

Ministerie van Financiën
mr. W.B. Hoekstra

via www.consultatie.nl

Onze referentie
2020-5482309-2004/AKLER

Den Haag
9 april 2020

Betreft
Reactie Verbond op ontwerp besluit verzekeringskeuringen ex-kankerpatiënten

Geachte heer Hoekstra,

In de afgelopen maanden hebben NFK, ministerie en Verbond intensief overlegd over de manier waarop deze regeling ingevuld moet worden, zodat ze aansluit op de behoeften van ex-kankerpatiënten en tegelijk leidt tot een verantwoorde risico-inschatting door verzekeraars. In aanvulling op die overleggen maken we graag gebruik van de gelegenheid om te reageren op het ontwerp besluit.

Algemeen

De verzekeringssector verwelkomt deze regeling. Verzekeraars willen immers zoveel mogelijk mensen toegang bieden tot verzekeringen. Dat geldt ook voor degenen die genezen zijn van kanker. Als je deze ziekte achter je gelaten hebt, wil je weer verder met je leven en de dingen doen die anderen ook doen. Bijvoorbeeld een eigen woning aanschaffen. De verzekeringssector wil ervoor zorgen dat zoveel mogelijk mensen bij die woning ook een levensverzekering kunnen afsluiten als ze dat wensen. Datzelfde geldt voor de uitvaartverzekering. Gelukkig zien we dat verreweg de meeste ex-kankerpatiënten een levensverzekering kunnen afsluiten. Sommige ex-patiënten hebben te maken met beperkte toegankelijkheid – daar willen we graag iets aan doen. De verzekeringssector ondersteunde daarom de oproep van NFK in september 2019 om tot een schone lei voor ex-kankerpatiënten te komen. Wij zien goede mogelijkheden dit via bindende zelfregulering en in nauw overleg met NFK (op basis van artikel 9 van de Wet op de medische keuringen) te realiseren.¹ Maar we ondersteunen ook de route van de minister om via een Besluit een dergelijke regeling te realiseren en zo maximaal te borgen dat de regeling geldt voor alle aanbieders van levensverzekeringen in Nederland.

¹ De opmerking in het Integraal Afwegingskader voor beleid en regelgeving dat zelfregulering om het probleem te adresseren voornamelijk onvoldoende van de grond is gekomen, dat daarom vastlegging van een aantal hoofdlijnen in een wettelijke regeling gerechtvaardigd is, mede als stimulans tot verdere zelfregulering, kunnen wij dan ook niet goed plaatsen.



Besluit

Artikel 1

We roepen de minister op om de regeling te verbreden naar uitvaartverzekeringen. Met de toevoeging van uitvaartverzekeringen wordt de toegankelijkheid van uitvaartverzekeringen verder verbreed. Uitvaartverzekeraars zien een behoefte onder consumenten om na genezen te zijn van kanker verder te kunnen gaan met het leven. Daarbij kan ook horen dat men een voorziening wil treffen om de uitvaart te zijner tijd financieel goed mogelijk te maken. Om de regeling financieel beheersbaar te houden en prudentieel verantwoord, zal bij de uitvaartverzekeringen, evenals bij de overlijdensrisicoverzekering, een beperking moeten gelden. Wij stellen voor dat de regeling van toepassing is op uitvaartverzekeringen (een natura-uitvaartverzekering of een andere verzekering die uitsluitend strekt tot het doen van geldelijke uitkeringen in verband met de verzorging van de uitvaart van een natuurlijke persoon) gesloten tot en met een maximale leeftijd van de verzekerde bij afsluiting van de verzekering van 60 jaar².

