

Vergaderjaar 2011–2012

**29 689**

## **Herziening Zorgstelsel**

**Nr. 405**

### **BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 28 juni 2012

Op 7 juni jongstleden heb ik het rapport van de commissie Evaluatie Risicoverevening Zvw (ook wel: commissie Don) over de risicoverevening ontvangen en direct aan u toegestuurd (Tweede Kamer vergaderjaar 2011–2012, 29 689, nr. 391). Deze onafhankelijke commissie had tot taak mij van advies te dienen over de vraag of het risicovereveningssysteem van de Zorgverzekeringswet aan zijn beleidsdoel voldoet, te weten het compenseren voor gezondheidsverschillen in verzekerdportefeuilles en het daardoor creëren van een gelijk speelveld voor verzekeraars. Ik heb uw Kamer met mijn brief van 8 november 2011 (Tweede Kamer vergaderjaar 2011–2012, 29 689, nr. 363) hierover geïnformeerd. Bijgaand treft u conform mijn toezegging (Tweede Kamer vergaderjaar 2011–2012, nr. 388), mijn standpunt aan over dit rapport en de aanbevelingen.

Ik heb de commissie op uw verzoek gevraagd om expliciet in te gaan op een aantal vragen. De commissie heeft deze vragen in haar rapport beantwoord.

De commissie heeft in een aantal maanden tijd een analyse gedaan van het risicovereveningssysteem. Daarbij hebben zij de relatie met risicoselectie expliciet gelegd.

*Spanningsveld gelijke speelveld, prikkels voor doelmatigheid en voorkomen van risicoselectie*

Voordat ik op de bevindingen en aanbevelingen van de commissie inga, wil ik ingaan op de relatie die de commissie legt tussen de risicoverevening en risicoselectie. Het risicovereveningssysteem heeft in eerste instantie als doel het creëren van een gelijk speelveld voor verzekeraars. In de vormgeving van de risicoverevening moet rekening worden gehouden met een tweede doel, namelijk het bevorderen van de doelmatigheid van verzekeraars. Risicoverevening heeft niet primair tot doel risicoselectie te voorkomen. De Zorgverzekeringswet legt verzekeraars een acceptatieplicht op en een verbod op premiedifferentiatie naar

verzekerdenkenmerken. Door de wettelijke acceptatieplicht wordt directe risicoselectie uitgesloten. Echter, omdat voor alle verzekerden met eenzelfde polis een gelijke nominale premie moet worden geheven, is er een prikkel tot indirecte risicoselectie. Immers als de premie per verzekerde niet aangepast kan worden aan het bijbehorende risicoprofiel van de verzekerde, leidt een zorgverzekeraar verlies op verzekerden met een ongunstig risicoprofiel. Dit kan ertoe leiden dat zorgverzekeraars, ondanks de acceptatieplicht, zullen trachten ongezonde verzekerden te mijden. Zorgverzekeraars moeten worden gecompenseerd voor voorspelbaar verliesgevende en winstgevende verzekerden. Als zorgverzekeraars niet voldoende worden gecompenseerd voor voorspelbaar verliesgevende verzekerden dan wel worden overgecompenseerd waardoor er voorspelbaar winstgevende verzekerden ontstaan, dan ontstaat een prikkel tot risicoselectie.

