

Vergaderjaar 2006–2007

**30 668**

## **Wijziging van de Zorgverzekeringswet in verband met stroomlijning van de bepalingen inzake opzegging van de zorgverzekering bij wijziging van de grondslag van de premie**

**Nr. 15**

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 9 oktober 2006

Tijdens het debat dat op 3 oktober in uw Kamer plaatsvond over het wetsvoorstel houdende wijziging van de Zorgverzekeringswet (Zvw) in verband met stroomlijning van de bepalingen inzake opzegging van de zorgverzekering bij wijziging van de grondslag van de premie (Kamerstukken II, 2005/06, 30 668), heb ik aangekondigd u schriftelijk mijn oordeel te zullen geven over enkele amendementen, en heb ik bovendien op een aantal punten nadere informatie toegezegd. Ik moge allereerst mijn oordeel bij de tot nu toe ingediende amendementen geven.

Nr. 7 van de leden Bos en Rouvoet over no-claimteruggave	Ik ontraad dit amendement
Nr. 8 van het lid Heemskerk over opzegtermijn	Ik ontraad dit amendement
Nr. 9 van de leden Halsema en Vendrik over no-claimteruggave	Ik ontraad dit amendement
Nr. 10 van het lid Kant over machtigingen	Ik ontraad dit amendement
Nr. 11 van de leden en Omtzigt en Schippers over opzegtermijn	Ik ontraad dit amendement <sup>1</sup>
Nr. 12 van het lid Kant over opzegging na 1 november	Ik heb geen bezwaar tegen dit amendement

<sup>1</sup> In paragraaf 1 van deze brief licht ik toe dat ik met een gewijzigd amendement kan instemmen.

#### **1. Amendementen Heemskerk (nr. 8) en Omtzigt-Schippers (nr. 11)**

Zowel het amendement Heemskerk (nr. 8) als het amendement Omtzigt-Schippers (nr. 11) strekken ertoe de termijn te verlengen die de verzekerde heeft voor de oriëntatie op een nieuwe verzekering, alvorens hij moet besluiten bij de huidige verzekeraar te blijven dan wel op te zeggen. Het amendement Omtzigt-Schippers beoogt dat te realiseren door de verzekerde extra tijd te geven aan de «voorkant», door ervoor te zorgen dat de verzekerde in ieder geval vanaf medio november op de hoogte is van de nieuwe premiegrondslag. Het amendement Heemskerk geeft de verzekerde aan de «achterkant» extra tijd door de voor de opzegging beschikbare tijd met een maand te verlengen.

Ik ben van oordeel dat de in het wetsvoorstel aan de verzekerde geboden

tijd eigenlijk volstaat. Dat ik beide amendementen heb ontraden impliceert echter niet dat ik onwelwillend sta tegenover het met die amendementen beoogde doel. Mijn bezwaren tegen deze amendementen zien vooral op de uitvoeringsconsequenties van de voorgestelde vormgeving. Bij het amendement Heemskerk zijn dat onder andere de administratieve lasten die als gevolg van verrekeningen van schade tussen zorgverzekeraars ontstaan. Bij het amendement Omtzigt-Schippers zijn het de nadelige effecten op een zorgvuldige vaststelling van de vereveningsbijdrage, die de positieve kanten van het amendement overschaduwden. Daarnaast kom ik tot de conclusie dat een elektronische mededeling van wijziging in de premiegrondslag niet goed in de plaats kan komen van een schriftelijke mededeling. In de bijlage bij deze brief ga ik op deze uitvoeringsconsequenties uitgebreid in.

Tegen een aanpak die recht doet aan de bedoeling van genoemde amendementen, waarbij die consequenties zich niet zouden voordoen, zou ik geen bezwaar hebben.

Een dergelijke aanpak zou kunnen inhouden dat een elektronische mededeling van wijziging in de premiegrondslag *niet in de plaats* zou komen van een schriftelijke mededeling, maar als *aanvullende* eis wordt gesteld. Deze aanvullende eis zou dan inhouden dat wijziging van de premiegrondslag alleen in werking kan treden, indien deze wijziging uiterlijk op de 15e van de tweede maand voorafgaande aan de maand van de beoogde inwerkingtreding elektronisch bekend is gemaakt op een website. De verzekerde kan dan via het internet vanaf 15 november inzicht krijgen in de premiegrondslagen van alle verzekeraars, en zich op basis daarvan desgewenst reeds oriënteren. De vergelijkingssites kunnen vanaf dat moment worden gevuld. Dat maakt de markt transparanter, en daar heeft de consument belang bij. Als de eis dat de wijziging voor 1 december ook schriftelijk wordt medegedeeld daarnaast gehandhaafd blijft, zou het met de genoemde amendementen beoogde doel ook kunnen worden bereikt zonder dat daaraan de door mij genoemde tekortkomingen aan verbonden zijn. Een aanpassing in deze zin van het amendement Omtzigt-Schippers kan dan ook op mijn instemming rekenen.