De minister wijst in de nota van toelichting op de mogelijkheid dat representatieve organisaties onderling afspraken maken over andere verzekeringen waarvoor een soortgelijke regeling kan gelden. Een dergelijke route is voor bovengenoemde producten ontoereikend en niet passend. Er is immers een gelijk speelveld voor alle aanbieders op de Nederlandse markt nodig – alle aanbieders van dergelijke verzekeringen moeten onder de afspraken vallen, zodat de concurrentieverhoudingen niet verstoord worden. Dat geldt zowel voor de overlijdensrisicoverzekering als voor andere producten. Daarnaast is één juridisch kader voor medische acceptatie nodig voor de beperking bij het vragen naar een medisch verleden. Een situatie waarin een regeling voor ex-kankerpatiënten is geregeld in zowel een besluit als zelfregulering afhankelijk van de onderscheidende producten, leidt in de praktijk tot juridische onduidelijkheden.

Artikel 2

In dit artikel wordt gesproken over de vraag of een keurling in het verleden kanker heeft gehad, 'voor zover die vraag betrekking heeft op een vorm van kanker waarvan de keuring naar het oordeel van een zorgverlener is genezen'. Vraag is of deze verwijzing naar het oordeel van een zorgverlener voldoende duidelijk is. De betrokkenheid van de arts is van wezenlijk belang voor een duidelijke markering van de start van de tien- en vijfjaarstermijn, en daarmee voor goede uitvoerbaarheid van de regeling. Het is immers niet eenvoudig voor ex-patiënten om, minimaal vijf of tien jaar na dato, te bepalen wanneer de actieve behandeling (exclusief aanvullende behandelingen met hormoon- of immunotherapie) precies eindigde en de termijn ging lopen. Zeker als het gaat om de kankersoorten waarvoor (afhankelijk van de stadia) kortere termijnen gelden. We verzoeken u daarom in overleg te treden met artsorganisaties om daarover verdere afspraken te maken - de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) toonde zich tegenover ons bereid om het overleg hierover aan te gaan. Wij juichen dat toe en zijn vanzelfsprekend bereid om aan dat overleg deel te nemen, waarbij ook deelname vanuit NFK voor de hand ligt.

Het verdient bovendien de voorkeur de zorgverlener nader te specificeren. De omschrijving 'een zorgverlener' is immers te algemeen en kan ook zorgverleners betreffen die niet bevoegd zijn om zelfstandig over de oncologische status te oordelen. Een nadere specificering kan bereikt worden door bijvoorbeeld te spreken van 'de behandelend zorgverlener' of van 'een behandelend zorgverlener in de zin van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg'. Ook kan

² Het betreft hier de maximale leeftijd waarop een consument de verzekering kan afsluiten, dus het begin van de looptijd van de dekking. Ter verduidelijking: in het ontwerp besluit is bij de overlijdensrisicoverzekering sprake van het einde van de looptijd van de dekking. De uitvaartverzekering heeft een levenslang karakter en daarom geen maximale looptijd van de dekking.



(in de nota) worden opgenomen dat het oordeel van de zorgverlener tot stand moet zijn gekomen op grond van de vigerende protocollen voor diagnose, controle en behandeling. Zo wordt voorkomen dat onduidelijkheid ontstaat over de vraag of daadwerkelijk sprake was van genezing.

Ter overweging geven we mee dat in art. 2 lid 1 gesproken wordt van 'gedurende een onafgebroken periode van tien jaar', in plaats van 'gedurende tien jaar'. Zo wordt duidelijk gemaakt dat het gaat om een aaneengesloten periode van tien jaar.

Artikel 3

Wij onderschrijven geheel de in dit artikel geschapen mogelijkheid dat voor specifieke kankersoorten kortere termijnen gelden. In sommige gevallen is immers al eerder dan na tien jaar sprake van een sterk afgenomen risico. In de praktijk gebeurt dit nu ook al dat eerder dan na tien jaar zonder premieopslag wordt geaccepteerd. De regeling betekent dat ex-patiënten dit in dergelijke gevallen ook niet te hoeven melden, in lijn met degenen voor wie de generieke tienjaarstermijn geldt. Daarnaast biedt dit artikel de gewenste flexibiliteit om door middel van afspraken tussen representatieve organisaties in te toekomst aanpassingen te doen als medische ontwikkelingen daar aanleiding toe geven en het verzekeringstechnisch verantwoord is. De verzekeringssector is daarom met NFK in overleg om een lijst op te stellen van bepaalde kankersoorten waarvoor een kortere termijn kan gelden.