Deze vanuit het oogpunt van toegankelijkheid ongewenste prikkel tot (indirecte) risicoselectie wordt gemitigeerd door een systeem van risicoverevening. Er is dus zeker een relatie tussen de kwaliteit van het risicovereveningssysteem en prikkels voor risicoselectie. De commissie wijst echter terecht op het spanningsveld tussen het doel van het gelijke speelveld, de prikkels voor doelmatigheid en het voorkomen van risicoselectie. Ik verantwoord mij daarom jaarlijks over de keuzes die gemaakt zijn in de vaststelling van het ex ante deel en het ex post deel van het risicovereveningssysteem. In de jaren voor invoering van de Zorgverzekeringswet was de risicoverevening vooral gericht op het gelijke speelveld tussen ziekenfondsen. Vanaf 2006 is het accent in de ontwikkeling van het risicovereveningssysteem verlegd naar het stimuleren van verzekeraars tot inkoop van doelmatige zorg. Ik heb hier vorig jaar forse stappen in gezet, door de afbouw van ex post compensatiemechanismen, in het bijzonder de afschaffing van de macrona calculatie. Ik heb ook de indruk dat deze stappen hun vruchten afwerpen. Met het rapport van de commissie Don wordt de aandacht verlegd op het mitigeren van de prikkel tot risicoselectie. Ik herken deze accentverschuiving in de verdere ontwikkeling van het risicovereveningssysteem. Deze accentverschuiving moet, zoals gezegd, wel plaats vinden binnen de voorwaarden die «het behouden van gelijke speelveld» en «bevorderen van de doelmatigheid» aan het risicovereveningssysteem stellen.

### **Reactie op de bevindingen van de commissie**

#### *Geen doelbewuste risicoselectie*

De constatering door de commissie dat er geen doelbewuste strategieën van verzekeraars zijn om tot risicoselectie over te gaan, vind ik van groot belang. En ook belangrijk is dat er geen aanwijzingen zijn dat verzekeraars op grote schaal groepen verzekerden ontmoedigen zich bij hen te verzekeren, ook die waarop wellicht verlies zou worden geleden. Ik had dit al eerder vernomen. Het bleek ook al uit onderzoeken van de NZa. Maar het is goed dat ook de commissie dit nog eens goed heeft bekeken en ook constateert. Dit sterkt mij in mijn mening dat het Nederlandse risicovereveningssysteem goed functioneert.

De commissie heeft twee uitzonderingen aangetroffen op de constatering dat een marketingbeleid met doelgroepenpolissen niet schadelijk hoeft te zijn. De eerste betreft een budgetpolis met de mogelijkheid van tussentijds opzeggen. De commissie vindt deze ongeclausuleerde tussentijdse opzegmogelijkheid een verkapte methode om het risico op het ontstaan van schade op de concurrenten af te wentelen. De tweede uitzondering betreft het via tussenpersonen op de markt zetten van gesloten collectiviteiten die uitsluitend toegankelijk zijn voor aantrekkelijke verzekerden

zoals studenten en hoogopgeleiden. Beide marketingpraktijken acht de commissie onwenselijk.

Ik kom op de doelgroepenpolis en het dagelijks opzeggen bij mijn reactie op de aanbevelingen Zorgverzekeringswet terug.

#### *Voorspelbare winsten en verliezen ondanks risicoverevening*

Tegelijkertijd constateert de commissie dat er groepen verzekerden zijn, waarop voorspelbaar verlies of winst kan worden geleden. Identificatie van deze groepen door verzekeraars is vooral voor de korte termijn mogelijk; de informatie die verzekeraars verzamelen geeft op langere termijn minder inzicht in mogelijke winst of verlies. De commissie is van mening dat deze identificatie op termijn de beoogde solidariteit in het verzekeringsstelsel kan ondermijnen. Ik ben het eens met de commissie dat dit ongewenst is, maar verwacht met de continue aandacht die ik heb voor de ontwikkelingen op de zorgverzekeringsmarkt en voor verbetering van het risicovereveningssysteem dat dit risico klein is.

Dat er groepen verzekerden zijn waarop verzekeraars winst of verlies maken, verbaast mij niet. Uit onderzoek is dit meermalen naar voren gekomen. Er is dus een prikkel voor zorgverzekeraars tot risicoselectie. Deze groepen moeten echter wel identificeerbaar zijn voor verzekeraars. De commissie ziet ook tal van mogelijkheden voor risicoselectie en geeft daarom aan dat het van groot belang is om te blijven monitoren hoe de markt zich ontwikkelt en daarop in te spelen. Dit heb ik de afgelopen jaren ook gedaan. En ik ben continu bezig geweest met het inspelen op ontwikkelingen en aanpassen van de regelgeving. Tot nu toe heeft het bestaan van dergelijke groepen verzekerden dan ook geen problemen opgeleverd. De commissie geeft voor de komende jaren een aantal aangrijpingspunten waarmee voorkomen kan worden dat de prikkels voor risicoselectie in de toekomst toenemen. De commissie onderscheidt maatregelen op het terrein van de risicoverevening en andere maatregelen. Dit sluit aan bij mijn eerdere opmerking dat een goed risicovereveningssysteem niet het enige middel is om risicoselectie tegen te gaan.

