



Nederlandse
Zorgautoriteit

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht
Postbus 3017
3502 GA Utrecht
T 030 296 81 11
F 030 296 82 96
E info@nza.nl
I www.nza.nl

Behandeld door	Telefoonnummer	E-mailadres	Kenmerk 79264/110654
Onderwerp onderzoek acceptatieplicht			Datum 29 april 2014

Mevrouw de Minister,

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft in 2013 de naleving van de acceptatieplicht¹ door zorgverzekeraars onderzocht. In het bijgaande rapport informeren wij u over onze bevindingen.

1 Conclusie

Onze conclusie is dat er in 2012 en 2013 geen overtreding van de acceptatieplicht uit artikel 3 Zvw is gebleken. Deze bevinding strookt met het feit dat de NZa in deze periode geen signalen over schending van de acceptatieplicht heeft ontvangen. Iedere Nederlander werd in 2012 en 2013 geaccepteerd voor iedere basisverzekering, ongeacht gezondheidskenmerken, ziektehistorie of leefstijl.

Wel signaleert de NZa een aantal mogelijke risico's ten aanzien van de acceptatieplicht. Zo richten sommige zorgverzekeraars zich op specifieke doelgroepen en werpen zij soms (praktische) drempels op voor de toegang tot de basisverzekering voor personen die niet tot de doelgroep behoren. Dit gebeurt onder andere via informatieverstrekking en de 'vindbaarheid' van polissen. De wijze waarop dit gebeurt is voor zover ons bekend juridisch toegestaan, maar drempels kunnen wel van invloed zijn op de toegankelijkheid van zorgverzekeringen en keuzevrijheid van consumenten. Om ervoor te zorgen dat de feitelijke toegang tot één en dezelfde basisverzekering voor alle verzekerden gelijk blijft stelt de NZa een aantal acties en aanbevelingen voor.

2 Aanleiding onderzoek

De acceptatieplicht is één van de publieke randvoorwaarden van het zorgstelsel, samen met de zorgplicht en het verbod op premiedifferentiatie. Op grond van de acceptatieplicht moeten zorgverzekeraars alle potentiële verzekerden ongeacht hun persoonskenmerken accepteren voor de basisverzekering. Daarmee is de acceptatieplicht cruciaal om de toegankelijkheid van de zorg(verzekering) te waarborgen.

¹ De acceptatieplicht is vastgelegd in artikel 3 Zorgverzekeringswet (Zvw).

De NZa heeft de afgelopen jaren geen indicaties gehad dat zorgverzekeraars zich niet houden aan de acceptatieplicht. Het toezicht op de naleving van de acceptatieplicht is mede daarom hoofdzakelijk reactief geweest. Gezien het cruciale belang van de acceptatieplicht voor de toegankelijkheid van het zorg(verzekerings)stelsel heeft de NZa onderzoek naar de naleving van de acceptatieplicht door zorgverzekeraars uitgevoerd.

Kenmerk
79264/110486

Pagina
2 van 4

3 Onderzoeksaanpak

Om in kaart te brengen of schending van de acceptatieplicht plaatsvindt, heeft de NZa de naleving van de wettelijke vereisten en de prikkels die zorgverzekeraars hebben om een selectief verzekerdenbestand na te streven ofwel risicoselectie toe te passen, geanalyseerd. Daartoe is een enquête uitgezet onder de zorgverzekeraars. Daarnaast zijn de websites van zorgverzekeraars onderzocht op mogelijke selectie/weigering van verzekerden. Andere informatiebronnen die zijn gebruikt zijn de uitvoeringsverslagen van de zorgverzekeraars over 2012 en eventuele signalen die de NZa heeft ontvangen.

4 Bevindingen en acties NZa

- 4.1 Enkele zorgverzekeraars proberen verzekerden 'automatisch' naar bepaalde polissen te leiden. Ook werd een polis die nog wel op de markt is voor bestaande verzekerden, niet opengesteld voor nieuwe verzekerden. Dit is niet toegestaan. De zorgverzekeraar heeft dit hersteld nadat de NZa de zorgverzekeraar hier op had aangesproken. Dergelijke gedragingen kunnen er toe leiden dat verzekerden worden belemmerd in het maken van een optimale keuze voor een zorgverzekering. Wij willen de transparantie-eisen hiervoor aanscherpen en gaan de mogelijkheden daarvoor onderzoeken.
- 4.2 Sommige zorgverzekeraars werpen drempels op wanneer consumenten die niet tot de doelgroep behoren zich willen inschrijven voor een doelgroep polis, niet zijnde een collectiviteit. Een voorbeeld is dat bij een polis consumenten die niet tot de doelgroep behoren met de verzekeraar moeten bellen of zich alleen schriftelijk kunnen aanmelden terwijl de doelgroep zich via de website kan inschrijven. Dit is onwenselijk. Een voorstel om dit gedrag aan te pakken is om een verplichting in te voeren dat een ieder zich op dezelfde manier moet kunnen inschrijven voor een zorgverzekering. Wij vinden het wenselijk dit te verplichten en onderzoeken momenteel of dit binnen de bestaande regelgeving mogelijk is. Is dat niet het geval, dan pleiten wij ervoor dat onze bevoegdheid op dit punt wordt aangevuld.
- 4.3 Sommige zorgverzekeraars maken het voor consumenten die niet tot de doelgroep behoren niet mogelijk om een aanvullende verzekering bij hen af te sluiten. Ook een tandartsverzekering kan dan niet bij deze zorgverzekeraar worden afgesloten. Hierdoor is de betreffende basisverzekering voor die verzekerden minder interessant. De NZa blijft de ontwikkelingen volgen rond de aanvullende

verzekeringen als sturingsinstrument voor de basisverzekering².

Kenmerk
79264/110486

- 4.4 Uit de enquête onder de zorgverzekeraars blijkt dat de volmachten hun marketing en acceptatiebeleid volledig zelf invullen, ondanks dat de zorgverzekeraars daar eindverantwoordelijk voor zijn. Deze handelwijze geeft volmachten veel vrijheid in verzekerdensturing. De NZa blijft de sturingsmogelijkheden van volmachten in haar toezicht volgen en heeft het voornemen om een nader onderzoek te doen bij een zorgverzekeraar die actief met volmachten werkt.
- 4.5 Collectiviteiten mogen toegangsvoorwaarden stellen. Daarmee bieden collectiviteiten zorgverzekeraars de mogelijkheid om op risico's te selecteren. In het verleden maakten gelegenhedscollectiviteiten (geen werkgeverscollectiviteiten: zie artikel 18 lid 5 Zvw) die door de verzekeraar of via een volmacht waren opgericht hier gebruik van. Op dit moment zijn de NZa geen gelegenhedscollectiviteiten bekend die gebruik maken toegangsvoorwaarden, maar het risico hierop is wel aanwezig. Wij blijven dit aspect in de gaten houden.
- 4.6 Enkele zorgverzekeraars hebben de toetsing van het acceptatiebeleid aan de Zvw niet structureel geborgd in hun processen. We zullen de zorgverzekeraars hier bij het vereveningsonderzoek in het kader van de rechtmatige uitvoering Zvw op wijzen en verzoeken om een periodieke beoordeling van het acceptatiebeleid.