Kortere termijnen kunnen volgens dit artikel gelden voor vormen van kanker waarvoor naar algemeen aanvaarde medische inzichten en actuariële en statistische gegevens de kans op terugkeer zo gering is dat het prudentieel belang van de verzekeraar niet zwaarwegend genoeg meer is om nog naar die vorm van kanker te vragen. Het is van essentieel belang dat hier ook wordt opgenomen dat het een vorm van kanker betreft waarvoor geldt dat naar algemeen aanvaarde medische inzichten (wetenschappelijk en gevalideerd) en op grond van actuariële en statistische gegevens het extra sterfterisico eerder dan tien jaar dusdanig is afgenomen dat het accepteren zonder premieopslag op dat moment al verzekeringstechnisch verantwoord is. Verzekeraars moeten immers niet alleen kijken naar het risico op terugkeer van de kanker, maar naar alle gevolgen van de ziekte en de behandeling voor het extra sterfterisico van de kandidaat-verzekerde. Het gaat om de kans dat de ex-patiënt eerder overlijdt dan verzekerden die de ziekte niet hebben gehad. Die kans kan afhankelijk van de individuele situatie hoger dan gemiddeld zijn, niet alleen vanwege het risico op terugkeer van de ziekte, maar ook door de effecten van de (vaak ingrijpende) behandeling.



Nota van toelichting

2. Hoofdpijnen van het besluit

Belang goed toegankelijk verzekeringsstelsel

Een goede risico-inschatting is noodzakelijk voor een goed toegankelijk verzekeringsstelsel. Via een verzekering kunnen klanten zich immers verzekeren tegen een onzeker voorval zoals overlijden. Bij een levensverzekering met uitkering bij overlijden is onbekend wanneer het voorval zich gaat voordoen. Om de hoogte van de premie te kunnen bepalen moet de verzekeraar weten hoe groot het risico is dat het onzekere voorval zich voordoet. Voor de acceptatie is cruciaal dat de verzekeraar over alle informatie kan beschikken die voor een goede inschatting van het te verzekeren risico noodzakelijk is. Om te voorkomen dat vooral of alleen diegenen zich verzekeren die al een verhoogd risico lopen, is noodzakelijk dat er informatiegelijkheid is tussen verzekeraar en verzekerde. Dat betekent dat een verzekeraar geïnformeerd moet worden over alle gezondheidsfactoren die van invloed zijn op het risico.

Een goede risico-inschatting is dus niet alleen in het belang van een verzekeraar, zoals in de nota van toelichting vermeld is, maar dient een goed toegankelijk verzekeringsstelsel. Dat belang moet afgewogen worden tegen het belang van bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de kandidaat-verzekerde en de toegankelijkheid van specifieke groepen tot de verzekeringsmarkt. De wetgever heeft daarom grenzen gesteld aan de mogelijkheden om via verzekeringskeuringen informatie te verzamelen. Dit is onder andere vastgelegd in de Wet op de medische keuringen. De maatschappelijke afweging tussen de verschillende grondbeginselen en maatschappelijke belangen kan in de loop der jaren wijzigen. Dit Besluit is een weerslag van een wijziging in die afweging.

Goede toepassing regeling in individuele situaties noodzakelijk

Dit besluit zal een uitzondering betreffen op het vraagrecht van de verzekeraar en de mededelingsplicht van de verzekerde. Onder voorwaarden hoeft een kandidaat-verzekerde bepaalde informatie over zijn of haar gezondheidsverleden niet te melden.

