

De Ombudsman Stichting

Van zorg verzekerd?

Dat begint bij de zorgverzekeraar

Onderzoek naar de dienstverlening van zorgverzekeraars

**Van zorg verzekerd?
Dat begint bij de zorgverzekeraar**

Onderzoek naar de dienstverlening van zorgverzekeraars

Voorwoord

Het verstrekken van juiste en volledige informatie is cruciaal in iedere dienstensector. Dat geldt zeker voor de zorgverzekeraar.

De huidige computergestuurde, gestandaardiseerde informatievoorziening beïnvloedt de aard en de kwaliteit van de dienstverlening. Staat de informatie niet of onjuist op het scherm, dan is de informatiemedewerker niet in staat om dit te signaleren omdat er in algemene zin kennis ontbreekt.

Na vier jaar ervaring aan de zorgverzekeringslijn waar mensen hulp en advies kunnen krijgen, zien wij regelmatig dat mensen ongewild onverzekerd zijn. Ten onrechte worden mensen geweigerd aan de poort van de zorgverzekeraar voor een zorgverzekering die verplicht is in Nederland.

Herhaaldelijk hebben wij zorgverzekeraars aangesproken op het feit dat het schort aan hun dienstverlening aan onverzekerden. De klantenservice blijft op een aantal vragen echter hardnekkig persisteren in het verschaffen van onjuiste informatie. Die patstelling moest doorbroken worden.

Onze vrijwilligers zijn ingezet als mystery guests die de opdracht kregen om de klantenservice van de zorgverzekeraars te bevragen. Daarnaast kregen de directies van de zorgverzekeraars een vragenlijst voorgelegd. Het feit dat 26 van de 30 aangeschreven zorgverzekeraars hebben meegewerkt, laat zien dat ook zij het belang van een dergelijk onderzoek inzien.

Aan de zorgverzekeraars zijn de meest hardnekkige misverstanden, onduidelijkheden en problemen voorgelegd. Het uitsluiten van mensen zonder GBA-inschrijving is daar de meest kwalijke van maar ook over het verzekeren van baby's en de boeteregeling wordt vaak onvolledig of onjuist geïnformeerd.

In deze notitie schetsen wij u een beeld hoe binnen de organisaties op verschillende niveaus met klanten wordt gecommuniceerd. Wij verwachten, door deze kennis te delen met de zorgverzekeraars, dat er een omslag komt in de dienstverlening door zorgverzekeraars aan (kandidaat-)verzekerden.

Els Prins
Stichting De Ombudsman

maart 2010

Deze notitie is tot stand gekomen in het kader van de doelgroepgerichte voorlichtingscampagnes die Stichting De Ombudsman in opdracht van het ministerie van VWS voert.

Inleiding

Een man zonder vaste woon- en verblijfplaats belt naar de zorgverzekeringslijn van Stichting De Ombudsman. Hij is al een jaar onverzekerd. Diverse zorgverzekeraars heeft hij benaderd, maar telkens vangt hij bot. Zonder GBA-inschrijving is een zorgverzekering niet mogelijk, krijgt hij steeds te horen. Hij ziet af van doktersbezoek en vreest de dag dat hij zorgkosten moet maken. Kosten die hij onmogelijk zelf kan opbrengen.

Deze zaak staat niet op zich. Uit de vragen en klachten die op de speciale zorgverzekeringslijn (0800 - 64 64 644) binnenkomen, blijkt dat de dienstverlening van zorgverzekeraars regelmatig te wensen overlaat. Ook signaleert De Ombudsman meer dan eens dat de antwoorden die de klantenservice geeft, niet stroken met het beleid van de desbetreffende zorgverzekeraar.

De zorgverzekeringslijn is onderdeel van de voorlichtingscampagnes die De Ombudsman jaarlijks voert, met financiële steun van het ministerie van VWS. De doelgroepgerichte campagnes zijn gericht op groepen onverzekerden en sinds de inwerkingtreding van de wanbetalersregeling ook op mensen met een betalingsachterstand.

Via de zorgverzekeringslijn en via de speciale website kunnen mensen terecht voor hulp en advies.

Om te onderzoeken hoe het precies is gesteld met de kwaliteit van de dienstverlening van zorgverzekeraars, is op twee manieren informatie verzameld.

Vrijwilligers van De Ombudsman zijn ingeschakeld als mystery guests. In november 2009 hebben zij gebeld met de klantenservices van zorgverzekeraars met vragen over specifieke situaties als het ontbreken van een GBA-inschrijving, het te laat aanmelden van kinderen en betalingsachterstand.