## **2. Amendement Kant (nr. 10)**

Dit amendement regelt, naar het model van artikel 2.5.3 van de Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet, dat lopende machtigingen, verwijzingen en recepten hun geldigheid behouden bij een overstap naar een nieuwe zorgverzekeraar. Tijdens het debat kwam de vraag op hoe dit amendement zich verhoudt tot artikel 34 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).

Gezien de tekst van het laatstgenoemd artikel, en de daarop door de heer Omtzigt als indiener gegeven toelichting<sup>1</sup>, ga ik er van uit dat artikel 34 Wmg waarborgt dat de formulieren en procedures waarmee de toestemming wordt gevraagd, bij alle verzekeraars gelijk zijn. Uit wettekst en toelichting blijkt niet, dat een (volgens een geharmoniseerd formulier) verkregen toestemming van verzekeraar a ook voor verzekeraar b moet gelden, al zal de facto het geharmoniseerde formulier daar wel vaker toe leiden. Artikel 34 Wmg leidt er veeleer toe, dat voor de nieuwe toestemmingsaanvraag bij zorgverzekeraar b het oude formulier kan worden gebruikt. Dat hoeft niet opnieuw te worden ingevuld. Daaruit vloeit echter niet voort dat dit dan automatisch tot een toestemming, maar nu van zorgverzekeraar b, moet leiden.

Ik zou dat ook ongewenst vinden, gelet op de bewegingsruimte en flexibiliteit die de Zvw – teneinde bij te dragen aan een efficiënt werkend systeem van gezondheidszorg – beoogt te bieden aan zorgverzekeraars en verzekerden. Het amendement zou onder andere tot de merkwaardige situatie kunnen leiden dat overstappers-met-toestemming-van-hun-oude-

---

<sup>1</sup> Kamerstukken II, 2005/06, 30 186, nr. 40, en Handelingen II 53–3455/56-3641.

zorgverzekeraar de zorg wel krijgen of, indien het gaat om een verschil in gecontracteerde zorgaanbieders, de zorg wel 100% vergoed krijgen, terwijl mensen die altijd al bij zorgverzekeraar b zaten de zorg niet krijgen, dan wel het risico lopen de rekening slechts gedeeltelijk vergoed te krijgen. Nieuwe klanten zouden door het amendement dus voordeliger moeten worden behandeld dan vaste klanten.

Ten slotte meen ik dat voor het treffen van een dergelijke wettelijke regeling de noodzaak daartoe moet zijn gebleken of voorzienbaar moet zijn. Als zich een probleem voordoet, dan heeft het mijn voorkeur dat de verzekeraars dat in overleg oplossen, zoals in het geval van het protocol dat door verzekeraars wordt ontwikkeld, waarin onderlinge afspraken worden vastgelegd over het gebruik van hulpmiddelen in het geval de verzekerde van verzekeraar wisselt. Ik ontraad dan ook dit amendement.

### **3. Opzegmogelijkheden en -termijnen van aanvullende zorgverzekeringen en amendement Kant (nr. 12)**

Op de opzegtermijnen van de aanvullende zorgverzekeringen is het algemene verzekeringsrecht van het BW van toepassing. Artikel 7:940 BW bevat de regels voor opzegging van een verzekering. Het eerste lid van dat artikel leidt ertoe dat een verzekering in ieder geval tegen het einde van een verzekeringsperiode kan worden opgezegd. Dus ook als de verzekeraar geen wijzigingen in de polis zal aanbrengen. Daarbij moet dan wel een termijn van twee maanden in acht worden genomen. Als in de polis van een aanvullende zorgverzekering staat, dat deze, ongeacht de reden, voor 1 november door de verzekeringnemer tegen 1 januari van het daaropvolgende jaar kan worden opgezegd, strookt deze polis derhalve met het algemene verzekeringsrecht.