Ook wil ik benadrukken dat een belangrijke prikkel om risicoselectie te voorkomen zal liggen in de reputatie die een verzekeraar heeft en wil hebben. Het ontzeggen van een verzekering aan bepaalde verzekerden, is niet alleen tegen de wet. Het levert ook grote reputatieschade op als een verzekeraar dat doet. Ik ga er dan ook van uit dat dit ook een belangrijke bijdrage levert aan het voorkomen van risicoselectie, maar op zichzelf niet voldoende is om risicoselectie te voorkomen.

#### **Reactie op de aanbevelingen aanpassingen risicovereveningssysteem**

Een adequaat model van risicoverevening is een belangrijk fundament onder de Zorgverzekeringswet. Door de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie in de Zorgverzekeringswet kan zonder aanvullend beleid het gelijke speelveld tussen zorgverzekeraars aangetast worden. Door de risicoverevening worden zorgverzekeraars gecompenseerd voor kosten die samenhangen met de gezondheidstoestand van hun verzekerdenpopulatie en wordt het gelijke speelveld geborgd. Van jaar op jaar wordt gewerkt aan het op peil houden en waar mogelijk verbeteren van de kwaliteit van het ex ante risicovereveningsmodel. De kwaliteit van het ex ante model heeft het mogelijk gemaakt om in 2012 een aanzienlijke stap te kunnen zetten in het afbouwen van de ex post compensaties. Dat neemt niet weg dat een duurzaam goede werking van het risicovereve-

ningssysteem vereist dat voortdurend wordt gezocht naar verdere jaarlijkse verbeteringen van het ex ante systeem, teneinde de prikkels tot risicoselectie voor verzekeraars te minimaliseren.

#### *Aanbevelingen over concrete verbeteringen ex ante risicovereveningsmodel*

De commissie constateert dat verbeteringen aan het risicovereveningsmodel wenselijk en mogelijk zijn. De commissie doet een aantal concrete aanbevelingen. U ontvangt voor het algemeen overleg van 3 juli aanstaande een brief waarin wordt ingegaan op het ex ante vereveningsmodel voor 2013 (Kamerstuk 29 689, nr. 403). De aanbevelingen die de commissie doet over het introduceren van een vereveningscriterium op basis van AWBZ-indicaties, een vereveningscriterium gebaseerd op hulpmiddelengebruik en een aanpassing van het vereveningscriterium gebaseerd op diagnose-informatie (DKGs), zullen in die brief worden behandeld.

Er is in het verleden gekeken naar een manier waarop verzekerden met een beperkt zorggebruik, zeer gezonde verzekerden, expliciet in het risicovereveningssysteem zouden kunnen worden opgenomen. Dit zou bijvoorbeeld mogelijk zijn door de introductie van een criterium «meerjarige lage kosten» (MLK), zoals de commissie ook aanbeveelt. Hiernaar is een aantal jaren geleden onderzoek gedaan en het bleek dat aan zo'n criterium een aantal nadelen kleefden. MLK leidt tot een negatieve prikkel voor kostenbeheersing en preventie. Verzekeraars zouden namelijk een afslag krijgen opgelegd wanneer hun verzekerden in goede gezondheid verkeren en dus meerjarig geen tot zeer lage kosten hebben. Er zouden drempelbedragen gehanteerd moeten worden die relatief laag zijn. Hierdoor ontstaat de perverse prikkel om ervoor te zorgen dat verzekerden kosten maken. Een ander nadeel is dat deze groep niet stabiel is af te bakenen. Bovendien wordt het systeem van premiekortingen bij het hebben van een vrijwillig eigen risico uitgehold. Ik ben dan ook niet voornemens nogmaals onderzoek naar dit criterium te doen.