Pagina
3 van 4

5 Aanbevelingen

- 5.1 Om te zorgen dat er in de toekomst geen sprake is van ongewenste vormen van risicoselectie, is het noodzakelijk dat het risicovereveningssysteem de komende jaren blijvend verder doorontwikkeld wordt door het ministerie van VWS. Daardoor zijn specifieke groepen verzekerden niet op lange(re) termijn voorspelbaar winst- of verliesgevend, dan wel bestaat voor zorgverzekeraars de dreiging dat eventuele huidige voordelen in de toekomst zullen verdwijnen. Met een goed, actueel risicovereveningssysteem zijn er geen prikkels voor zorgverzekeraars om verzekerdenstromen te sturen. In dit kader is met ingang van 2014 in het risicovereveningsmodel voor het kenmerk 'Aard van inkomen' een hoofdklasse 'Student' ingevoerd, waardoor de aantrekkelijke aspecten van deze groep verzekerden gecorrigeerd worden.
- 5.2 Uit de beoordeling van de websites en uit signalen die de NZa heeft ontvangen blijkt dat steeds meer zorgverzekeraars kortingen toepassen op de te betalen premie en hiermee ook steeds creatiever worden. Al langer bestaande kortingen zijn bijvoorbeeld een korting op de verschuldigde premie bij betaling in één jaartermijn, welkomstkortingen voor nieuwe verzekerden of kortingen voor bestaande verzekerden die een nieuwe verzekerde aanbrengen. Er bestaat een risico dat

² Aanvullende verzekeringen worden gekenmerkt door het feit dat zorgverzekeraars daarvoor een acceptatiebeleid mogen hanteren en dus toegangseisen kunnen stellen.

de werking van het verbod op premiedifferentiatie hiermee wordt aangetast. Op grond van het stelsel en de strekking van de wet, in het bijzonder de parlementaire geschiedenis bij artikel 17 Zvw, hanteert de NZa al sinds het begin van de Zvw in 2006 de lijn dat kortingen op de te verschuldigde premie mogelijk zijn zolang die geen directe relatie hebben met persoonskenmerken. De NZa geeft u in overweging om te onderzoeken of het mogelijk en wenselijk is een explicietere wettelijke regeling te maken, zodat op voorhand duidelijker wordt welke type kortingen op de verschuldigde premie wel en niet wenselijk c.q. toegestaan zijn. Zoals op dit moment voor de kortingen op de premiegrondslag, te weten het eigen risico en de collectiviteitskorting is geregeld.

Kenmerk
79264/110486

Pagina
4 van 4

Ik vertrouw erop u met deze brief voldoende te hebben geïnformeerd.

Hoogachtend,
De Nederlandse Zorgautoriteit,

dr. M.E. Homan
lid Raad van Bestuur/ plv. voorzitter

Verdiepend onderzoek Naleving acceptatieplicht door zorgverzekeraars

April 2014

Inhoud

Vooraf	4
Managementsamenvatting	5
1. Inleiding	7
1.1 Aanleiding onderzoek	7
1.2 Doelstelling	7
1.3 Onderzoekaanpak	8
2. Bevindingen	9
2.1 Inleiding	9
2.2 Beoordeling uitvoeringsverslagen	9
2.3 Signalenanalyse	9
2.4 Beoordeling websites (algemeen)	9
2.4.1 Beoordeling websites overstapperperiode 2014	10
2.4.1.1 Acceptatieplicht	10
2.4.1.2 Doelgroepen	11
2.4.1.3 Volmachten en tussenpersonen	13
2.4.1.4 Conclusie	14
2.5 Bevindingen enquête	14
2.5.1 Weigering aspirant verzekerden (naar soort grond)	14
2.5.2 Acceptatiebeleid	15
2.5.3 Communicatie van de nieuwe zorgverzekering	15
2.5.4 Deelmarkten	15
2.5.5 Doelgroepen	16
2.5.6 Intermediairs	16
2.5.7 Labels	17
2.5.8 Collectiviteiten	17
2.5.9 Aanvullende verzekeringen	17
2.5.10 Zorginkoop	18
3. Conclusie en aanbevelingen	20
3.1 Geen schending acceptatieplicht	20
3.2 Verzekerdensturing	20
3.2.1 Bevindingen en acties NZa	20
3.2.2 Aanbevelingen	21

Vooraf

De acceptatieplicht is de wettelijke verplichting voor zorgverzekeraars om iedereen, ongeacht leeftijd, geslacht en gezondheidstoestand, te accepteren voor de basisverzekering. De acceptatieplicht is vastgelegd in artikel 3 van de Zorgverzekeringswet (Zvw). De NZa heeft aan de hand van bureau-onderzoek en een enquête onder zorgverzekeraars onderzocht of zij zich aan de acceptatieplicht houden. Hieruit komen geen indicaties naar voren dat de acceptatieplicht wordt overtreden. Wel is zichtbaar dat sommige zorgverzekeraars zich richten op bepaalde (aantrekkelijke) doelgroepen. Dit is wettelijk toegestaan, toch kan dit 'sturen' van verzekerden door zorgverzekeraars onwenselijk zijn vanuit het oogpunt van toegankelijkheid en solidariteit. De NZa doet daarom een aantal aanbevelingen ter zake.

De Nederlandse Zorgautoriteit,

dr. M.E. Homan
lid Raad van Bestuur/ plv. voorzitter

Managementsamenvatting

Onze conclusie is dat er in 2012 en 2013 geen overtreding van de acceptatieplicht uit artikel 3 Zvw is gebleken. Deze bevinding strookt met het feit dat de NZa in deze periode geen signalen over schending van de acceptatieplicht heeft ontvangen. Iedere Nederlander werd in 2012 en 2013 geaccepteerd voor iedere basisverzekering, ongeacht inkomen, ziektehistorie of leefstijl.

Wel signaleert de NZa een aantal mogelijke risico's ten aanzien van de acceptatieplicht. Zo richten sommige zorgverzekeraars zich op specifieke doelgroepen en werpen zij soms (praktische) drempels op voor de toegang tot de basisverzekering voor personen die niet tot de doelgroep behoren. Dit gebeurt onder andere via informatieverstrekking en de 'vindbaarheid' van polissen. De wijze waarop dit gebeurt is voor zover ons bekend juridisch toegestaan, maar drempels kunnen wel van invloed zijn op de toegankelijkheid en keuzevrijheid van consumenten. Om ervoor te zorgen dat de toegang tot één en dezelfde basisverzekering voor alle verzekerden gelijk blijft stelt de NZa een aantal acties en aanbevelingen voor.

Bevindingen en acties NZa

- 1 Enkele zorgverzekeraars proberen verzekerden 'automatisch' naar bepaalde polissen te leiden. Ook werd een polis die nog wel op de markt is voor bestaande verzekerden, niet opengesteld voor nieuwe verzekerden. Dit is niet toegestaan. De zorgverzekeraar heeft dit hersteld nadat de NZa de zorgverzekeraar hier op aan had gesproken. Dergelijke gedragingen kunnen er toe leiden dat verzekerden worden belemmerd in het maken van een optimale keuze voor een zorgverzekering. Wij willen de transparantie-eisen hiervoor aanscherpen en gaan de mogelijkheden daarvoor onderzoeken.
- 2 Sommige zorgverzekeraars werpen drempels op wanneer consumenten die niet tot de doelgroep behoren zich willen inschrijven voor een doelgroep polis, niet zijnde een collectiviteit. Een voorstel om dit gedrag aan te pakken is om een verplichting in te voeren dat een ieder zich op dezelfde manier moet kunnen inschrijven voor een zorgverzekering. Wij vinden het wenselijk dit te verplichten en onderzoeken momenteel of dit binnen de bestaande regelgeving mogelijk is. Is dat niet het geval, dan pleiten wij ervoor dat onze bevoegdheid op dit punt wordt aangevuld.
- 3 Zoals in paragraaf 2.4.1.2 is beschreven maken sommige zorgverzekeraars het voor consumenten die niet tot de doelgroep behoren niet mogelijk om een aanvullende verzekering bij hen af te sluiten. Hierdoor is de betreffende basisverzekering voor die verzekerden minder interessant. De NZa blijft de ontwikkelingen volgen rond de aanvullende verzekeringen als sturingsinstrument voor de basisverzekering¹.
- 4 Uit de enquête onder de zorgverzekeraars blijkt dat de volmachten hun marketing en acceptatiebeleid volledig zelf invullen. Deze handelwijze geeft volmachten veel vrijheid in verzekerdensturing. De NZa blijft de sturingsmogelijkheden van volmachten in haar toezicht volgen en heeft het voornemen om een nader onderzoek te doen bij een zorgverzekeraar die actief met volmachten werkt.

¹ Aanvullende verzekeringen worden gekenmerkt door het feit dat zorgverzekeraars daarvoor een acceptatiebeleid mogen hanteren en dus toegangseisen kunnen stellen.

- 5 Collectiviteiten mogen toegangsvoorwaarden stellen. Daarmee bieden collectiviteiten zorgverzekeraars de mogelijkheid om op risico's te selecteren. Op dit moment zijn de NZa geen gelegenheidscollectiviteiten bekend die hier gebruik van maken, maar het risico hierop is wel aanwezig. Wij blijven dit aspect in de gaten houden.
- 6 Enkele zorgverzekeraars hebben de toetsing van het acceptatiebeleid aan de Zvw niet structureel geborgd in hun processen. We zullen de zorgverzekeraars hier bij het vereveningsonderzoek in het kader van de rechtmatige uitvoering Zvw op wijzen en verzoeken om een periodieke beoordeling van het acceptatiebeleid.