Daarnaast bevat artikel 7:940, vierde lid, BW, de regel dat een verzekering kan worden opgezegd als een verzekeraar de verzekeringnemer een voorname tot verslechtering van de polisvoorwaarden heeft medegedeeld. De opzegging geldt dan tegen de datum waarop de verslechtering plaatsvindt en er kan ook tot die datum worden opgezegd<sup>1</sup>. De heer Omtzigt kan ik dus mededelen, dat een op 1 november of 15 november aan de verzekeringnemer bekend gemaakte verslechtering van de polisvoorwaarden voor een aanvullende verzekering, de verzekeringnemer tot en met 31 december het recht geeft deze verzekering met ingang van 1 januari op te zeggen.

De opzegmogelijkheden in de aanvullende verzekeringen lopen daarmee parallel met die van de zorgverzekering, nadat althans voorliggend wetsvoorstel zal zijn aangenomen: geen wijziging ten nadele, dan moet voor 1 november zijn opgezegd; wel een wijziging ten nadele, dan kan tot 1 januari worden opgezegd.

Er kan echter een discrepantie ontstaan als de verzekeraar de voorwaarden van de ene verzekering gelijk houdt, en die van de andere ten nadele wijzigt. Als de verzekeraar (tijdig, d.w.z. voor 1 december) een per 1 januari beoogde verslechtering van de zorgverzekeringsvoorwaarden aankondigt en de polisvoorwaarden voor de aanvullende verzekering niet wijzigt, kan de zorgverzekering, nadat voorliggend wetsvoorstel in werking is getreden, tot 1 januari worden opgezegd, terwijl de aanvullende verzekering, als dat althans in de polisvoorwaarden staat, voor 1 november moet zijn opgezegd. Het gevolg hiervan kan zijn dat iemand die wegens de verslechtering van de zorgverzekeringsvoorwaarden zou willen overstappen naar een andere verzekeraar, zich daarvan zou kunnen laten weerhouden omdat hij de aanvullende verzekering inmiddels niet meer op kan zeggen.

<sup>1</sup> Artikel 940, vierde lid, bevat voorts de regel dat de verzekeringnemer altijd ten minste een maand heeft om na de mededeling van een verslechtering op te zeggen. Een verzekeraar kan opzeggingen dus niet voorkomen door een verslechtering vlak na de mededeling daarvan in werking te laten treden. Omdat deze situatie bij de aanvullende verzekeraars nu niet aan de orde is, wordt hiervan in het hiernavolgende geabstraheerd.

Juist om dergelijke redenen hebben de zorgverzekeraars besloten om het opzeggen van de aanvullende verzekeringen en van zorgverzekeringen ook als er geen poliswijzigingen ten nadele zullen zijn, nog tot 1 januari (in plaats van 1 november) te accepteren. Voor de aanvullende verzekeringen is dat toegestaan omdat het BW een afwijking van de daar geregelde opzegtermijnen ten voordele van de verzekeringnemer toestaat, voor de zorgverzekeringen zal deze positieve ontwikkeling ook wettelijk haar beslag krijgen als het amendement onder stuknummer 12 van mevrouw Kant wordt aanvaard. Ik kan dan ook goed leven met dit amendement.

Uit het voorgaande zal duidelijk zijn, dat van marktmisbruik door aanvullende verzekeraars naar mijn mening geenszins sprake is. Niet alleen is 31 oktober als uiterste opzegdatum voor gevallen waarin de polis niet ten nadele gewijzigd wordt geheel conform het BW, zelfs zijn de verzekeraars bereid geweest om daarvan ten voordele van de verzekeringnemers af te wijken en de facto 31 december als uiterste datum te gaan hanteren.