Ik ben me, mede door de constatering van de commissie, er wel van bewust dat op de groep gezonde verzekerden mogelijk voorspelbare winsten zouden kunnen worden gemaakt. Aangezien MLK geen goede optie is, kan gekeken worden naar de andere concrete verbeteringen die de commissie aanbeveelt, namelijk de introductie van «student» of «opleiding»<sup>1</sup>. De commissie schetst het dilemma over het opnemen van niet gezondheidsgerelateerde vereveningscriteria versus andere factoren die het zorggebruik beïnvloeden. Eigenlijk zouden criteria die in het risicovereveningssysteem worden gehanteerd alleen gezondheidsgerelateerd moeten zijn. Dit is theoretisch een juiste keuze, maar praktisch moeilijk vorm te geven. Bij de criteria «student» en «opleiding» speelt voor mij de vraag of dergelijke criteria gezondheidsgerelateerd zijn. Daarnaast moet ik ook oog hebben voor de uitvoeringstechnische aspecten.

Ik wil bekijken of het criterium «student» een geschikt criterium is om op te nemen in het risicovereveningssysteem. Hierbij zal ik zowel aandacht besteden aan de principiële vraag in hoeverre dit criterium als gezondheidsgerelateerd is te beschouwen als de mogelijkheden om deze groep objectief te identificeren. Ik ben voornemens om nader onderzoek te doen naar een mogelijke introductie van een dergelijk criterium. Voor het criterium «opleiding» is de uitvoeringstechnische kant echter een bottle-neck. Er is geen eenduidige informatie over de opleiding van iedere Nederlander beschikbaar<sup>2</sup>. Ik ben dan ook niet voornemens onderzoek te doen naar een introductie van het criterium «opleiding».

<sup>1</sup> In het rapport worden ook nog buitenlandse verzekerden, zoals seizoensarbeiders, genoemd als groep die mogelijk voorspelbare winsten oplevert. De commissie doet hierover geen aanbevelingen.

<sup>2</sup> Zie oa. pagina 16 van bij het advies gevoegde onderzoek van SEO.

### *Aanbevelingen introductie ex post compensaties*

De commissie geeft ter overweging mee om als alternatief voor oplossingen in het ex ante vereveningsmodel om voorspelbare winsten en verliezen te voorkomen, bepaalde ex post compensaties toe te passen. De introductie van nieuwe ex post compensaties heeft zeker niet mijn voorkeur. Dergelijke compensaties verminderen de prikkels voor inkoop van doelmatige zorg door verzekeraars. Ook voor zwangeren en geboortegevende verzekerden kan doelmatige zorg ingekocht worden door verzekeraars.

De introductie van een hoge kosten compensatie achteraf is volgens mij een stap terug in de ontwikkeling van het risicovereveningssysteem. Met de introductie van het criterium «meerjarig hoge kosten» (MHK), in het vereveningsmodel 2012, is het voorspelbare verlies voor verzekerden met meerjarig de hoogste kosten danig beperkt. De maximale vergoeding binnen de MHK is € 65 000. Er blijft een zeer beperkte groep (circa 0,002 procent van de verzekerden heeft kosten van meer dan € 65 000) over met zeer hoge kosten. Voor hen zal de vereveningsbijdrage naar verwachting lager zijn dan de feitelijke kosten. Bij de introductie van het criterium MHK heb ik aandacht besteed aan deze groep. Er is toen geconstateerd dat het niet mogelijk is om hiervoor een voorziening te treffen in het ex ante model. Ook is toen geconstateerd dat dergelijke verzekerden niet schief verdeeld zijn over verzekeraars. De meerkosten voor deze groep zie ik als verzekeraarsrisico.