Aanbevelingen

- 1 Om te zorgen dat er in de toekomst geen sprake is van ongewenste vormen van risicoselectie, is het noodzakelijk dat het risicovereveningssysteem de komende jaren blijvend verder doorontwikkeld wordt door het ministerie van VWS. Daardoor zijn specifieke groepen verzekerden niet op lange(re) termijn voorspelbaar winst- of verliesgevend, dan wel bestaat de dreiging dat eventuele voordelen nu op termijn verdwijnen. Met een goed, actueel risicovereveningssysteem zijn er geen prikkels voor zorgverzekeraars om verzekerdenstromen te sturen.
- 2 Uit de beoordeling van de websites en uit signalen die de NZa heeft ontvangen blijkt dat steeds meer zorgverzekeraars kortingen toepassen op de te betalen premie en hiermee ook steeds creatiever worden. Er bestaat een risico dat de werking van het verbod op premiedifferentiatie door het gebruik van ongewenste kortingen op de te betalen premie wordt aangetast. De NZa geeft de Minister in overweging om te onderzoeken of het mogelijk en wenselijk is een explicietere wettelijke regeling te maken, zodat op voorhand duidelijker wordt welke type kortingen op de verschuldigde premie wel en niet wenselijk c.q. toegestaan zijn. Zoals op dit moment voor de kortingen op de premiegrondslag, te weten het eigen risico en de collectiviteitskorting is geregeld.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding onderzoek

De acceptatieplicht is één van de publieke randvoorwaarden van het zorgstelsel, samen met de zorgplicht en het verbod op premiedifferentiatie. Op grond van de acceptatieplicht uit artikel 3 van de Zvw zijn zorgverzekeraars ertoe gehouden om alle potentiële verzekerden -ongeacht hun gezondheidskenmerken- te accepteren voor de basisverzekering. Daarmee is de acceptatieplicht cruciaal om de toegankelijkheid van de zorg te waarborgen.

De NZa heeft de afgelopen jaren geen indicaties gehad dat zorgverzekeraars zich niet zouden houden aan de acceptatieplicht. Zo hebben wij in de marktscan zorgverzekeringsmarkt 2013 geconstateerd dat er geen signalen waren over schending van de acceptatieplicht. Het toezicht op de naleving van de acceptatieplicht is mede daarom hoofdzakelijk reactief geweest. Dit wil zeggen dat naar aanleiding van signalen toezicht werd gehouden. Gezien het cruciale belang van de acceptatieplicht voor de toegankelijkheid van het zorg(verzekerings)stelsel heeft de NZa getoetst of reactief toezicht volstaat, of dat in het vervolg proactief toezicht nodig is. Wij hebben daarom al in de marktscan 2013 aangekondigd dat een verdiepend onderzoek naar de naleving van de acceptatieplicht door zorgverzekeraars wordt uitgevoerd. In dit rapport verantwoordt de NZa zich over de bevindingen uit dit onderzoek.

In de volgende paragrafen wordt ingegaan op de doelstelling en de onderzoeks aanpak. In hoofdstuk 2 worden de bevindingen van het onderzoek uitgewerkt. In hoofdstuk drie geven wij onze belangrijkste conclusies, vervolgacties en aanbevelingen weer.

1.2 Doelstelling

Doel van dit onderzoek is om te toetsen of zorgverzekeraars zich houden aan de acceptatieplicht en om inzicht te krijgen in de motieven voor zorgverzekeraars om verzekerdenstromen te sturen.

Eisen die aan een zorgverzekeraar in het kader van de acceptatieplicht uit artikel 3 Zvw worden gesteld zijn:

- Dat de zorgverzekeraar verplicht is met de verzekeringsplichtige desgevraagd een zorgverzekering af te sluiten.
- Iedere verzekeringsplichtige moet uit alle aangeboden varianten van verzekeringen in de provincie kunnen kiezen, mocht de zorgverzekeraar er meerdere hebben.
- De zorgverzekeraar stelt alle varianten van de zorgverzekering die hij in een provincie aanbiedt, in de vorm van modelovereenkomsten ter beschikking aan personen in die provincie. Voor woonachtigen buiten Nederland stelt hij alle modelovereenkomsten die hij in Nederland hanteert ter beschikking.
- De zorgverzekeraar stelt, zodra een verzekering is afgesloten, alle gewijzigde of toegevoegde modelovereenkomsten ter beschikking.

Een zorgverzekeraar mag een aspirant-verzekerde weigeren op de volgende gronden:

- Personen die niet verzekerd zijn voor de AWBZ en dus niet verzekeringplichtig zijn.
- De natuurlijke persoon die op grond van artikel 64, eerste lid, van de Wet financiering sociale verzekeringen is ontheven van de verplichtingen opgelegd op grond van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.
- Indien de persoon woonachtig is in Nederland, maar buiten het werkgebied van de zorgverzekeraar woont.
- Als persoon een militaire ambtenaar in werkelijke dienst is, of de militair aan wie buitengewoon verlof met behoud van militaire inkomsten is verleend.
- Verzekeringplichtige die reeds verzekerd is krachtens een zorgverzekering.
- Als binnen 5 jaar voor het aanvragen van de verzekering een eerdere verzekering is opgezegd of ontbonden wegens opzettelijke misleiding of niet betalen van de premie.
- Wanneer de identiteit van de te verzekeren persoon niet vast te stellen is.

1.3 Onderzoekaanpak

Om in kaart te brengen of schending van de acceptatieplicht plaatsvindt, is de naleving van de wettelijke vereisten getoetst. Ook hebben wij een analyse gemaakt van de prikkels die zorgverzekeraars hebben om een selectief verzekerdenbestand na te streven, ofwel risicoselectie toe te passen. In het verlengde daarvan hebben wij onderzocht welke wettelijk toegestane methodes er zijn om een selectief verzekerdenbestand te creëren, en of daar door verzekeraars gebruik van wordt gemaakt. Hiertoe is gebruik gemaakt van onderzoek dat iBMG voor de marktscan Zorgverzekeringmarkt 2013 voor de NZa heeft uitgevoerd naar risicoselectie².

Voor het onderzoek zijn de volgende activiteiten uitgevoerd:

1. De uitvoeringsverslagen van de zorgverzekeraars over 2012 zijn onderzocht op mogelijke schending van de acceptatieplicht.
2. Signalen op het gebied van de acceptatieplicht die de NZa heeft ontvangen zijn geanalyseerd.
3. De websites van zorgverzekeraars zijn onderzocht op mogelijke selectie/weigering van verzekerden. Hierbij is gekeken naar de overstapperiode 2014.
4. Er is een enquête uitgezet onder de zorgverzekeraars. De vragen in de enquête hebben onder andere betrekking op de naleving van de acceptatieplicht uit artikel 3 Zvw, de motieven van zorgverzekeraars om verzekerdenstromen te sturen, de marketingstrategie en het doelgroepenbeleid.

De bevindingen lichten wij toe in het volgende hoofdstuk.

² W.P.M.M. van de Ven, R.C. van Kleef, R.C.J.A. van Vliet, 'Hoe kan de NZa risicoselectie op de zorgverzekeringmarkt meten?', Rotterdam: iBMG 2013.

2. Bevindingen

2.1 Inleiding

Voor het onderzoek zijn de volgende activiteiten uitgevoerd:

- Beoordeling uitvoeringsverslagen 2012
- Signalenanalyse 2012 en 2013
- Beoordeling websites zorgverzekeraars overstapperperiode 2014
- Uitkomsten enquête onder zorgverzekeraars.

Per onderwerp gaan wij hieronder in op de bevindingen.

2.2 Beoordeling uitvoeringsverslagen

In de uitvoeringsverslagen over 2012 hebben de zorgverzekeraars zich verantwoord over het nakomen van de wettelijke verplichtingen. Beoordeeld is of uit deze verantwoordingen signalen naar voren zijn gekomen waaruit een (risico op) het overtreden van de acceptatieplicht volgt. Hierbij is expliciet gekeken naar het onderdeel acceptatieplicht en de verantwoording over de klachtafhandeling.