Als vorenbedoeld amendement van mevrouw Kant (onder stuknummer 12) en voorliggend wetsvoorstel worden aangenomen, zal een zorgverzekering altijd tot 1 januari per die datum beëindigd kunnen worden. Dus niet alleen als er per 1 januari een wijziging ten nadele dreigt, maar ook als de zorgverzekeraar geen of slechts positieve wijzigingen in de zorgverzekering zal aanbrengen. In geval van een dreigende wijziging ten nadele, geldt ten gevolge van de werking van artikel 7:940, vierde lid, BW hetzelfde voor de aanvullende verzekeringen. Gelet hierop en ook gelet op het feit dat de aanvullende verzekeraars, ondanks de huidige tekst van hun polissen, nu al besloten hebben ook opzeggingen in november en december nog toe te staan, zal een verstandige aanvullende verzekeraar de polissen voor de aanvullende verzekeringen zo wijzigen, dat deze ook als er geen wijzigingen in de voorwaarden zullen zijn nog uiterlijk 31 december mogen worden opgezegd. Zoals ik heb toegezegd zal ik mij hierover met ZN en de Nederlandse Zorgautoriteit verstaan. Een wetsbepaling die hen daartoe verplicht acht ik ongewenst. Niet alleen omdat ik deze niet nodig acht (zie boven), maar ook omdat de wetgever daarmee zou ingrijpen in de polisvoorwaarden van aanvullende verzekeringen, hetgeen, in ieder geval zolang een objectieve noodzaak ontbreekt, strijdig zou zijn met de Europese richtlijnen schadeverzekeringen.

#### **4. Opzegmogelijkheden en -termijnen van deelnemers aan collectieve verzekeringen.**

Door de heer Vendrik is aandacht gevraagd voor signalen dat vanuit sommige collectieve verzekeringen de verplichting zou zijn opgelegd om vóór 1 november de verzekering op te zeggen indien men van verzekeraar zou willen wisselen. Bij verificatie van de door de heer Vendrik aangeleverde informatie bleek dat de betreffende organisatie bedoeld had de algemene jaarlijkse opzeggingsmogelijkheid per 1 november ex Zvw aan te duiden, waarbij het vermelden van de opzegmogelijkheid bij premieverhoging achterwege was gebleven. Noch bij mij, noch bij Zorgverzekeraars Nederland zijn signalen zoals door de heer Vendrik genoemd bekend.

Overigens zou een bepaling in een collectief contract die een verzekeringnemer verplicht om ook in de situatie dat sprake is van premieverhoging de verzekering vóór 1 november op te zeggen, in strijd zijn met de Zvw<sup>1</sup>.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
J. F. Hoogervorst

---

<sup>1</sup> Volledigheidshalve zij aangegeven dat een dergelijke bepaling alleen dan niet strijdig zou zijn met de Zvw, indien de betreffende premieverhoging vóór 1 oktober zou zijn aangekondigd.

**Uitvoeringsconsequenties van de amendementen Heemskerk (nr. 8) en Omtzigt-Schippers (nr. 11) mede in relatie tot tijdspad vereveningsbijdrage****Amendement Heemskerk (nr. 8)**

Het amendement regelt dat wanneer de verzekeraar voor 1 december een premieverhoging van de zorgverzekering per 1 januari aankondigt, de verzekerde tot 1 februari de oude verzekering kan opzeggen. De in januari gedane opzegging heeft terugwerkende kracht tot en met 1 januari. Ik heb dit amendement in het debat op 3 oktober ontraden omdat het leidt tot extra en onnodige uitvoeringslasten voor verzekeraars, die niet in verhouding staan tot de naar mijn oordeel beperkte omvang van het probleem. Ik heb de Kamer toegezegd dat ik nader inzicht zou geven in de uitvoeringslasten die aan het amendement verbonden zijn. Het amendement leidt mijns inziens tot tweeërlei extra kosten. In de eerste plaats zal het mogelijk maken van opzeggingen tot en met 31 januari tot de gedragsreactie leiden dat die tijd ook door verzekerden wordt genomen. Verzekeraars zullen hierdoor de loketten langer open en callcentra langer bezet moeten houden, waarmee kosten gepaard gaan. Daarnaast leidt het amendement tot extra onderlinge verrekeningen tussen verzekeraars van schadelast die veroorzaakt wordt door mensen die in de maand januari hun verzekering opzeggen en al wel kosten hebben gemaakt. Het afgelopen jaar – toen de opzegmogelijkheid tot 1 maart bestond – bedroeg de te verrekenen schadelast naar schatting € 150 à € 200 mln. Mede omdat de geautomatiseerde systemen van verzekeraars – nog steeds – niet optimaal op onderlinge verrekeningen zijn ingericht, gebeurt nog veel handmatig. Het gaat met name om verificaties als: zijn de in rekening gebrachte bedragen wel op de juiste wijze gespecificeerd en voorzien van de juiste code nummers; betreffen het wel de juiste verzekerden; is de nieuwe verzekeraar traceerbaar; is de scheiding tussen zorgverzekering en aanvullende verzekering wel deugdelijk; is er sprake van coullance geweest?

