

Vergaderjaar 2010–2011

32 150

Wijziging van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en de Zorgverzekeringswet, houdende maatregelen tot opsporing en verzekering van personen die ondanks hun verzekeringsplicht geen zorgverzekering hebben en beperking van het aantal zorgverzekeringen tot één per verzekeringsplichtige (opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering)

Nr. 14

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 11 mei 2011

Op 20 april 2010 zond ik een brief aan uw Kamer betreffende de rapportage van Stichting De Ombudsman met de resultaten van haar onderzoek naar de kwaliteit van de dienstverlening van zorgverzekeraars (kamerstuk 32 150, nr. 8). De Stichting De Ombudsman heeft dit onderzoek ingesteld omdat uit vragen en klachten bleek dat zorgverzekeraars regelmatig onjuiste informatie verstrekken. In reactie op deze brief heb ik aangegeven het noodzakelijk te vinden om hier gerichte acties op te ondernemen, omdat die onduidelijkheid niet bijdraagt aan het terugdringen van het aantal onverzekerden, hetgeen ik beoog met de wet¹ «opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering». Ik heb aangegeven hierover in overleg te treden met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) om een goede informatievoorziening door zorgverzekeraars te waarborgen. Hieronder zal ik ingaan op de belangrijkste bevindingen die uit het onderzoek van Stichting De Ombudsman naar voren kwamen. Hiermee doe ik tevens mijn toezegging gestand die ik deed tijdens de plenaire behandeling van bovengenoemde wet om u de uitkomsten van het overleg met ZN en de NZa over dit rapport te doen toekomen.

Ontbreken GBA-inschrijving geen grond voor weigering

Uit het onderzoek komt naar voren dat zorgverzekeraars verzekeringsplichtigen weigeren wegens het ontbreken van een inschrijving in de Gemeentelijke Basisadministratie (GBA) voor de zorgverzekering, terwijl dit geen grond voor weigering is.

Ik merk op dat het ontbreken van een inschrijving in de GBA geen voorwaarde is voor acceptatie voor de Zvw. Het gaat erom vast te stellen of iemand in Nederland woont en op basis daarvan verzekerd is voor de

¹ Wet van 26 februari 2011 tot wijziging van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en de Zorgverzekeringswet, houdende maatregelen tot opsporing en verzekering van personen die ondanks hun verzekeringsplicht geen zorgverzekering hebben en beperking van het aantal zorgverzekeringen tot één per verzekeringsplichtige (opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering), Stb. 2011, 111.

volksverzekeringen, waaronder de AWBZ. Een GBA-inschrijving kan daarvoor een indicatie zijn, maar is niet doorslaggevend. De SVB is bevoegd om de AWBZ-verzekering (en daarmee de verzekeringsplicht voor de Zvw) vast te stellen. Bij twijfel over AWBZ-verzekering kan de SVB een onderzoek starten. In het overleg van VWS met ZN, heeft ZN aangegeven haar leden hierop wederom met klem te hebben gewezen.

Tijdige aanmelding pasgeborenen

Uit het onderzoek blijkt dat ouders er vaak niet goed van op de hoogte zijn dat zij hun pasgeboren baby binnen vier maanden na de geboorte dienen aan te melden voor de zorgverzekering.

Bij de plenaire behandeling van de wet «opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering» is dit onderwerp ook ter sprake gekomen. In mijn brief van 18 februari 2011¹ in aansluiting op dit debat heb ik aangegeven te willen onderzoeken of gemeenten een rol kunnen spelen bij het sluiten van een zorgverzekering voor nieuw geboren en of immigranten. Het staat mij daarbij voor ogen een pilot uit te voeren in samenwerking met enige daartoe bereid zijnde gemeenten. Ik zal uw Kamer in de loop van het voorjaar gaarne nader informeren over de voorbereidingen van de pilot.

Informatieverstrekking over het boeteregime

Blijkens het onderzoek van Stichting De Ombudsman verstrekken zorgverzekeraars telefonisch geen goede en volledige informatie over de boeteregeling bij te late aanmelding voor de zorgverzekering.

Ten tijde van het onderzoek gold nog het boeteregime van artikel 96 Zvw, waarbij het boetebedrag hoog kon oplopen. Wellicht ten overvloede merk ik op dat het betreffende boeteregime inmiddels bij inwerkingtreding van bovengenoemde wet is vervallen. Inmiddels geldt een ander boeteregime. In het nieuwe boetesysteem hebben de zorgverzekeraars geen rol meer. In dit systeem worden onverzekerden eerst aangemaand een zorgverzekering te sluiten door het CVZ, voordat zij een boete opgelegd krijgen. Ik ga er daarom vanuit dat deze bevinding haar belang verloren heeft.

Verzekering minderjarige kinderen bij andere verzekeraar dan de ouders

In de Zorgverzekeringswet is niet bepaald dat minderjarige kinderen bij dezelfde zorgverzekeraar als hun ouders verzekerd moeten zijn. Uit het onderzoek van Stichting De Ombudsman blijkt dat meer dan de helft van de zorgverzekeraars dit in de praktijk wel eist.