Bij de beoordeling van het onderdeel acceptatieplicht uit de uitvoeringsverslagen hebben we geen bijzonderheden geconstateerd. Enige weigeringen waarover wordt gerapporteerd betreffen weigeringen in verband met wanbetaling en in een enkel geval fraude. Dit zijn toegestane gronden voor weigering van een verzekerde. Ook zijn er nagenoeg geen klachten over het niet nakomen van de acceptatieplicht door zorgverzekeraars.

2.3 Signalenanalyse

De NZa heeft in de periode van 1 januari 2013 tot 1 september 2013 een vijftal signalen ontvangen die de acceptatieplicht raken. Geen van deze signalen gaat over directe schending van de acceptatieplicht. Het gaat in twee gevallen om een onterechte beëindiging van de zorgverzekering en in twee andere gevallen om slechte informatieverstrekking bij de acceptatie, waardoor consumenten niet weten of ze verzekerd zijn. Beide signalen hadden betrekking op volmachten. Volmachten zijn verzekeringstussenpersonen die als gevolmachtigde op rekening en risico van een zorgverzekeraar zorgverzekeringen aanbieden aan consumenten. Het vijfde signaal betreft een polis die niet voor iedereen zichtbaar is doordat deze niet door de zorgverzekeraar zelf, maar alleen via een tussenpersoon wordt aangeboden aan verzekerden. De modelovereenkomst is wel beschikbaar voor alle verzekerden. De ontvangen signalen zijn behalve de laatste incidenteel van aard en duiden niet op schending van de acceptatieplicht door zorgverzekeraars.

2.4 Beoordeling websites (algemeen)

Alle zorgverzekeraars hebben een website en bieden de mogelijkheid om via de website een zorgverzekering af te sluiten. Deze websites zijn over het algemeen goed toegankelijk.

We hebben onderzocht of zorgverzekeraars verzekerden selecteren via hun website. Dit kan bijvoorbeeld door niet voor iedereen inschrijving op een polis mogelijk te maken. We hebben dit niet goed kunnen vaststellen omdat vaak inloggegevens of persoonlijke gegevens zoals een geldig

BSN worden gevraagd. Daardoor was het niet mogelijk om als dummy aan te melden.

In voorgaande jaren waren er een aantal volmachten, waaronder Besured en Promovendum, die door het gebruik van een collectiviteit een zorgverzekering op de website alleen toegankelijk maakten voor een specifieke doelgroep. Voor een collectiviteit is het immers toegestaan om selectief leden te werven. In voorgaande jaren werd er een acceptatiebeleid gevoerd door deze volmachten. De collectiviteiten waren alleen toegankelijk voor verzekerden tot 25 jaar en hoger opgeleiden. Selectie vond plaats op grond van de collectiviteit. Voor een collectiviteit is het immers toegestaan om selectief leden te werven. De achterliggende modelovereenkomsten werden door de risicodragende zorgverzekeraar aan alle consumenten aangeboden. Vanaf 2013 passen deze onderzochte volmachten geen acceptatiebeleid op grond van leeftijd en opleidingsniveau meer toe voor de collectiviteit.

2.4.1 Beoordeling websites overstapperperiode 2014

Als zorgverzekeraars daadwerkelijk verzekerden willen selecteren is de jaarlijkse overstapperperiode daartoe het aangewezen moment. Door inschrijving voor de basisverzekering voor bepaalde groepen niet mogelijk te maken, of door zich specifiek op bepaalde groepen te richten is de samenstelling van het verzekerdenbestand te sturen. Daarom zijn tijdens de overstapperperiode in november/december 2013 de websites van alle zorgverzekeraars onderzocht op mogelijke overtreding van de acceptatieplicht.

We hebben gekeken of zorgverzekeraars alle basisverzekeringen die zij aanbieden op hun website hebben staan en of iedereen zich hiervoor kan inschrijven, of dat er specifieke toegangseisen zijn gesteld. Ook is gekeken of zorgverzekeraars zich met hun website richten op specifieke doelgroepen en of er indicaties zijn dat de acceptatieplicht wordt overtreden. Verder is gecheckt of de zorgverzekeraar een 'pakket' aanbiedt, bestaande uit een basisverzekering en een aanvullende verzekering, in plaats van een 'losse' basisverzekering, en of in die situatie nog wel duidelijk is wat enkel de basisverzekering kost.

Het beeld dat uit deze check naar voren komt is als volgt:

2.4.1.1 Acceptatieplicht

Zorgverzekeraars stellen geen specifieke toegangseisen voor de basisverzekering. Eén zorgverzekeraar had een aantal zorgverzekeringen voor het polisjaar 2014 op de markt waarvoor een zogeheten 'sterfhuisconstructie' werd gehanteerd. Dat houdt in dat de polissen nog wel voor reeds bestaande verzekerden op de markt zijn, maar dat hiervoor geen nieuwe verzekerden worden geworven. In dit concrete geval werden er geen nieuwe verzekerden op deze polissen toegelaten. Dit is in strijd met de acceptatieplicht. Wanneer een zorgverzekering in 2014 op de markt is moeten nieuwe verzekerden zich daar altijd voor kunnen aanmelden. De NZa heeft de betreffende zorgverzekeraar hier telefonisch op gewezen, waarna hij zijn beleid heeft gewijzigd en de teksten op de website heeft aangepast. Alle polissen op de website staan nu open voor inschrijving. Een andere zorgverzekeraar die een stervhuisconstructie gebruikt, hanteert een hogere premie voor de inhoudelijk licht afwijkende uitstervende polis, die tevens alleen schriftelijk kan worden afgesloten. Omdat hier wel verzekerden worden geaccepteerd is hier geen sprake van een overtreding van de

acceptatieplicht. Het is daarnaast niet verboden om een ander marketingbeleid te voeren voor verschillende polissen.

Verder zijn er nog enkele onderzoeksbevindingen die niet direct als overtreding van de acceptatieplicht zijn aan te merken, maar die wel een sterk sturend karakter hebben. Het gaat hierbij om de volgende bevindingen:

- Twee zorgverzekeraars proberen om verzekerden 'automatisch' naar de (duurdere) restitutiepolis te leiden. Dit gebeurt doordat een potentiële verzekerde bij aanmelding via de website direct bij de restitutiepolis terecht komt. Op die manier lijkt er dus niets te kiezen te zijn, terwijl er op de site wel polisvoorwaarden voor een naturapolis staan. Dit suggereert alsof de naturapolis wel wordt aangeboden, maar niet toegankelijk is.
- Enkele zorgverzekeraars bieden een 'pakket' aan bestaande uit een basisverzekering en aanvullende verzekering in plaats van een basisverzekering met los af te sluiten aanvullende verzekeringen. Daarbij is wel duidelijk aangegeven waaruit het pakket is samengesteld en wat de basisverzekering los kost.

Omdat bovenstaande gedragingen niet in strijd zijn met de Zvw heeft de NZa geen acties richting de zorgverzekeraars ondernomen. Omdat alle polissen waren terug te vinden op de betreffende sites, de polissen waren af te sluiten en ook inzicht werd gegeven in de kosten van de basis- en de aanvullende verzekeringen leveren deze bevindingen geen problemen op vanuit de acceptatieplicht of transparantie.

Dat neemt niet weg dat het op toegestane wijze 'sturen' van verzekerden naar bepaalde polissen, onwenselijke gevolgen kan hebben. Hierdoor worden de keuzemogelijkheden voor de consument in feite beperkt. Door consumenten automatisch naar de duurdere polis te leiden en de andere polissen niet te laten zien lijkt er niets te kiezen voor de consument. Dit kan tot gevolg hebben dat verzekerden geen optimale keuze maken voor een zorgverzekering.

In artikel 3 lid 3 Zvw is bepaald dat de zorgverzekeraars alle modelovereenkomsten beschikbaar moeten stellen. Doel van deze bepaling is dat deze verzekerden de voor hen beste keuze kunnen maken uit het gehele polisaanbod. De NZa gaat na of zij de transparantie-eisen hiervoor kan aanscherpen.

2.4.1.2 Doelgroepen

Bij de beoordeling van de websites is ook gekeken naar het doelgroepenbeleid van zorgverzekeraars. De meeste zorgverzekeraars blijken zich met hun websites op doelgroepen te richten. Vaak hanteren zorgverzekeraars een tweesporenbeleid. Daarbij biedt de zorgverzekeraar een generieke polis aan die niet specifiek op doelgroepen is gericht, en daarnaast ook een of meerdere producten die voor specifieke doelgroepen zijn bestemd.