De schatting van de extra kosten die ik in het debat heb genoemd was gebaseerd op de ervaringen van ZN met de administratieve last in het afgelopen jaar. De heer Heemskerk had in zoverre gelijk met zijn opmerking dat dit een schatting uit de losse pols was omdat, naar nu blijkt, er geen rekening was gehouden met het feit dat de opzegtermijn in het nieuwe jaar in het amendement Heemskerk een maand korter is. De kosten zullen dus lager zijn dan wat ik heb genoemd. Zonder dat ik me wil vastpinnen op een bedrag in euro's – uiteindelijk is ook het overstapgedrag nog ongewis – blijft voor mij vast staan dat er bij aanname van het amendement Heemskerk van een niet onaanzienlijke verrekeningslast sprake zal zijn die vermeden zou moeten worden.

Een ander aan het amendement verbonden bezwaar is, dat het zich naar mijn oordeel meer richt op de aanvullende verzekering (waarop de Zvw geen betrekking heeft) dan op de basisverzekering, al is dat impliciet. Voorts wordt het beoogde doel niet bereikt.

Het eigenlijke doel van amendement is de opzegtermijn voor zowel de basisverzekering als de aanvullende verzekering tot 1 februari te verlengen omdat verzekerden dan weten of zij bij de beoogde nieuwe verzekeraar ook terecht kunnen voor de aanvullende verzekering.

Ik meen dat het niet verstandig is de regeling van de opzegtermijn van de basisverzekering op deze wijze vast te knopen aan de aanvullende verzekering. De wetgever heeft afgewogen welke zorg in het basispakket thuis hoort en welke zorg voor eigen verantwoordelijkheid moet komen. Burgers maken een persoonlijke keuze of en voor welk pakket zij gelet op hun financiële en andere omstandigheden een aanvullende verzekering wensen af te sluiten. Het is strijdig met deze basisgedachte om de

overstapregels voor de basisverzekering afhankelijk te maken van de opzeggings- en overstapmogelijkheden voor de aanvullende verzekering. Ook aan artikel 120 van de Zvw, dat bepaalt dat een aanvullende verzekering niet door de verzekeraar kan worden opgezegd om reden dat de verzekerde voor de basisverzekering overstapt naar een andere zorgverzekeraar, ligt de premisse ten grondslag dat de basisverzekering en de aanvullende verzekering niet persé bij één verzekeraar behoeven te lopen. Bovendien kan het beoogde doel niet met wettelijke maatregelen worden bereikt. Een analoge opzeggingsbepaling kan niet aan de aanvullende verzekering worden verbonden. Verzekeraars hebben zich er niet over uitgesproken of zij opzegging met terugwerkende kracht zullen gaan toepassen voor de aanvullende verzekering. Daarmee kan de situatie ontstaan dat basisverzekering en aanvullende verzekering alsnog uit elkaar gaan lopen.

Ten slotte wil ik er op wijzen dat aanvaarding van het amendement Kant met stuknummer 12 ertoe zal leiden dat zorgverzekeringen steeds uiterlijk tot en met 31 december kunnen worden opgezegd. Aan de uniformiteit die na aanvaarding van dat amendement bereikt zou worden, wordt afbreuk gedaan als ook het amendement Heemskerk wordt aanvaard. Immers het amendement Heemskerk zou ertoe leiden dat t/m 31 januari kan worden opgezegd in geval van wijzigingen ten nadele terwijl dat voor opzeggingen om andere redenen niet mogelijk zou zijn. Een aanpassing van het bedoelde amendement Kant in die zin, dat die uniformiteit wordt hersteld door opzegging mogelijk te maken tot en met 31 januari, zou de uitvoeringslast in verband met onderlinge verrekening van schades over de maand januari voor de verzekeraars nog groter maken dan die ingevolge het amendement Heemskerk al zou zijn.

### **Amendement Omtzigt-Schippers (nr. 11)**

Dit amendement strekt ertoe te bewerkstelligen dat de verzekeraar poliswijzigingen ten minste zes weken voor de datum van ingang van de premieverhoging aan de verzekeringnemer moet mededelen, dat wil zeggen medio november. Ik heb tijdens het debat gezegd dat ik mijn oordeel over dit amendement zal vormen op basis van de procedure voor de vaststelling van de vereveningsbijdrage en het daarvoor geldende tijdpad, de mogelijkheden om hierin een versnelling aan te brengen en de daaraan verbonden risico's. Ik betrek daarbij ook de mogelijkheden om de premie op 15 november elektronisch bekend te maken. Ik begin met dit laatste.