In het overleg met ZN is van de zijde van VWS benadrukt dat de zorgverzekering individueel is. Dat betekent dat kinderen een eigen polis krijgen en dus ook los van de ouders verzekerd kunnen worden bij een andere verzekeraar. ZN heeft haar leden hierover geïnformeerd.

Ex-gedetineerden

De rechten en plichten uit de zorgverzekering worden van rechtswege opgeschort als iemand gedetineerd wordt. Justitie is dan verantwoordelijk voor het verstrekken van de zorg. Bij het einde van de detentie wordt de schorsing weer opgeheven. Blijkens het onderzoek van Stichting De Ombudsman loopt dat laatste niet altijd even soepel. Een gedetineerde meldt zich niet af of ondervindt problemen bij het «herleven» van de zorgverzekering.

¹ Kamerstukken I, 32 150, nr. E.

Op dit moment vinden besprekingen plaats tussen het Ministerie van Justitie, Dienst Justitiële Inrichtingen, ZN en mijn ministerie om te bezien of een structurele oplossing is aangewezen. Bij ZN is aandacht gevraagd voor de door de Stichting De Ombudsman gesignaleerde knelpunten.

Betalingsachterstand

Uit het onderzoek van Stichting de Ombudsman blijkt dat zorgverzekeraars hun verzekerden een concreet voorstel doen per brief of dat de verzekerde wordt gevraagd om contact op te nemen met de verzekeraar voor een betalingsregeling, wanneer er betalingsachterstanden zijn.

Wanneer een verzekerde niet reageert op de brieven, neemt de helft van de verzekeraars telefonisch contact op. Bij betalingsachterstand is het pas weer mogelijk een aanvullende verzekering af te sluiten als de volledige schuld is afgelost.

Op dit moment wordt de uitvoering van de wanbetalersregeling geëvalueerd. In welke mate zorgverzekeraars in het voortraject stappen ondernemen om te voorkomen dat mensen in het bestuursrechtelijk premieregime terecht komen, is onderdeel van het evaluatieonderzoek.

«Wachttijd»

Uit het onderzoek van Stichting De Ombudsman komt naar voren dat meer dan helft van de zorgverzekeraars betoogt dat iemand na aanmelding meteen gebruik kan maken van zijn zorgverzekering, maar dat slechts een klein aantal zorgverzekeraars die service daadwerkelijk biedt. Over het algemeen geldt dat de gegevens eerst administratief moeten worden verwerkt voordat van de zorgverzekering gebruik kan worden gemaakt.

Naar mijn mening zijn de bepalingen over het moment van ingang van de verzekering in de Zvw duidelijk. Zodra betrokkene zich volledig heeft aangemeld, kan er direct aanspraak op de polis worden gemaakt (artikel 5 Zvw). Zorgverzekeraars moeten zich hieraan houden en hun processen daarop inrichten.

Jongeren

Stichting de Ombudsman stelt dat niet alle zorgverzekeraars jongeren even goed inlichten over de voor hen geldende wijzigingen bij het bereiken van de achttienjarige leeftijd. Uit navraag door ZN bij de bij haar aangesloten leden, is gebleken dat zorgverzekeraars altijd enige weken voor het bereiken van de achttienjarige leeftijd een bericht sturen waarin wordt meegedeeld dat het bereiken van de achttienjarige leeftijd gevolgen heeft voor de tot dan toe kosteloze basisverzekering, voor de aanvullende verzekering, en dat zorgtoeslag kan worden aangevraagd. Tevens worden zij er dan op gewezen dat zo nodig elders een verzekering kan worden gesloten.

Het rapport is aanleiding geweest voor ZN om zorgverzekeraars te adviseren om het genoemde bericht zowel aan de verzekeringnemer als de verzekerde te sturen, nu Stichting de Ombudsman aangeeft dat twee zorgverzekeraars alleen de verzekeringnemer informeerden.

Aanvullende verzekering

Zorgverzekeraars hanteren een eigen beleid wat betreft de acceptatie en uitvoering inzake aanvullende verzekeringen. Stichting De Ombudsman concludeert in haar onderzoek dat het hierbij schort aan transparantie.

Wellicht ten overvloede wijs ik u erop dat Europese regelgeving eraan in de weg staat dat de overheid zich bemoeit met de samenstelling van een aanvullende ziektekostenverzekering, de hoogte van de premie én de acceptatiecriteria daarvoor. Deze worden door de verzekeringsmaatschappijen zelf vastgesteld.

Tenslotte meld ik u dat de NZa een onderzoek heeft uitgevoerd naar mondelinge informatieverstrekking door zorgverzekeraars, zoals aangekondigd in de monitor Zorgverzekeringsmarkt 2009. Doel van het onderzoek was om inzicht te krijgen in de wijze waarop de mondelinge informatieverstrekking door zorgverzekeraars vormgegeven wordt. Op basis van de uitkomsten van het onderzoek is de NZa van mening dat zorgverzekeraars de borging van de kwaliteit van de mondelinge informatieverstrekking in het algemeen op een goede wijze hebben geregeld. Wel heeft de NZa aandacht gevraagd voor het schriftelijk dan wel via de email bevestigen van mondelinge toezeggingen. Een afschrift van deze brief zal ik aan ZN sturen, met het verzoek de bovengenoemde punten nogmaals onder de aandacht van de zorgverzekeraars te brengen. Ik vertrouw erop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

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