daadwerkelijk voorkomt. Mogelijk kunnen de uitkomsten van dit onderzoek ook een indicatie geven voor de vraag in hoeverre sturing via integrale verzekeringspakketten voorkomt.

### **2.2.1 Gedwongen winkelnering**

Door het stellen van acceptatievoorwaarden voor de aanvullende verzekering, en deze vervolgens uitsluitend als één pakket met de basisverzekering aan te bieden, is het mogelijk om risicoselectie toe te passen. De NZa vindt dit onwenselijk omdat hiermee de acceptatieplicht voor de basisverzekering wordt omzeild. Bovendien is het als zorgverzekering aanbieden van één verzekering waarin de aanspraken uit zorgverzekering en de aanvullende verzekering zijn samengevoegd op grond van de Zvw niet toegestaan en dus onrechtmatig. Dit is namelijk geen zorgverzekering in de zin van de Zvw<sup>5</sup>. Zorgverzekeraars moeten op grond van de acceptatieplicht iedere aspirant-verzekerde accepteren voor de basisverzekering, ook indien die alleen een basisverzekering wenst af te nemen.

---

<sup>5</sup> Op grond van art 1 sub d Zvw mag de dekking van een zorgverzekering in de zin van de Zvw de dekking zoals beschreven in die wet niet te boven gaan.

### 2.2.2 Onaantrekkelijke dekking aanvullende verzekering

Het is mogelijk dat een verzekeraar zich via de aanvullende verzekering onaantrekkelijk maakt voor specifieke groepen verzekerden<sup>6</sup>, zoals chronisch zieken. Vanwege de sterke relatie tussen de basis- en de aanvullende verzekering is er grote kans dat deze groepen verzekerden niet hun basisverzekering bij deze zorgverzekeraar af zullen sluiten. De zorgverzekeraar stuurt hiermee op zelfselectie van verzekerden: alleen de goede risico's zullen zich voor deze aanvullende verzekering, en dus ook de basisverzekering aanmelden.

### 2.3 Selectieve contractering

Een verzekerde met een naturapolis heeft recht op zorg. Daartoe kan de zorgverzekeraar zorgaanbieders contracteren, tot wie de verzekerde zich moet wenden voor het krijgen van zorg. Als de verzekerde gebruik maakt van een niet-gecontracteerde aanbieder heeft hij veelal recht op een gedeeltelijke vergoeding van de kosten en moet hij een deel zelf betalen. Het doel hiervan is om verzekerden te 'sturen' naar geselecteerde aanbieders, namelijk die aanbieders waarmee zorgverzekeraars een optimale prijs-kwaliteit verhouding hebben onderhandeld. Door selectief te contracteren zetten zorgverzekeraars zorgaanbieders aan tot het leveren van een goede prijs/kwaliteit verhouding. Dit draagt bij aan de kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg.

Naast een natura verzekering met een beperkt gecontracteerd zorgaanbod komt het voor dat een verzekeraar een aanvullende verzekering aanbiedt waarmee de verzekerde toch volledig vrije keuze van ziekenhuis heeft. Daarmee wordt de sturing van verzekerden naar selectief gecontracteerde zorgaanbieders feitelijk ongedaan gemaakt. Vanuit het perspectief van betaalbaarheid voor de individuele consument is dit positief omdat hiermee het risico op een eigen bijbetaling voor niet gecontracteerde zorg wordt afgekocht. Op het niveau van het stelsel kan de zorg hierdoor juist duurder worden. Door een dergelijke aanvullende verzekering hebben zorgverzekeraars namelijk minder prikkels om selectief te contracteren. Het sturen van verzekerden naar voorkeursaanbieders heeft immers minder zin. Daarnaast vermindert bij zorgaanbieders de concurrentie op prijs en kwaliteit.

In december 2014 kwam een vergelijkingssite met een dergelijke aanvullende verzekering op de markt. Hiermee kunnen verzekerden zelf hun ziekenhuis kiezen voor zorg uit de basisverzekering voor een bedrag van één euro per maand. De polis is af te sluiten naast een aantal naturapolissen met een beperkt gecontracteerd zorgaanbod. Voor deze polis gelden geen acceptatievoorwaarden; iedereen wordt geaccepteerd. Hoewel hier dus geen sprake is van risicoselectie, vindt de NZa deze polis toch onwenselijk omdat hiervan een negatief effect kan uitgaan op de werking van het stelsel. Immers, door selectieve contractering zetten zorgverzekeraars zorgaanbieders aan tot het leveren van een goede prijs-kwaliteit verhouding.

---

<sup>6</sup> IBMG heeft hier in opdracht van de NZa in 2013 onderzoek naar gedaan Overstapgedrag en risicoselectie op de zorgverzekeringsmarkt; iMBG 2013; Danielle Duijmelinck MSc Prof.dr. Wynand van de Ven Dr. Rene van Vliet Dr. Richard van Kleef



## 2.4 Herverzekering verplicht eigen risico en het verbod op premiedifferentiatie

Het is mogelijk om het verplicht eigen risico uit te basisverzekering te herverzekeren in een aanvullende verzekering. In 2015 geldt voor de basisverzekering een verplicht eigen risico van EUR 375 voor alle verzekerden van 18 jaar en ouder. Enkele zorgverzekeraars bieden aanvullende verzekeringen aan waarmee dit verplicht eigen risico wordt herverzekerd. Als een verzekerde een dergelijke aanvullende herverzekeringsspolis afsluit, hoeft hij geen eigen risico te betalen als hij zorg consumeert.