#### *A-Elektronisch mededelen van voorgenomen wijzigingen in de premiegrondslag.*

Tijdens het debat hebben wij uitgebreid gesproken over de vraag of het niet mogelijk is om te regelen dat zorgverzekeraars uiterlijk 15 november hun poliswijzigingen aan de verzekeringnemers moeten mededelen, willen deze per 1 januari van het daaropvolgende kalenderjaar in werking kunnen treden. In dat geval hebben de verzekeringnemers ten minste zes weken om de aanbiedingen van de diverse verzekeraars met elkaar te vergelijken, hun oude zorgverzekering desgewenst op te zeggen en een nieuwe te sluiten. Je kunt je dan zelfs afvragen of het nog nodig zou zijn te regelen dat voor in januari afgesloten nieuwe zorgverzekeringen tot en met die datum terugwerken. Mevrouw Schippers gaf in dat verband aan te denken aan terugwerkende kracht indien de nieuwe verzekering voor 15 januari – in plaats van 1 februari – wordt gesloten.

Ik heb onderzocht of het algemene verzekeringsrecht, zoals dat is opgenomen in het Burgerlijk Wetboek, toestaat dat in de wet zou worden opgenomen dat de verzekeraars uiterlijk voor 15 november hun nieuwe

polissen inclusief voorgenomen premiewijzigingen, *elektronisch* bekendmaken. Ik ben tot de conclusie dat elektronische mededeling van wijzigingen in de premiegrondslag, aan de verzekeraar niet de mogelijkheid biedt deze mededeling eerder te doen.

Wat dat betreft het volgende. Artikel 7:933 van het Burgerlijk Wetboek (BW), dat ook voor zorgverzekeringen geldt, brengt op dit moment met zich mee dat mededelingen over voorgenomen poliswijzigingen (waaronder wijziging van de premie) schriftelijk aan iedere individuele verzekeringnemer moeten worden gedaan. Het tweede lid van dat artikel geeft de mogelijkheid om bij algemene maatregel van bestuur (amvb) te bepalen welke mededelingen onder welke voorwaarden ook langs elektronische weg mogen worden verzonden. Zoals bij brief van 6 juli 2006 aan de Tweede Kamer is gemeld (Kamerstukken II 2005/06, 30 137, nr. 18), wordt op dit moment aan een dergelijke amvb gewerkt. Een voorwaarde voor een geldige elektronische mededeling zal in ieder geval zijn, dat de verzekeraar van (de computer van) de verzekeringnemer een ontvangstbevestiging heeft ontvangen.

Dit betekent allereerst, dat een Zvw-bepaling die inhoudt dat een zorgverzekeraar kan volstaan met het op zijn website plaatsen van de per 1 januari geldende nieuwe zorgverzekeringsvoorwaarden, in strijd komt met het algemene verzekeringsrecht. Het Burgerlijk Wetboek vergt immers een mededeling aan iedere verzekeringnemer afzonderlijk.

Het betekent vervolgens, dat nadat eerdergenoemde amvb in werking zal zijn getreden een e-mail aan een verzekeringnemer die geen bezwaar heeft tegen elektronische mededelingen, alleen als geldige mededeling geldt, als de verzekeraar (al dan niet automatisch) een ontvangstbevestiging van de verzekeringnemer krijgt. Mensen zonder (werkend) emailadres, bijvoorbeeld ouderen zonder computer, zal de verzekeraar derhalve schriftelijk moeten blijven benaderen. Dat is, gezien het feit dat de mededelingen van groot belang kunnen zijn voor de verzekeringnemer en verzekerde, ook niet meer dan logisch.

De zorgverzekeraars schieten er daarom niet veel mee op als in de Zvw geregeld zou worden dat een voor 15 november gedane elektronische mededeling aan de verzekeringnemer ertoe leidt dat de poliswijziging met ingang van 1 januari in werking treedt, tenzij voordien is opgezegd. Immers, de zorgverzekeraars zouden dan voor 15 november toch de verzekeringsvoorwaarden schriftelijk moeten toezenden aan verzekerden van wie zij geen emailadres kennen, en aan verzekerden van wie zij geen ontvangstbevestiging hebben ontvangen. Al met al denk ik dat het voor verzekeraars eenvoudiger en sneller zal zijn om alle verzekeringnemers schriftelijk te benaderen.