### **Reactie op de aanbevelingen Zorgverzekeringswet**

#### *Risicoselectie door tussentijds opzeggen zorgverzekering*

De Commissie heeft opgemerkt dat zij de mogelijkheid van het tussentijds opzeggen van een verzekering in de loop van een kalenderjaar onwenselijk acht, vanwege het risico op kostenafwenteling. Een verzekeraar heeft een acceptatieplicht en moet bij een overschrijving accepteren dat de kosten meekomen met de betreffende verzekerde. Hierover heb ik eerder<sup>1</sup> het standpunt ingenomen dat het tussentijds opzeggen voldoet aan de eisen die in het Burgerlijk Wetboek worden gesteld. Daarnaast heeft de NZa tot op heden geen signalen ontvangen dat er sprake is van afwenteling.

Er is echter nog een andere reden waarom dit punt mijn aandacht heeft. In het licht van de opsporing van verzekeringsplichtige onverzekerden merk ik op dat deze mogelijkheid van tussentijds opzeggen wel tot ongewenste effecten kan leiden. Immers, op deze manier kan een verzekeringsplichtige verzekerde op elk moment opzeggen en gedurende een periode van drie tot maximaal zes maanden onverzekerd zijn. Ik ga bezien op welke wijze ik deze ongewenste situatie kan voorkomen.

#### *Risicoselectie via gesloten collectiviteiten*

De commissie heeft daarnaast opgemerkt dat zij het onwenselijk acht dat een verzekeraar via een tussenpersoon zelf collectiviteiten kan vormen, om zo de acceptatieplicht te omzeilen. Ten aanzien van collectiviteiten heb ik uw Kamer regelmatig op de hoogte gesteld van mijn standpunten. In een eerdere reactie op kamervragen<sup>1</sup> over collectiviteiten als Besured en Promovendum, heb ik aangegeven dat ik het van belang vind om te weten of een grootscheeps gebruik van doelgroepcollectiviteiten, afbreuk doet aan de toegankelijkheid van de zorgverzekering. Om die reden heb ik de NZa gevraagd hieraan expliciet aandacht te besteden. De NZa geeft in haar toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zorgverzekeringswet in

<sup>1</sup> Kamervragen 18 januari 2012; Aangangsel Handelingen II, 2011/12, nr. 1142.

2012 dan ook extra aandacht aan de naleving van de acceptatieplicht en de toepassingen van risicoselectie.

## **Reactie op de aanbevelingen procedurele en institutionele verbetermogelijkheden**

### *Alternatieve vormgeving risicovereveningsmodel*

De suggestie van de commissie om in de eerste fase een zo volledig en sterk mogelijk verklarend vereveningsmodel te schatten, waarna in de tweede fase wordt besloten welke variabelen moeten worden opgenomen, klinkt op zich interessant. Maar het Nederlandse risico-vereveningssysteem wordt als (een van) de beste van de wereld gezien<sup>1</sup>. Het Nederlandse systeem is al zeer volledig, veel van de verklarende variabelen zijn al opgenomen. Een dergelijke nieuwe aanpak lijkt mij daarom niet nodig. De institutionele inbedding en de technische mogelijkheden, zowel uitvoeringstechnische aspecten als onderzoeksmogelijkheden, zouden daarop ook moeten worden aangepast. Natuurlijk zal ik continu bekijken welke aanpassingen nodig en mogelijk zijn. En ben ik alert op signalen uit de wereld van de zorg en van de wetenschap. Maar ik ben niet voornemens de wijze waarop de vormgeving van en besluitvorming over het risicovereveningssysteem nu plaatsvindt, aan te passen.

### *Beter onderscheid technische advisering en raadpleging van belanghebbenden*

De commissie beveelt aan om een duidelijk onderscheid aan te brengen tussen technische advisering en raadpleging van belanghebbenden. Met de invoering van aanbevelingen uit eerder onderzoek van PwC op dit vlak ben ik van mening dat dit onderscheid de laatste jaren voldoende is gemaakt. De WOR (werkgroep ontwikkeling risicoverevening) adviseert over de technische aspecten van het ex ante vereveningsmodel. Daarnaast is er een bestuurlijk traject, waarin de beleidsmatige en uitvoeringstechnische aspecten en de inbreng van belanghebbenden wordt behandeld. Ik verwijs u hiervoor naar de rapportage van PwC die ik u eerder heb toegestuurd (Tweede Kamer, vergaderjaar 2011–2012, nr. 380).