Omdat de mededelingsplicht op dit punt vervalt en de verzekeraar niet weet of iemand gebruik maakt van de regeling, rust de verantwoordelijkheid voor het bepalen of een individuele klant onder de regeling valt of niet, geheel bij deze klant zelf. Gezien de diverse voorwaarden die gelden, zowel wat betreft product, ziekteverleden als leeftijdsgroep, kan dat ingewikkeld zijn voor een ex-patiënt. Dat geldt nog meer voor de bepaalde kankersoorten waarvoor kortere termijnen gelden.

Het is van groot belang dat de klant op de juiste manier invulling geeft aan deze verantwoordelijkheid. Alleen op die manier wordt de regeling gebruikt voor die gevallen waarvoor de minister de regeling bedoeld heeft. Het niet voldoen aan de mededelingsplicht (en dus (bewust of onbewust) ten onrechte gebruikmaken van de regeling) kan bovendien nadelige gevolgen hebben als de verzekering wordt opgeëist door de begunstigen. Bij vermoeden van het niet nakomen van de mededelingsplicht kan de verzekeraar de claim aanhouden en onderzoek laten doen of alle relevante gegevens zijn verstrekt. In dit verband wijzen wij u graag op de inbreng van de Toetsingscommissie Gezondheidsgegevens, opgericht door KNMG, de Patiëntenfederatie en het Verbond van Verzekeraars, waarin op diverse onderdelen van het besluit waardevolle input wordt gegeven.

Verzekeraars zullen in hun medisch acceptatieproces daarom duidelijk maken dat een ziektehistorie zoals bedoeld in het besluit niet gemeld hoeft te worden als een verzekering wordt aangevraagd zoals bedoeld in het besluit. Verzekeraars zullen daarnaast, in samenwerking met NFK, aanvullende tools en communicatiemiddelen opstellen om kandidaat-verzekerden zo goed mogelijk in staat te stellen te bepalen of ze onder de regeling vallen of niet.



Daarbij is, zoals hierboven vermeld, medewerking van artsen onontbeerlijk. De behandelend specialist, diens opvolger of de huisarts heeft de juiste informatie om bijvoorbeeld te bepalen wanneer de laatste behandeling precies plaats had en welk stadium de kanker had. Zo worden ex-patiënten maximaal geholpen en wordt geborgd dat de regeling wordt toegepast in de gevallen waarvoor ze bedoeld is.

Evaluatie regeling

Deze regeling is nieuw voor de Nederlandse situatie. Ze betekent bovendien een afwijking van de gangbare mededelingsplicht van de kandidaat-verzekerde en het vraagrecht van de verzekeraar. In de komende periode zal blijken hoe de regeling in de praktijk werkt en wat de gevolgen zijn van de regeling voor ex-kankerpatiënten en verzekeraars. Het ligt voor de hand om over drie jaar de regeling en de werking ervan te evalueren en daarbij de impact op zowel ex-kankerpatiënten als verzekeraars te onderzoeken.

Terminologie

In het ontwerp besluit is enkele maken sprake van de (aspirant-)verzekeringnemer, terwijl ongetwijfeld de '(aspirant-)verzekerde' bedoeld is.

3. Wettelijk kader

Het is de vraag of dit ontwerp besluit een goede verbinding kent met artikel 928 lid 4 BW. Het voorgenomen Besluit is immers gebaseerd op de gegeven mogelijkheid tot nadere regelgeving van artikel 14, derde lid, van de Wet op de medische keuringen (WMK). Het ontwerp besluit haakt aan bij artikel 3 eerste lid Wmk.