*B-Tijdpad huidige procedure die leidt tot bekendmaking nieuwe premie (voor 1 december).*

Op grond van artikel 32 van de Zvw worden jaarlijks voor 1 oktober door de minister regels gesteld over het totale bedrag van vereveningsbijdragen die kunnen worden toegekend aan zorgverzekeraars en over de wijze waarop de verdeling moet plaatsvinden (vierde lid). Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) stelt vervolgens voor 15 oktober beleidsregels vast waarin wordt aangegeven op welke wijze toepassing wordt gegeven aan de voor 1 oktober vastgestelde ministeriële regels (vijfde lid). Het CVZ kent de vereveningsbijdrage ten slotte voor 1 november toe aan de zorgverzekeraars (zesde lid). Op grond van artikel 17, zevende lid, van de Zvw moet een premieverhoging van de zorgverzekering, wil deze op 1 januari in werking kunnen treden, voor 1 december aan de verzekeringnemer zijn medegedeeld.

Dit stelsel van wettelijke bepalingen leidt ertoe dat, terugrekenend vanaf de datum van 30 november waarop de verzekeraar een premieverhoging per 1 januari moet hebben aangekondigd, het tijdspad van de huidige besluitvormingsprocedure er als volgt uit ziet:

- Om de nieuwe premie vóór 1 december aan de verzekerden te kunnen mededelen moet de verzekeraar vóór 15 november die premie hebben berekend inclusief de korting voor collectiviteiten en eigen risico. De verzending van de polis kan voor verzekeraars met grote aantallen verzekerden een dag of veertien kosten;
- Om dat haalbaar te maken moet de verzekeraar van het CVZ rond 22 september al voorinformatie over de vereveningsbijdrage voor het jaar erop ontvangen, gevolgd door definitieve informatie over de vereveningsbijdrage (en over de correcties voor het lopende en voorgaande jaar) op uiterlijk 13 oktober. Het CVZ verstrekt die informatie dus al ruim twee weken voor het verstrijken van de wettelijke termijn;
- Het CVZ moet vóór 22 september informatie van VWS krijgen over hoe de bijdrage berekend moet worden;
- Daartoe moet VWS uiterlijk 1 september starten met het berekenen van de bij de verevening gehanteerde normbedragen. Dat gebeurt op basis van de VWS-begroting die dan in voorbereiding is, de concept macro-economische verkenningen (MEV) en de verwachte verzekerdenaantallen per zorgverzekeraar per vereveningscriterium aangeleverd door het CVZ;
- Het overleg met het bestuur van Zorgverzekeraars Nederland over de uitgangspunten van de risicoverevening moet eind augustus hebben plaatsgevonden;
- De integrale doorrekeningen van het beoogde vereveningsmodel moeten medio augustus zijn afgerond;
- Na 1 juli mogen er geen beleidsmaatregelen meer worden genomen die voor het volgende jaar verschuiving van kosten veroorzaken tussen verzekerden;
- De aanleverdatum van verzekerden-, FKG- en DKG-informatie van verzekeraars aan het CVZ om de verwachte verzekerdenaantallen van het jaar erop te ramen is 1 juli;
- Het onderzoeksprogramma voor verbeteringen aan het model moet in juni zijn afgerond.

Zorgverzekeraars benutten de periode van 22 september tot 13 oktober om de door het CVZ bij de berekeningen gehanteerde veronderstellingen te toetsen aan de eigen gegevens. Dit bevordert dat de aannames die het CVZ bij de uitvoering van de verevening hanteert, bijvoorbeeld met betrekking tot de omvang van groepen verzekerden bij de verzekeraar, waar nodig voor 13 oktober kunnen worden bijgesteld. Deze werkwijze leidt ertoe dat de uiteindelijke vaststelling van de vereveningsbijdragen op 13 oktober met meer zekerheid is omgeven, en dat er geen aanleiding bestaat om onzekerheden op dit punt in de premie te verdisconteren. Voorts worden op basis van de gegevens die op 22 september en 13 oktober door het CVZ worden verstrekt, de onderhandelingen met collectiviteiten gevoerd en de resultaten daarvan verwerkt in de premie. Die premie wordt door de grote verzekeraars medio november vastgesteld.

Wanneer dit tijdstip met twee weken zou worden vervroegd neemt de onzekerheid rond de premieraming dus toe, ook omdat er dan minder inzicht is in de schadelast in het lopende jaar. Deze onzekerheid leidt tot een risico-opslag op de premie.