### *Betrekken patiëntenorganisaties bij besluitvorming risicovereveningssysteem*

Het betrekken van de patiëntenorganisaties is tot nu toe niet gebeurd, met name vanwege het technische karakter van de risicoverevening. Vanwege de relatie tussen risicoverevening en risicoselectie van verzekeren, doet de commissie de aanbeveling te kijken hoe de patiëntenorganisaties betrokken kunnen worden bij de risicoverevening. Ik zal mij daarover buigen en in overleg treden met de patiëntenorganisaties.

### *Gebruik signalen risicoselectie bij verbeteren risicovereveningssysteem*

Alert zijn op signalen van risicoselectie is een aanbeveling zie ik als een ondersteuning van mijn beleid en neem dan ik ook zeker over. Zoals ik reeds heb aangegeven besteedt de NZa in 2012 extra aandacht aan risicoselectie. Eventuele signalen hoeven echter niet direct te leiden tot aanpassingen in het risicovereveningssysteem. Zoals ik hiervoor heb aangegeven, zal steeds gekeken moeten worden of de risicoverevening daarvoor het geschikte middel is, of dat wellicht andere maatregelen nodig zijn. Aanvullend op de signalen van de NZa is het interessant om bepaalde groepen verzekeren specifiek te onderzoeken. Dit gebeurt nu al door VWS of door onafhankelijke onderzoekers.

---

<sup>1</sup> De Nederlandse hoogleraar Wynand van de Ven in Zorgvisie: «Het Nederlandse systeem is wereldtop, maar het is nog niet goed genoeg». De directeur van ZN, Pieter Hasekamp, op Skipr: «Het belang van een goede risicoverevening wordt breed erkend en Nederland heeft dan ook een in internationaal perspectief zeer geavanceerd vereveningssysteem»



Signalen over verliezen en winsten uit onafhankelijke onderzoeken of onderzoeken in WOR-verband worden reeds gebruikt om gericht factoren te identificeren waarmee het risicovereveningsmodel verbeterd kan worden.

*Maak werking en kwaliteit vereveningsmodel toegankelijk en begrijpelijk*

De voorspelkracht en kwaliteit van het risicovereveningsmodel wordt inderdaad in vrij moeilijke begrippen, zoals R-kwadraat en GGAA, gepresenteerd. Ik heb de laatste tijd al ingezet op verduidelijk voor niet-statistici, en zal daar ook mee doorgaan.

## **Reactie op de aanbevelingen toezicht en transparantie in de markt**

*Toezicht zorgcontractering richten op transparantie en zorgplicht*

Over de suggestie van de commissie dat de NZa ook zou moeten letten op ongewenste ontwikkelingen in de zorgcontractering, waardoor er een negatieve selectie van verzekerdersgroepen plaats vindt, zal ik met de NZa in overleg treden.

De commissie wijst op de mogelijkheid dat zorgverzekeraars om verliesgevendende groepen kwijt te raken mogelijk minder zorg of zorg van suboptimale kwaliteit zullen inkopen. De commissie doet daarom de suggestie om de NZa in haar toezicht op de zorgcontractering specifiek te laten letten op het feit of selectieve zorginkoop door zorgverzekeraars voldoende transparant is en of daar ongewenste ontwikkelingen optreden. In reactie daarop wil ik aangeven dat de wijze waarop zorgverzekeraars zorg inkopen hun eigen verantwoordelijkheid is, mits de zorgplicht wordt nageleefd. Naleving van de zorgplicht houdt in dat wordt geborgd dat kwalitatieve, bereikbare en tijdige zorg wordt geleverd en dat de zorg tijdig en voor de juiste hoeveelheid wordt vergoed. De NZa heeft de taak om toe te zien op deze borging, kan een analyse geven van de zorginkoop en kan handhavend optreden.