Een doelgroep waar de meeste zorgverzekeraars zich apart op richten is de groep studenten en jongeren. Voorbeelden van polissen die zich op deze groep richten zijn Zekur, Bewuzt, en CZ-direct. Deze polissen worden allemaal via internet aangeboden en kunnen worden aangemerkt als internetpolissen. Daarnaast is er nog een aantal andere doelgroepen. Deze zijn redelijk divers. Het gaat dan om doelgroepen als minima, vrouwen, seizoensarbeiders, en personen die werkzaam zijn in de zorg. Voor een aantal van deze groepen zijn zelfs specifieke modelovereenkomsten ontwikkeld die niet of nauwelijks worden aangeboden aan verzekerden die niet tot de doelgroep behoren. Wel zijn

deze polissen, op basis van de informatie die op de websites wordt gegeven, voor een ieder toegankelijk.

Enkele van deze doelgroepopolissen zijn wel voor een ieder toegankelijk, maar moeilijker af te sluiten als de aspirant verzekerde niet tot de doelgroep behoort. Zo is er een polis, waarbij de aspirant verzekerde zich schriftelijk moet opgeven en hij in het geheel geen aanvullende verzekering bij die polis kan afsluiten als hij niet tot de doelgroep behoort. Bij een andere polis moeten verzekerden die niet tot de doelgroep behoren apart telefonisch contact opnemen met de zorgverzekeraar om de polis af te sluiten, terwijl mensen uit de doelgroep via de site de verzekering kunnen afsluiten. Hiermee wordt een drempel opgeworpen voor mensen die buiten de doelgroep vallen. Dit is echter niet strijdig met de acceptatieplicht, want alle aspirant verzekerden worden wel geaccepteerd voor de basisverzekering als zij daar om vragen.

Er is niets mis mee dat zorgverzekeraars een doelgroepenbeleid hanteren. Het is alleen niet wenselijk wanneer gebruik van een doelgroepenbeleid en drempels voor personen die niet tot de doelgroep behoren zo ver gaan dat daar mee de toegankelijkheid en solidariteit in het stelsel onder druk komen te staan.

Omdat er volgens de regels nu geen sprake is van overtreding van de wet kan de NZa nu niet optreden tegen deze drempels. Een mogelijkheid om tegen drempels, die de toegang tot de zorgverzekeringen beperken, op te treden is het invoeren van een verplichting dat iedereen zich op dezelfde manier moet kunnen inschrijven voor een zorgverzekering. De NZa gaat onderzoeken of invoering van een dergelijke verplichting binnen de bestaande regelgeving mogelijk is.

De bestuursvoorzitter van zorgverzekeraar DSW, heeft recent in een interview in het NRC Handelsblad³ aangegeven dat naar zijn mening een doelgroepenbeleid zoals bijvoorbeeld Promovendum hanteert, een 'bewuste actie is om de solidariteit in de zorg te ondermijnen'. Promovendum richt zich op hogeropgeleiden en studenten. Dit is volgens hem een aantrekkelijke doelgroep voor zorgverzekeraars omdat deze groep weinig zorgkosten maakt, terwijl zorgverzekeraars hier vanuit de verevening extra voor betaald krijgen. Het vereveningssysteem compenseert zorgverzekeraars namelijk onder andere voor verzekerden die allochtoon zijn, in een achterstandswijk wonen of een laag inkomen hebben. Studenten hebben een laag inkomen en wonen daardoor vaak in een achterstandswijk zodat zorgverzekeraars voor deze populatie extra geld ontvangen.

Het is vanwege dit voorbeeld belangrijk dat het risicovereveningssysteem nu en in de toekomst verder doorontwikkeld wordt zodat dit soort groepen niet op lange termijn voorspelbaar winst- of verliesgevend zijn. In dit kader is met ingang van 2014 in het risicovereveningsmodel voor het kenmerk 'Aard van inkomen' een hoofdklasse 'Student' ingevoerd, waardoor de aantrekkelijke aspecten van deze groep verzekerden gecorrigeerd worden. Hiermee wordt een prikkel voor zorgverzekeraars om verzekerdenstromen te sturen weggenomen.

Uit de beoordeling van de websites en uit signalen over premiedifferentiatie die de NZa heeft ontvangen blijkt dat een aantal zorgverzekeraars kortingen toepassen op de te betalen premie en dat zij hiermee ook steeds creatiever worden. Denk hierbij aan

³ 'Ziekenhuizen moeten niet zo bang zijn', *NRC Handelsblad*, 9 november 2013.

welkomstkortingen voor nieuwe verzekerden of kortingen voor bestaande verzekerden die een nieuwe verzekerde aanbrengen. Er is ook een volmacht die alle verzekerden naast de maximale collectiviteitskorting een aanvullende korting geeft op de te betalen premie.

Het standpunt van de NZa over kortingen op de te betalen premie is dat dergelijke kortingen zijn toegestaan zo lang die niet gerelateerd zijn aan persoonskenmerken. De wet regelt namelijk niets over de te betalen premie. Uit het stelsel en de strekking van de wet, in het bijzonder de parlementaire geschiedenis bij artikel 17 Zvw, leidt de NZa af dat kortingen op de te verschuldigde premie mogelijk zijn zolang die geen directe relatie hebben met persoonskenmerken. Een korting op de te betalen premie die gerelateerd is aan een persoonskenmerk zou daarom in strijd zijn met de bedoeling van de wet. Dit standpunt heeft de NZa opgenomen in de standpuntenlijst modelovereenkomsten.

Er bestaat door het toegenomen gebruik van kortingen op de te betalen premie een risico dat de werking van het verbod op premiedifferentiatie hiermee wordt aangetast. Wij willen daarom het ministerie van VWS verzoeken om te onderzoeken of het mogelijk en wenselijk is om in het geheel geen kortingen op de te betalen premie toe te staan, tenzij dit expliciet wettelijk is geregeld. Zoals op dit moment voor de kortingen op de premiegrondslag, te weten het eigen risico en de collectiviteitskorting is geregeld.

2.4.1.3 Volmachten en tussenpersonen

Omdat enkele volmachten zich sterk positioneren op de zorgverzekeringsmarkt zijn ook de websites van enkele volmachten beoordeeld op nakoming van de acceptatieplicht. Een volmacht is een verzekeringstussenpersoon die door middel van een machtiging op naam en risico van de zorgverzekeraar zorgverzekeringen aanbiedt. De volmacht handelt dus namens de betreffende vergunninghoudende zorgverzekeraar. Een verzekeringstussenpersoon bemiddelt tussen de consument en de zorgverzekeraar en handelt niet op naam en rekening van de zorgverzekeraar, zoals de volmacht wel doet.

De beoordeelde volmachten richten zich op specifieke doelgroepen, te weten hoger opgeleiden, studenten en young professionals. Uit onderzoek van iBMG⁴ uit 2012 blijkt dat deze groepen voorspelbaar winstgevend zijn in de risicoverevening. Zoals in de paragraaf over signalen al aangegeven is vanaf 2014 in het risicovereveningsmodel voor het kenmerk 'Aard van inkomen' een hoofdklasse 'Student' ingevoerd. Hiermee is de prikkel voor verzekeraars om zich op deze groep te richten weggenomen. Ondanks dat zij zich duidelijk op deze doelgroepen richten, geven al deze partijen op hun sites wel aan dat de basisverzekering voor iedereen toegankelijk is.

Een enkele polis wordt alleen via tussenpersonen aangeboden en is niet op de eigen site van de zorgverzekeraar terug te vinden of af te sluiten. Hierdoor is niet goed te beoordelen welk acceptatiebeleid wordt gehanteerd voor deze polis (de NZa heeft overigens geen signalen dat de acceptatieplicht bij deze polis zou worden geschonden). Het risico bestaat dat de zorgverzekeraar tussenpersonen als selectiemechanisme inzet en dat de polis niet goed toegankelijk is voor consumenten die buiten de doelgroep vallen. Het is wenselijk dat een zorgverzekeraar alle polissen die worden aangeboden via tussenpersonen, ook zelf op zijn

⁴ R.C. van Kleef, R.C.J.A. van Vliet en W.P.M.M. van de Ven, 'Risicoverevening 2012: Een analyse van voorspelbare winsten en verliezen op subgroepniveau', onderzoeksrapport, Rotterdam: iBMG 2012.

website beschikbaar stelt. Dit dient zodanige wijze te gebeuren dat de polissen transparant en vindbaar zijn voor aspirant verzekerden.

