

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

1232

Vragen van de leden **Van Gerven** en **Leijten** (beiden SP) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *medische selectie door zorgverzekeraars* (ingezonden 5 januari 2012).

Antwoord van minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 19 januari 2012).

Vraag 1, 2, 3, 4 en 8

Wat is uw reactie op het bericht dat 30% van de zorgverzekeraars medische selectie hanteert, wat een stijging is van 10% ten opzichte van vorig jaar?¹ Weet u inmiddels hoeveel mensen worden geweigerd voor een aanvullende verzekering, aangezien u dat in mei van 2011 nog niet wist, aldus uw antwoorden op schriftelijke vragen? Zo ja, om hoeveel mensen gaat het? Zo nee, waarom niet?²

Waarom accepteert u het dat mensen op grond van een beperking of een ziekte worden geweigerd voor een aanvullende verzekering, terwijl het verplichte basispakket steeds kleiner is geworden? Kunt u uw antwoord toelichten?

Hoe verhoudt het uitsluiten van (zieke) mensen voor een aanvullende zorgverzekering zich tot de door u zo gewenste keuzevrijheid voor mensen, wanneer dit betekent dat mensen juist geen keuze hebben?

Hoe gaat u ervoor zorgen dat zorgverzekeraars geen enkele vorm van selectie of uitsluiting kunnen toepassen op de (aanvullende) zorgverzekering, zoals medische selectie of het inschakelen van een financiële tussenpersoon?³

Antwoorden 1, 2, 3, 4 en 8

Wat betreft de basisverzekering geldt dat zorgverzekeraars wettelijk verplicht zijn om iedereen te accepteren. Ook is wettelijk bepaald dat de premie die de zorgverzekeraar voor de basisverzekering vraagt, niet mag worden afgestemd op het gezondheidsrisico of op andere kenmerken van de verzekerde. Dit geldt ook als de basisverzekering door bemiddeling van een financiële tussenpersoon tot stand komt.

Bij de aanvullende verzekering mogen verzekeraars medische selectie toepassen. Het acceptatiebeleid van een aanvullende verzekering behoort namelijk tot de eigen bevoegdheden van de verzekeraar waar ik geen inzicht

¹ <http://blog.verzekeringssite.nl/overzicht-medische-selectie-2012/>

² Antwoord op schriftelijke vragen van het lid Leijten (SP), nummer 2 653 (2011D27112)

³ <http://www.spitsnieuws.nl/archives/binnenland/2011/12/verzekeraars-selecteren>

in heb. Vanwege de Europese richtlijnen voor het schadeverzekeringsbedrijf is het niet mogelijk om medische selectie voor de aanvullende verzekering te verbieden.

Dat steeds meer zorgverzekeraars medische selectie toepassen op de aanvullende verzekering wil overigens niet zeggen dat mensen die veel zorg gebruiken geen aanvullende verzekering kunnen afsluiten of niet kunnen overstappen. Uit recent onderzoek van verzekeringssite.nl onder 47 aanvullende verzekeringen blijkt dat nog steeds voor 70 procent van de aanvullende verzekeringen geen medische selectie wordt toegepast. Dit betekent dat er nog voldoende keuzemogelijkheden zijn voor het afsluiten van een aanvullende verzekering dan wel voor het overstappen naar een andere zorgverzekeraar. Daarnaast is medische selectie voornamelijk van toepassing bij de luxere tandverzekeringen en de zeer uitgebreide aanvullende verzekeringen. Zorgverzekeraars hebben de plicht om transparante informatie te verstrekken over de toegangsvoorwaarden voor de aanvullende verzekering en over de opzegmogelijkheden voor zowel de basis als aanvullende verzekering. De Nederlandse Zorgautoriteit ziet hier op toe.

Vraag 5

Deelt u de mening dat uit de praktijk blijkt dat het winstoogmerk en de onderlinge concurrentie tussen zorgverzekeraars niet positief bijdragen aan de behandeling, het welzijn en de financiële positie van verzekerden? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 5

Nee, die mening deel ik niet. In 2006 is de Zorgverzekeringswet ingevoerd, zorgverzekeraars hebben hierbij een belangrijke rol gekregen. Zij zijn er verantwoordelijk voor om voor hun verzekerden kwalitatief goede en betaalbare zorg in te kopen. Zorgverzekeraars mogen bij de uitvoering winstbeogend zijn, in de praktijk blijkt echter dat de meeste zorgverzekeraars geen winstoogmerk hebben. Ik ben er van overtuigd dat de onderlinge concurrentie de kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg ten goede komt. Door het afbouwen van een aantal ex post compensatiemechanismen met ingang van 2012 (Sb. 2011, 654) zal de prikkel voor zorgverzekeraars om doelmatig zorg in te kopen en het volume te beheersen alleen maar toenemen, wat het welzijn en de financiële positie van de verzekerden ten goede komt.

Vraag 6 en 7

Hoe verhoudt het uitsluiten of weigeren van mensen voor een (aanvullende) zorgverzekering zich tot artikel 1 van de Grondwet dat stelt, dat allen die zich in Nederland bevinden in gelijke gevallen gelijk behandeld dienen te worden, en dus dat discriminatie is verboden?

Bent u bereid te onderzoeken of er sprake is van discriminatie en/of overtreding van artikel 1 van de Grondwet door zorgverzekeraars vanwege medische selectie op mensen voor de (aanvullende) verzekering, of door het inschakelen van een financiële tussenpersoon op de basisverzekering? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoorden 6 en 7

In artikel 1 van de Grondwet staan het gelijkheidsbeginsel en het discriminatieverbod geformuleerd. Het artikel geeft aan dat gelijke gevallen gelijk behandeld dienen te worden (gelijkheidsbeginsel) en dat discriminatie op grond van godsdienst, levensovertuiging, politieke gezindheid, ras, geslacht of op welke grond dan ook niet is toegestaan (discriminatieverbod).

Zoals ik in mijn antwoord op de vragen 1, 2, 3, 4 en 8 heb aangegeven zijn zorgverzekeraars wettelijk verplicht om iedereen te accepteren voor de basisverzekering en mag de premie niet worden afgestemd op het gezondheidsrisico of andere kenmerken van de verzekerde. Ook als de basisverzekering tot stand is gekomen door bemiddeling van een financiële tussenpersoon. Daarmee zorgt de overheid ervoor dat de zorg uit de basisverzekering voor een ieder betaalbaar, toegankelijk en van goede kwaliteit is.

Voor de aanvullende verzekering geldt geen acceptatieplicht en is premiedifferentiatie toegestaan. Het staat verzekeraars vrij – evenals bij alle andere private verzekeringen – om aan de hand van verschillen in het risicoprofiel te differentiëren in premie en acceptatiebeleid. Het gaat hierbij niet om ongelijke

behandeling van gelijke gevallen. Strijd met artikel 1 van de Grondwet is dan ook niet aan de orde.