Het verplicht eigen risico is ingevoerd om het stelsel betaalbaar te houden en dient om een kostenbewust zorggebruik door verzekerden te stimuleren. Door herverzekering van het verplicht eigen risico vervalt voor verzekerden de rem op een beheerste zorgconsumptie. Indien verzekerden op grote schaal het eigen risico zouden herverzekeren kan dit nadelig zijn vanuit het oogpunt van betaalbaarheid. Dit is echter niet het geval: het percentage verzekerden dat het eigen risico heeft herverzekerd is sinds 2010 gedaald en in 2014 beperkt tot slechts circa 1,25% (bron: marktscan zvm 2014). Dit is dusdanig laag dat dit de macro betaalbaarheid van het stelsel naar verwachting niet negatief zal beïnvloeden en vormt vanuit die optiek geen groot probleem.

Herverzekering van het eigen risico is voor zorgverzekeraars interessant als zij hiermee een voorspelbaar debiteurenrisico kunnen beperken. Dit speelt met name bij minima en bij seizoenarbeiders. Als bij deze groepen zorgkosten ten laste van het verplicht eigen risico in rekening worden gebracht, is de kans groot dat zij dit niet kunnen betalen. Voor seizoenarbeiders komt daarbij dat de kans groot is dat de verzekerde niet meer in Nederland woont op het moment dat de zorgverzekeraar de declaratie ontvangt. Het incasseren van het verplicht eigen risico kan in die situatie moeilijk worden. Dit geldt ook voor zeevarenden die het merendeel van het jaar overzees zijn. Herverzekering van het eigen risico voorkomt dan betalingsproblemen. Daarom bieden zorgverzekeraars bij werkgeverscollectiviteiten voor seizoenarbeiders een herverzekering van het eigen risico aan. Minima en uitkeringsgerechtigden kunnen zich in een aantal gemeentes verzekeren voor het eigen risico via een collectiviteit van de gemeentelijke uitkeringsinstantie. Voor zeevarenden is in de CAO geregeld dat herverzekering van het eigen risico onder voorwaarden voor risico van de werkgever komt. In deze situaties is herverzekering van het eigen risico via de aanvullende verzekering vanuit het stelsel bezien een minder groot probleem; het doel hiervan is immers om een voorspelbaar debiteurenverlies te beperken. Daarbij gaat het slechts om een kleine groep verzekerden waardoor de gevolgen voor de macrobetaalbaarheid beperkt zijn.

Dit ligt anders wanneer herverzekering niet ten doel heeft om het debiteurenverlies te beperken, maar om een zo laag mogelijke premie te kunnen rekenen. Dit speelde tot en met 2013 bij herverzekeringsspolissen die werden aangeboden aan studenten. Daarbij werd zowel het verplicht als het maximaal vrijwillig eigen risico herverzekerd. Omdat studenten relatief weinig zorgkosten maken, was de premie voor de herverzekeringsspolis erg laag. Hierdoor kon feitelijk de bestaande basisverzekering tegen een fors lagere premie aan studenten worden aangeboden dan aan andere consumenten. De NZa vindt dit onwenselijk<sup>7</sup>. Hiermee wordt namelijk via de omweg van een

<sup>7</sup> Zie marktscan Zorgverzekeringmarkt 2014, [www.nza.nl](http://www.nza.nl)

aanvullende verzekering het wettelijk geregelde verbod op premiedifferentiatie voor de basisverzekering omzeild. Zo wordt de solidariteit van het stelsel aangetast. In 2014 en 2015 biedt geen enkele zorgverzekeraar meer een herverzekering aan bij op studenten gerichte polissen.

### 3. Conclusie

De NZa vindt sturing via de aanvullende verzekering onwenselijk als de grondbeginselen van de basisverzekering op dusdanige wijze worden aangetast, dat een goede werking van het stelsel wordt belemmerd.

Mogelijk ongewenste vormen van sturing zijn:

- het creëren van (gepercipieerde) overstapbelemmeringen,
- het aanbieden van een integraal verzekeringspakket,
- gedwongen winkelnering,
- een onaantrekkelijke dekking van de aanvullende verzekering,
- de afkoop van bijbetaling van niet gecontracteerde zorg,
- herverzekering van het verplicht en vrijwillig eigen risico.

De NZa heeft geen mogelijkheden om ten aanzien van dergelijke ongewenste vormen van sturing op te treden met formele handhavinginstrumenten. Het gaat immers om gedragingen die formeel niet in strijd zijn met de wet en dus niet onrechtmatig zijn, maar die mogelijk wel ongewenst kunnen zijn. De NZa kan overigens in voorkomende gevallen wel haar oordeel publiceren over dergelijke gedragingen. De NZa blijft de ontwikkelingen op dit gebied volgen, onder andere via signalen en de marktscan zorgverzekeringsmarkt.