2.4.1.4 Conclusie

Uit de beoordeling van de websites van zorgverzekeraars komen geen overtredingen van de wettelijke acceptatieplicht naar voren. Wel doen zorgverzekeraars op juridisch toegestane wijze aan sturing van verzekerden. Zo richten zij zich op specifieke (aantrekkelijke) doelgroepen en worden in een aantal gevallen drempels opgeworpen voor verzekerden die buiten de doelgroep vallen. Dit belemmert de toegang tot de basisverzekering. Voor selectie kan ook gebruik worden gemaakt van volmachten en intermediairs. In een enkel geval is de polis die via de tussenpersoon wordt aangeboden niet bij de zorgverzekeraar zelf op zijn site terug te vinden. Zorgverzekeraars worden steeds creatiever met het gebruik van kortingen op de te betalen premie. Dit kan een risico vormen voor het verbod op premiedifferentiatie.

Mogelijke maatregelen om tegen deze ongewenste vormen van risicoselectie op te treden zijn:

- aanscherpen van de transparantie-eisen bij de informatieverstrekking over aangeboden polissen;
- invoeren van een verplichting dat een ieder zich op de zelfde manier moet kunnen inschrijven voor een zorgverzekering;
- Wij verzoeken het ministerie van VWS om te onderzoeken of het mogelijk en wenselijk is om in het geheel geen kortingen op de te betalen premie toe te staan, tenzij dit expliciet wettelijk is geregeld.

2.5 Bevindingen enquête

Zoals in hoofdstuk 1 is beschreven is een enquête uitgezet onder alle zorgverzekeraars. De vragen in de enquête hebben betrekking op de hieronder beschreven onderwerpen. In de navolgende paragrafen wordt per onderdeel op de belangrijkste bevindingen ingegaan.

1. Weigering aspirant-verzekerden (naar soort grond)
2. Acceptatiebeleid
3. Communicatie van de nieuwe zorgverzekering
4. Deelmarkten
5. Doelgroepenbeleid
6. Intermediairs
7. Labels
8. Collectiviteiten
9. Aanvullende verzekering
10. Zorginkoop

2.5.1 Weigering aspirant verzekerden (naar soort grond)

Praktisch alle zorgverzekeraars geven aan dat zij in 2012 verzekerden hebben geweigerd. In totaal gaat om ongeveer 35.000 verzekerden. De meest voorkomende – wettelijk toegestane - weigeringsgronden zijn wanbetaling, reeds verzekerd, en overige gronden (oa aanvraag door verzekerde zelf ingetrokken, verzekerde heeft benodigde gegevens niet aangeleverd, buitenlandse studenten in Nederland studierend).

Bij de overige weigeringsgronden die wettelijk zijn toegestaan gaat het vaak om buitenlandse aanvragen. Te denken is aan buitenlandse studenten die in Nederland studeren of mogelijk seizoensarbeiders. Buitenlandse studenten die alleen in Nederland zijn om te studeren, zijn niet verzekeringsplichtig en kunnen niet verzekerd worden.

2.5.2 Acceptatiebeleid

Slechts vier zorgverzekeraars geven aan dat zij het acceptatiebeleid voor de basisverzekering hebben vastgelegd in een werkinstructie/procedure, of checklist. Drie zorgverzekeraars hebben dit acceptatiebeleid ook bijgevoegd in de enquête. Het gaat hierbij om algemene acceptatierichtlijnen conform de Zvw. Hieruit komen geen bijzonderheden naar voren. De overige zorgverzekeraars geven aan dat zij het acceptatiebeleid niet specifiek hebben vastgelegd in een document, maar dat zij iedereen voor de basisverzekering accepteren volgens de voorwaarden uit de Zvw.

Op de vraag hoe medewerkers voor de acceptatie worden geïnstrueerd geven alle zorgverzekeraars aan dat zij schriftelijke en mondelinge werkinstructies geven. Tevens hebben zij nagenoeg allemaal een kennisbank. Bij wijzigingen worden aanvullende instructies gegeven.

Drie zorgverzekeraars hebben hun acceptatiebeleid slechts één keer getoetst op compliance met de bepalingen in artikel 3 Zvw, waarin de acceptatieplicht wordt geregeld. Daarna wordt het acceptatiebeleid enkel bij wijzigingen getoetst. Het feit dat niet periodiek wordt getoetst op compliance, betekent een risico voor de naleving van de acceptatieplicht door de zorgverzekeraar. De NZa zal deze zorgverzekeraars verzoeken om het acceptatiebeleid periodiek te toetsen. Alle andere zorgverzekeraars hebben controles in de lijn of jaarlijkse toetsing van het acceptatiebeleid.

2.5.3 Communicatie van de nieuwe zorgverzekering

Het komt weinig voor dat zorgverzekeraars een nieuwe zorgverzekering op de markt brengen. De wijze waarop zorgverzekeraars in die gevallen informatie verstrekken is in de enquête beperkt toegelicht. Zorgverzekeraars geven aan dat zij bestaande verzekerden over nieuwe producten informeren via online communicatiemiddelen (nieuwsbrieven en website) en offline communicatiemiddelen (mailing) en via de eindejaarscommunicatie (prolongatie van de zorgverzekering).

Uit de beoordeling van de websites en de ervaring met bijvoorbeeld de Hema-polis blijkt echter dat de zorgverzekeraars de nieuwe polissen niet altijd even expliciet onder de aandacht brengen van hun bestaande verzekerden. Dit gebeurt in de meeste gevallen zelfs helemaal niet. Op grond van de Zvw moeten zorgverzekeraars nieuwe polissen ter beschikking stellen aan hun bestaande verzekerden. Formeel voldoen zorgverzekeraars hieraan omdat de polissen als download beschikbaar zijn op de website van de zorgverzekeraar zelf of op een andere specifieke website waarmee de polis wordt aangeboden. Voor bestaande verzekerden is het vaak niet transparant welke nieuwe polissen worden aangeboden.

2.5.4 Deelmarkten

Zorgverzekeraars is gevraagd of zij de markt voor zorgverzekeringen hebben opgedeeld in deelmarkten en of zij hun marketing op die specifieke deelmarkten richten. Tien zorgverzekeraars richten zich op deelmarkten. De deelmarkten die genoemd worden zijn:

- Individuele markt (via internetpolissen);
- Zakelijk (bijvoorbeeld werkgevers, ondernemers);
- (collectieven bij) de overheid
- 'Zorg'-sector;
- Gemeenten;
- Studenten;

- Gezinnen;
- Ouderen;
- Singles.

Eén zorgverzekeraar is van mening dat hij zich, ondanks een aanvullende verzekering voor studenten, niet op deelmarkten richt. Uit de door zorgverzekeraars aangeleverde informatie blijken geen relevante verschillen in marketingbeleid tussen de verschillende deelmarkten.

2.5.5 Doelgroepen

Zeven van de 26 zorgverzekeraars geven aan dat zij zich richten op doelgroepen bij marketing.

Het gaat om de volgende doelgroepen:

- Jongeren en studenten ;
- gezinnen;
- ouderen;
- Rabobankklanten ;
- singles en stellen;
- internetgebruikers;
- Uitzendbureaus die buitenlandse flexkrachten uitzenden .

Op de vraag in hoeverre verzekerden op doelgroepolissen niet onder de doelgroep vallen komt een sterk wisselend beeld naar voren. In sommige gevallen zijn er geen verzekerden buiten de doelgroep op de polis, terwijl in andere gevallen 80% buiten de doelgroep valt.

De bevindingen wijken hier af van de analyse van de websites. Uit de websites blijkt dat alle zorgverzekeraars wel op een of andere manier een doelgroepenbeleid hanteren. Soms doen ze dit met behulp van derden zoals volmachten. Het is niet duidelijk waarom de bevindingen uit de enquête niet goed aansluiten bij de beoordeling van de websites. Mogelijk is er sprake van verschillen in definities van het begrip 'doelgroep'.