*Inzicht geven in zorgkwaliteit van polissen*

Een andere suggestie is dat verzekeraars de zorgkwaliteit in hun contractportfolio inzichtelijk moeten maken. Het is van belang dat zorgverzekeraars de criteria op basis waarvan zij zorg inkopen transparant maken. Ik ondersteun deze suggestie en ik zie dat verzekeraars dit ook willen doen en hier reeds stappen in zetten. Zorgverzekeraars publiceren hun zorginkoopbeleid en overwegingen voor kwaliteitscriteria die een rol spelen bij contractering steeds vaker op een meer toegankelijke wijze op hun websites, zodat ook hun verzekerden hiervan kennis kunnen nemen. Er is echter nog niet altijd voldoende kwaliteitsinformatie over het zorgaanbod beschikbaar. Meer inzicht in de kwaliteit van zorg is noodzakelijk. Ik verwacht dat hierin het Kwaliteitsinstituut ook een belangrijke rol gaat spelen.

Voorts houdt de NZa toezicht op een transparante informatieverstrekking door de zorgverzekeraar, dat wil zeggen dat de verzekeraar duidelijke informatie aan zijn verzekerden moet verstrekken over het gecontracteerde zorgaanbod. Een aandachtspunt daarbij is dat de contractering van zorgaanbieders nu deels pas plaats vindt na aanvang van het polisjaar, waardoor verzekerden bij het afsluiten van hun polis nog onvoldoende inzicht hebben in het gecontracteerde zorgaanbod. Een versnelling van de contractering en helderheid over de gesloten contracten is een breed gedeelde wens binnen de zorg. Ik heb in mijn brief d.d. 26 maart 2012<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Brief d.d. 26 maart 2012 aan de TK (Kamerstuk 29 689, nr. 383)

aangekondigd hierin stappen te willen zetten. In deze brief heb ik een wijziging van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet aangekondigd, zodat verzekeraars voor in natura verzekerde zorg, in volledige vrijheid de hoogte van de vergoeding vast kunnen stellen indien een verzekerde naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder is gegaan. Deze vergoeding kan ook nul zijn. Een voorwaarde daarbij is dat het voor de verzekerde, op het moment waarop hij zijn zorgverzekering sluit of verlengt, duidelijk is welke zorgaanbieders zijn verzekeraar heeft gecontracteerd.

### **Specifieke opmerking**

Afsluitend wil ik nog een specifieke opmerking maken over de inhoud van het rapport. Ten aanzien van het overstappen chronisch zieken geeft de commissie aan dat deze groep vaak niet durft over te stappen, omdat ze bang zijn niet geaccepteerd te worden voor de aanvullende verzekeringen. De commissie geeft aan dat verzekeraars in de toekomst mogelijk vaker medische selectie voor de aanvullende verzekering zullen gaan toepassen, waardoor ook informele selectie op de basisverzekering kan plaatsvinden. Voor de aanvullende verzekering mogen zorgverzekeraars inderdaad medische selectie toepassen of een gezondheidsverklaring vragen. Dit wordt tot op heden echter maar beperkt door zorgverzekeraars toegepast en is voornamelijk het geval bij tandpakketten en de zeer uitgebreide pakketten. Uit onderzoek<sup>1</sup> blijkt dat 70 procent van de verzekeraars geen medische selectie toepast voor de aanvullende verzekeringen. Op dit moment is er dus nog voldoende vrije keuze. Daarmee zijn er volgens mij voldoende mogelijkheden om over te stappen, ook voor de aanvullende verzekering. Ik zal blijven monitoren hoe de markt van de aanvullende verzekeringen zich ontwikkelt. Ten overvloede merk ik nog op dat voor de basisverzekering dergelijke eisen niet mogen worden gesteld en dat daar een acceptatieplicht geldt.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
E. I. Schippers

---

<sup>1</sup> Verzekeringssite.nl d.d. 27 december 2011