Artikel 7:928 lid 4 BW betreft de toegestane beperking van de mededelingsplicht van de verzekeringnemer. Deze toegestane beperking van de mededelingsplicht ziet op de artikelen 4, 5 en 6 van de Wmk. Artikel art. 2 lid 1 van het ontwerp besluit is een invulling van art. 3 lid 1 WMK. Wetgeving moet consistent zijn met betrekking tot enerzijds de verplichtingen van de verzekeraar en anderzijds de omvang van de mededelingsplicht van de verzekeringnemer. De omvang van de mededelingsplicht van de verzekeringnemer is geregeld in art. 7:928 (lid 4) BW en strookt niet met art. 2 van het ontwerp besluit. Oplossing kan zijn de aanpassing van art. 7:928 lid 4 BW, waarbij de verwijzing naar de WMK wordt uitgebreid naar art. 3 WMK.

4. Gevolgen voor het bedrijfsleven

Wij zien de volgende uitvoeringskosten:

- Kosten implementatie: € 7.500,- per verzekeraar;
- Aanpassing communicatiemiddelen (model-Gezondheidsverklaring, generieke communicatie): € 20.000,-;
- Beantwoording klantvragen, periodiek onderhoud van de communicatie: € 10.000,- generiek en € 2.500,- per verzekeraar per jaar;
- Onderzoekskosten op naleving van de regeling: € 100.000,- per jaar;

Zoals gemeld verdient het aanbeveling dat ex-patiënten in overleg met hun behandelend arts of huisarts treden om de benodigde informatie of advies in te winnen over de toepasbaarheid van de regeling op hun eigen situatie. Wij hebben geen zicht op de kosten die daarmee gemoeid zijn. Evenmin hebben wij zicht op de omvang van de te verwachten impact op uitkeringen en basispremies.

Artikelsgewijs

Artikel 1

Wij geven ter overweging verzekeringen met 'vooruitkering' te omschrijven als: verzekeringen die de mogelijkheid bieden om, als de verzekerde terminaal ziek is, een (gedeeltelijke) uitkering te doen.



Artikel 2

In de toelichting op dit artikel wordt terecht opgemerkt dat verzekeraars het recht behouden om andere aandoeningen of relevante aspecten mee te wegen, ook wanneer die het gevolg zijn van het ziekteverleden of de kanker. Het is van essentieel belang dat verzekeraars mogen vragen naar en dat de mededelingsplicht voor de kandidaat-verzekerde geldt voor bestaande manifeste klachten, aandoeningen en ziekten, inclusief klachten die het gevolg (kunnen) zijn van de kanker of de behandeling ertegen. Onduidelijkheid hierover moet worden voorkomen, omdat het niet nakomen van de mededelingsplicht grote gevolgen kan hebben voor de uitkering van de verzekering na overlijden. Het verdient daarom sterke aanbeveling dit nadrukkelijk in het Besluit en de toelichting op te nemen.

In het Besluit is in artikel 2 lid 1 sprake van 'de laatste dag van de actieve behandeling van de kanker' en in de nota van toelichting wordt dat verder toegelicht. "Het betreft de datum waarop de actieve behandeling van de betreffende kanker door chirurgie, chemotherapie of radiotherapie wordt beëindigd waarna geen behandeling meer nodig is behalve de mogelijkheid van hormoontherapie en immunotherapie." Om onduidelijkheid en verwarring onder consumenten over de vaststelling van de datum laatste actieve behandeling (waarna de tien- of vijfjaarstermijn gaat lopen) te voorkomen, verdient het aanbeveling dit nader te concretiseren. Dat kan door aan te geven dat de termijn ingaat na de afronding van de actieve behandeling, niet meegerekend eventuele preventieve nabehandelingen die na complete remissie worden uitgevoerd om een relatief kleine verdere verbetering van de prognose te bereiken. Zo wordt voorkomen dat mensen ook dit soort behandelingen meerekenen en dus de tien-of vijfjaarstermijn pas later ingaat.

Tot slot

Uiteraard zijn we bereid bovenstaande punten nader toe te lichten en samen met u en NFK verder te overleggen over deze regeling.

Met vriendelijke groet,

Harold Herbert