De belangrijkste doelgroep die in de enquête het meest wordt genoemd is de groep studenten. Uit onderzoek van iBMG⁵ uit 2012 en signalen uit het veld blijkt dat de groep studenten en hoger opgeleiden vanuit de risicoverevening gezien erg interessant is omdat deze groep voorspelbaar winstgevend is. Zoals al aangegeven in paragraaf 2.4.1.2 is het vereveningssysteem hier met ingang van 2014 op aangepast.

2.5.6 Intermediairs

De meeste zorgverzekeraars maken gebruik van tussenpersonen of intermediairs. Bekende namen zijn Independer, Meeus, Kendall, Suczes, Turien en Mercer.

Het aantal verzekerden via intermediairs wisselt sterk. Diverse zorgverzekeraars hebben vrijwel al hun verzekerden via intermediairs anderen slechts heel weinig. Vijf zorgverzekeraars maken helemaal géén gebruik van intermediairs.

Er is een onderscheid tussen intermediairs en volmachten wat betreft het acceptatiebeleid en de marketing. Volmachten voeren zelf het acceptatiebeleid uit, intermediairs niet; daar ligt het acceptatiebeleid bij de zorgverzekeraar. Zowel intermediairs als volmachten voeren zelf de

⁵ R.C. van Kleef, R.C.J.A. van Vliet en W.P.M.M. van de Ven, 'Risicoverevening 2012: Een analyse van voorspelbare winsten en verliezen op subgroepniveau', onderzoeksrapport, Rotterdam: iBMG 2012.

marketing uit. De zorgverzekeraar heeft hier in het algemeen geen invloed op. De marketing door intermediairs is met name gericht op werkgevers. Het aanbieden van zorgverzekeringen is voor intermediairs en volmachten geen kernactiviteit en wordt veel als service gezien, vanwege de lage winstgevendheid.

2.5.7 Labels

Elf zorgverzekeraars werken met labels. Labels zijn varianten van een modelpolis die onder een eigen naam worden aangeboden. Labels richten zich op specifieke doelgroepen, zoals jongeren, internet, gezinnen, buitenlandse seizoensarbeiders, zeevarenden etc. Het marketingproces voor labels wijkt nauwelijks af van het marketingproces voor reguliere polissen. Alleen voor volmachten geldt dat de marketing van de labels die zij hanteren, buiten de zorgverzekeraar ligt.

2.5.8 Collectiviteiten

Dertien zorgverzekeraars bieden gelegenheidscollectiviteiten aan. Hierbij gaat het om onder andere belangenorganisaties (Consumentenbond), (sport)verenigingen, stichtingen en bonden (Ouderenbond). De voordelen voor leden van de collectiviteit zijn kortingen tot maximaal tien procent op de basisverzekering, al dan niet in combinatie met korting en extra dekking voor de aanvullende verzekering.

Het voornaamste toelatingscriterium voor een collectiviteit is over het algemeen enkel lidmaatschap van de betreffende organisatie. Toets op lidmaatschap vindt in bijna alle gevallen plaats en is reden voor weigering/beëindiging van het lidmaatschap van de collectiviteit. Toegangsvoorwaarden zijn verder beperkt.

Gelegenheidscollectiviteiten richten zich dikwijls op een specifieke doelgroep. Bijvoorbeeld jongeren, vrouwen, of gezinnen. Het percentage verzekerden op een gelegenheidscollectiviteit wat niet onder de doelgroep valt is marginaal.

Vanwege de mogelijkheid om toegangsvoorwaarden te stellen zijn collectiviteiten een geschikt middel voor zorgverzekeraars om effectief op risico's te selecteren. Tot nu toe lijkt selectie via collectiviteiten beperkt voor te komen. Dit is met name het gevolg van het risico op imagoschade wat zorgverzekeraars hier aan verbinden. Alhoewel er de NZa op dit moment geen gelegenheidscollectiviteiten bekend zijn die gebruik maken van toegangseisen en gelegenheidscollectiviteiten met toegangseisen in het verleden slechts een zeer klein marktaandeel hadden, blijft de NZa dit aspect in de gaten houden.

Formeel mogen gelegenheidscollectiviteiten alleen worden aangeboden door organisaties die de belangen van de consumenten behartigen. In de praktijk bieden veel zorgverzekeraars zelf collectiviteitscontracten aan aspirant verzekerden aan. Het risico bestaat dat de belangen van consumenten slechts in naam worden behartigd, omdat in feite de zorgverzekeraar gebruik maakt van de collectiviteit als sturingsinstrument. Wij blijven dit aspect volgen.

2.5.9 Aanvullende verzekeringen

Bijna alle zorgverzekeraars hanteren acceptatievoorwaarden voor de aanvullende verzekering(en). Dit is voor de aanvullende verzekering ook toegestaan. Dit geldt met name voor de aanvullende verzekeringen in het topsegment en voor uitgebreide tandartsverzekeringen. Voor aanvullende verzekerden met een beperktere dekking gelden in het

algemeen geen acceptatievoorwaarden. Hierbij dient te worden opgemerkt dat risicoselectie door het toepassen van acceptatievoorwaarden een aspect is wat hoort bij schadeverzekeringen, zoals de aanvullende verzekering en in beginsel dus ook niet ongewenst is.

Het acceptatiebeleid voor de aanvullende verzekering bestaat meestal uit een korte vragenlijst voor de verzekerde, waarbij het hoofdzakelijk gaat om het gebruik van fysiotherapie in de afgelopen tijd. Voor de tandartsverzekeringen is vaak een tandheelkundige verklaring of een beoordeling door een medisch adviseur vereist. Wachtijd geldt met name voor orthodontie, kronen en bruggen. In een enkel geval gelden ook wachttijden voor aanvullende verzekeringen. Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer een verzekerde zijn aanvullende pakket gedurende de looptijd wil wijzigen. Zeven zorgverzekeraars hanteren premieklassen voor de aanvullende verzekeringen. Deze klassen zijn gebaseerd op leeftijd.

De meeste zorgverzekeraars houden het aantal weigeringen voor de aanvullende verzekering niet of nauwelijks bij. Slechts drie zorgverzekeraars hebben hier (enig) zicht op. Er zijn enkele honderden weigeringen. Een aspirant verzekerde die wordt geweigerd krijgt nagenoeg altijd een alternatief geboden.

Aanvullende verzekeringen worden door verzekeraars ook wel gebruikt om zich tot specifieke doelgroepen te richten. Denk aan een gezinspolis, met een aanvullende verzekering die specifiek op de behoeften van een gezin aansluit of een studentenpakket met een aanvullende zorgverzekering voor het buitenland. Hiermee zijn aanvullende verzekeringen een middel om risico's te selecteren.

Tot nu toe lijkt het risico van selectie via aanvullende verzekeringen nog beperkt. Er zijn ruim voldoende verzekeringen waar geen toelatingseisen worden gesteld. Daarnaast worden de aanvullende verzekeringen vaak modulair aangeboden naast de basisverzekering. Hieruit blijkt dat ze lang niet altijd door zorgverzekeraars als selectiemechanisme worden ingezet. Op dit moment is het toezicht van de NZa op aanvullende verzekeringen beperkt tot het gedragstoezicht op grond van de Wmg. Hieronder valt het toezicht op de naleving van transparantievereisten en het verbod op misleidende informatie. Pas wanneer zorgverzekeraars actiever in gaan zetten op selectie via aanvullende verzekeringen en de prikkels daartoe onvoldoende ondervangen kunnen worden door het vereveningssysteem, dient bekeken te worden of het nodig is om nadere maatregelen te treffen.

2.5.10 Zorginkoop

Zorgverzekeraars maken bij de zorginkoop nauwelijks gebruik van een doelgroepenbeleid. Slechts twee zorgverzekeraars kopen uitsluitend voor de aanvullende verzekering zorg in voor doelgroepen. Deze inkoop vindt vaak plaats voor het gehele concern (concernbreed) en niet voor elke zorgverzekeraar afzonderlijk. Enkele zorgverzekeraars geven aan dat ze wel voor specifieke patiëntengroepen inkopen. Denk aan diabeteszorg. Specifiek wordt door een enkeling ook arbeidsgerelateerde problemen genoemd. Uit deze bevindingen kan geconcludeerd worden dat het blijkbaar voor zorgverzekeraars nauwelijks interessant is om voor groepen verzekerden met specifieke zorgbehoeften zorg in te kopen.