#### *C-Consequenties vervroeging vaststelling vereveningsbijdrage.*

De procedure rond de vaststelling van de bijdrage uit het zorgverzekeringsfonds is op dit moment al dermate tijdskritisch, dat daar geen winst meer op te halen is zonder op kwaliteit in te boeten. Het huidige tijdspad



geeft al een cumulatie van werkzaamheden bij het CVZ in de periode na 1 juli, die tot een verhoogde foutenkans leidt. Kortom, als het tijdstip waarop de verzekeraar de verhoogde premie uiterlijk bekend maakt, zou worden vervroegd van 1 december naar 15 november, dan moet de gehele besluitvorming rond de vaststelling van de bijdrage uit het zorgverzekeringsfonds volgend jaar twee weken eerder starten.

Als de vaststelling van de vereveningsbijdrage twee weken naar voren zou worden gehaald, heeft dat de volgende consequenties:

1. een geringere kwaliteit van de ramingen (zowel van het macro-bedrag als van de kostennormen), omdat er minder realisatiecijfers beschikbaar zijn en minder kan worden getoetst. Dit betekent minder zekerheid over de juistheid van de vereveningsbijdrage, dus meer onzekerheid voor de zorgverzekeraar. Dit leidt tot een risico-opslag op de nominale premie en/of (meer) nacalculatie en verevening op de uitkering uit het zorgverzekeringsfonds;
2. de ruimte voor beleidsmaatregelen c.q. het doorrekenen van de effecten daarvan eindigt twee weken eerder. De mogelijkheden om daarop te anticiperen zijn niet onuitputtelijk, zodat het verlies van die twee weken voor dit jaar met zich mee had kunnen brengen dat de tijd zou hebben ontbroken om de besluitvorming over belangrijke onderwerpen te betrekken bij de verevening. Het ging daarbij om onderwerpen als de raming van de nominale premie 2007 (opleidingsfonds via begroting, demping jojo-effect bij 50/50-mechanisme), budgetten van de ziekenhuizen, de overheveling van de ggz naar de Zvw, de overfinanciering van dbc's;
3. er kan niet worden aangesloten bij de cijfers van het Centraal Planbureau uit de MEV, omdat die later beschikbaar komen. Dat betekent dat onder andere bij de vaststelling van de vereveningsbijdrage geen rekening kan worden gehouden met de ramingen van loon- en prijsontwikkeling die in de Prinsjesdagstukken verwerkt worden;
4. de ruimte voor het doen van onderzoek c.q. het controleren van gegevens wordt twee weken korter. Dat zou dit jaar hebben betekend: geen uitbreiding van de FKG's en fouten bij de raming van het aantal verzekerden.
5. gegevens uit de begroting 2007 worden al voor medio september naar buiten gebracht.

Alles afwegende meen ik dat het voordeel van de verlenging van de opzeggingstermijn tot zes weken, die het amendement Omtzigt-Schippers beoogt te bewerkstelligen, op dit moment te zeer wordt overschaduwd door de nadelige effecten die zich zullen voordoen op de zorgvuldige vaststelling van de vereveningsbijdrage. Ik ontraad om die reden het amendement.

Voor een verantwoorde analyse van de mogelijkheden om tot versnelling te komen, moet de gehele hiervoor beschreven keten worden gezien die uitmondt in de vaststelling van de vereveningsbijdrage en, in het kielzog daarvan, de vaststelling van de nieuwe premie door de verzekeraars. In die keten is de begrotingsvoorbereiding en de openbaarmaking daarvan op Prinsjesdag een centraal punt. Ik ben bereid om, in overleg met andere departementen en belanghebbende organisaties, de mogelijkheden om tot versnelling te komen nader te onderzoeken, mits de vaststelling van de vereveningsbijdrage zorgvuldig kan blijven geschieden en een goede aansluiting blijft behouden bij belangrijke cijfers die in de begrotingscyclus beschikbaar komen. In het op 5 oktober in de commissie VWS van de Tweede Kamer gehouden algemeen overleg over de voortgang van de Zvw heb ik aangegeven dat ik met de Kamer eens ben dat de uitvoering van de verevening geborgd dient te zijn, en dat ik de Kamer daarover nader zal informeren. Het hiervoor beschreven tijdspad is voor die borging vanzelfsprekend evenzeer van belang.