Uit analyses van iBMG⁶ blijkt dat er groepen consumenten te identificeren zijn die voorspelbaar verliesgevend zijn in de risicoverevening. Dit zijn met name chronisch zieken en mensen met een slechte gezondheidsbeleving. Wanneer zorgverzekeraars voor deze groepen geen of onvoldoende goede zorg inkopen, kan dit leiden tot selectie. Chronisch zieken zullen immers niet overstappen naar een zorgverzekeraar die geen of onvoldoende zorg inkoop waar zij behoefte aan hebben. Pas als er indicaties zijn dat een zorgverzekeraar niet aan zijn zorgplicht voldoet door onvoldoende inkoop, is er voor de NZa aanleiding om op te treden. Tot nu toe heeft de NZa overigens geen belangrijke signalen dat de zorgplicht niet wordt nageleefd.

⁶ R.C. van Kleef, R.C.J.A. van Vliet en W.P.M.M. van de Ven, 'Risicoverevening 2012: Een analyse van voorspelbare winsten en verliezen op subgroepniveau', onderzoeksrapport, Rotterdam: iBMG 2012.

3. Conclusie en aanbevelingen

3.1 Geen schending acceptatieplicht

Uit het bureau-onderzoek, de beoordeling van de websites in 2013 gedurende de overstapperiode (november en december 2013) en de informatie uit de enquête, volgen geen indicaties dat zorgverzekeraars de acceptatieplicht uit artikel 3 van de Zvw overtreden. Deze bevinding strookt met het feit dat de NZa hier ook geen klachten of signalen over heeft ontvangen.

3.2 Verzekerdiensturing

Hoewel geen overtredingen van de acceptatieplicht zijn geconstateerd, wil dit niet zeggen dat sturing van verzekerden niet voorkomt. Zorgverzekeraars richten zich wel degelijk op specifieke doelgroepen. De wijze waarop dit gebeurt is voor zover ons bekend juridisch toegestaan. Dat neemt niet weg dat dit vanuit het perspectief van (feitelijke) toegankelijkheid tot de zorgverzekeringen en de solidariteit van het zorgstelsel onwenselijk kan zijn. De NZa blijft de ontwikkelingen bij doelgroepenbenaderingen daarom volgen via onder andere de marktscan zorgverzekeringmarkt. Daarnaast doen wij de volgende aanbevelingen om op een aantal punten het toezicht op zorgverzekeraars aan te scherpen:

3.2.1 Bevindingen en acties NZa

1. Enkele zorgverzekeraars proberen verzekerden 'automatisch' naar bepaalde polissen te leiden. Ook werd een polis die nog wel op de markt is voor bestaande verzekerden, niet opengesteld voor nieuwe verzekerden. Dit is niet toegestaan. De zorgverzekeraar heeft dit hersteld nadat de NZa de zorgverzekeraar hier op aan had gesproken. Dergelijke gedragingen kunnen er toe leiden dat verzekerden worden belemmerd in het maken van een optimale keuze voor een zorgverzekering. Wij willen de transparantie-eisen hiervoor aanscherpen en gaan de mogelijkheden daarvoor onderzoeken.
2. Sommige zorgverzekeraars werpen drempels op wanneer consumenten die niet tot de doelgroep behoren zich willen inschrijven voor een doelgroep polis, niet zijnde een collectiviteit. Een voorbeeld is dat bij een polis consumenten die niet tot de doelgroep behoren met de verzekeraar moeten bellen of zich alleen schriftelijk kunnen aanmelden terwijl de doelgroep zich via de website kan inschrijven. Dit is onwenselijk. Een voorstel om dit gedrag aan te pakken is om een verplichting in te voeren dat een ieder zich op dezelfde manier moet kunnen inschrijven voor een zorgverzekering. Wij vinden het wenselijk dit te verplichten en onderzoeken momenteel of dit binnen de bestaande regelgeving mogelijk is. Is dat niet het geval, dan pleiten wij ervoor dat onze bevoegdheid op dit punt wordt aangevuld.
3. Sommige zorgverzekeraars maken het voor consumenten die niet tot de doelgroep behoren niet mogelijk om een aanvullende verzekering bij hen af te sluiten. Ook een tandartsverzekering kan dan niet bij deze zorgverzekeraar worden afgesloten. Hierdoor is de betreffende basisverzekering voor die verzekerden minder interessant. De NZa

- blijft de ontwikkelingen volgen rond de aanvullende verzekeringen als sturingsinstrument voor de basisverzekering⁷.
4. Uit de enquête onder de zorgverzekeraars blijkt dat de volmachten hun marketing en acceptatiebeleid volledig zelf invullen, ondanks dat de zorgverzekeraars daar eindverantwoordelijk voor zijn. Deze handelwijze geeft volmachten veel vrijheid in verzekerdensturing. De NZa blijft de sturingsmogelijkheden van volmachten in haar toezicht volgen en heeft het voornemen om een nader onderzoek te doen bij een zorgverzekeraar die actief met volmachten werkt.
 5. Collectiviteiten mogen toegangsvoorwaarden stellen. Daarmee bieden collectiviteiten zorgverzekeraars de mogelijkheid om op risico's te selecteren. In het verleden kwamen toegangsvoorwaarden voor bij zogeheten gelegenheidscollectiviteiten (geen werkgeverscollectiviteiten: zie artikel 18 lid 5 Zvw) die door de verzekeraar of via een volmacht waren opgericht. Op dit moment zijn de NZa geen gelegenheidscollectiviteiten bekend die hier gebruik van maken, maar het risico hierop is wel aanwezig. Wij blijven dit aspect in de gaten houden.
 6. Enkele zorgverzekeraars hebben de toetsing van het acceptatiebeleid aan de Zvw niet structureel geborgd in hun processen. We zullen de zorgverzekeraars hier bij het vereveningsonderzoek in het kader van de rechtmatige uitvoering Zvw op wijzen en verzoeken om een periodieke beoordeling van het acceptatiebeleid.

3.2.2 Aanbevelingen

1. Om te zorgen dat er in de toekomst geen sprake is van ongewenste vormen van risicoselectie, is het noodzakelijk dat het risicovereveningssysteem de komende jaren blijvend verder doorontwikkeld wordt door het ministerie van VWS. Daardoor zijn specifieke groepen verzekerden niet op lange(re) termijn voorspelbaar winst- of verliesgevend, dan wel bestaat de dreiging dat eventuele huidige voordelen op termijn verdwijnen. Met een goed, actueel risicovereveningssysteem zijn er geen prikkels voor zorgverzekeraars om verzekerdenstromen te sturen. In dit kader is met ingang van 2014 in het risicovereveningsmodel voor het kenmerk 'Aard van inkomen' een hoofdklasse 'Student' ingevoerd, waardoor de aantrekkelijke aspecten van deze groep verzekerden gecorrigeerd worden.
2. Uit de beoordeling van de websites en uit signalen die de NZa heeft ontvangen blijkt dat steeds meer zorgverzekeraars kortingen toepassen op de te betalen premie en hiermee ook steeds creatiever worden. Al langer bestaande kortingen zijn bijvoorbeeld een korting op de verschuldigde premie bij betaling in één jaartermijn, welkomstkortingen voor nieuwe verzekerden of kortingen voor bestaande verzekerden die een nieuwe verzekerde aanbrengen. Er bestaat een risico dat de werking van het verbod op premiedifferentiatie hiermee wordt aangetast. Op grond van het stelsel en de strekking van de wet, in het bijzonder de parlementaire geschiedenis bij artikel 17 Zvw, hanteert de NZa al sinds het begin van de ZVW in 2006 de lijn dat kortingen op de te verschuldigde premie mogelijk zijn zolang die geen directe relatie hebben met persoonskenmerken. De NZa geeft u in overweging om te onderzoeken of het mogelijk en wenselijk is een explicietere wettelijke regeling te maken, zodat op voorhand duidelijker wordt welke type kortingen op de verschuldigde premie wel en niet wenselijk c.q. toegestaan zijn. Zoals op dit moment voor de

⁷ Aanvullende verzekeringen worden gekenmerkt door het feit dat zorgverzekeraars daarvoor een acceptatiebeleid mogen hanteren en dus toegangseisen kunnen stellen.

kortingen op de premiegrondslag, te weten het eigen risico en de collectiviteitskorting is geregeld.