In diezelfde periode is aan de directies van dertig zorgverzekeraars een schriftelijke enquête over het (communicatie)beleid toegestuurd. Tevens zijn zij geïnformeerd over het feit dat daarnaast mystery guests worden ingezet.

De schriftelijke enquête is ingevuld door zesentwintig zorgverzekeraars, individueel of op concernniveau; vier zorgverzekeraars hebben niet deelgenomen.

De mystery guests hebben gebeld met de klantenservice van vijfentwintig zorgverzekeraars.

De resultaten van beide enquêtes vindt u hierna. Eerst worden de resultaten van de telefonische enquête aan de klantenservice gepresenteerd, daarna volgen de resultaten van de schriftelijke enquêtes aan de directies van de zorgverzekeraars.

Vervolgens worden de uitkomsten met elkaar vergeleken. Tot slot heeft De Ombudsman een aantal aanbevelingen opgesteld, om de dienstverlening aan onverzekerden en verzekerden te verbeteren.

1. Klantenservice zorgverzekeraars gewogen

Het eerste contact met een zorgverzekeraar verloopt vaak via de klantenservice. Het is belangrijk dat de informatie die daar wordt verstrekt, juist en volledig is. Op basis van die informatie nemen mensen namelijk beslissingen.

Onze mystery guests belden onder hun eigen naam naar het nummer van de klantenservices van de zorgverzekeraars om informatie te verkrijgen voor een kennis of vriend. Het ging om algemene informatie in een bepaalde situatie.

Vier onderwerpen zijn in afzonderlijke belrondes aan de orde gesteld:

- 1.1 Acceptatie bij ontbreken GBA-inschrijving
- 1.2 Een te laat ingeschreven kind
- 1.3 Betalingsachterstand
- 1.4 Uit detentie

1.1 Acceptatie bij ontbreken GBA-inschrijving

Per 1 januari 2006 is de Zorgverzekeringswet van kracht geworden. Iedereen die verzekerd is voor de AWBZ, is verplicht een zorgverzekering af te sluiten. Verzekerd voor de AWBZ is degene die ingezetene is, dus hier woont. Ook verzekerd is degene die hier niet woont maar hier werkt en aan de loonbelasting is onderworpen.

Of iemand hier woont, hangt af van een aantal omstandigheden. Uit de jurisprudentie over het begrip ingezetene blijkt dat er wordt gekeken naar de juridische, sociale en economische bindingen die iemand heeft met Nederland. Een GBA-inschrijving is daarbij een hulpmiddel. Als een GBA inschrijving ontbreekt, kunnen andere gegevens uitkomst bieden om te bepalen of er sprake is van ingezetenschap. Een werkgeversverklaring, BSN, uitkeringsoverzichten, loonbelastingplicht en dergelijke kunnen daartoe ook dienen.

In de praktijk blijkt dat onverzekerden zonder vaste woon- en verblijfplaats veel meer moeite moeten doen om een zorgverzekering af te sluiten. Ze worden vaak geweigerd door de zorgverzekeraar vanwege het ontbreken van een GBA-inschrijving.

Casus A. Geen GBA-inschrijving

Onze mystery guests legden het volgende voor aan de klantenservicemedewerker van de zorgverzekeraars:

Een kennis van mij is al jaren onverzekerd. Hij heeft een klein WAO'tje en kan de premie niet opbrengen. Hij heeft nu een dokter nodig. Maar hij zegt dat het hem niet lukt om zich aan te melden bij een zorgverzekeraar omdat hij niet staat ingeschreven in de GBA (gemeentelijke basisadministratie). Accepteert u hem wel? Hoe zit het met de boete?

Geen acceptatie

Slechts één klantenservicemedewerker geeft hierop het juiste antwoord: GBA-inschrijving is niet leidend. Twee medewerkers moeten het antwoord schuldig blijven, de overige 22 klantenservicemedewerkers zeggen dat zij iemand zonder GBA-inschrijving niet accepteren (zie tabel 1.1).

Tabel 1.1

Kan iemand een zorgverzekering afsluiten, terwijl een GBA-inschrijving ontbreekt?

Antwoord klantenservice zorgverzekeraars	Aantallen	Percentages
Ja	1	4%
Nee	22	88%
Weet niet	2	8%

Doorvragen

Vervolgens is doorgevraagd: wat moet iemand doen om wel te worden geaccepteerd? Ook dan antwoorden de meeste klantenservicemedewerkers dat inschrijving in de GBA een absolute voorwaarde is om een zorgverzekering af te kunnen sluiten. Twee medewerkers verwijzen door naar het CVZ en naar een tussenpersoon verzekeringen: mogelijk weten zij een oplossing.

Drie medewerkers moeten het antwoord schuldig blijven.

Opmerkelijk is dat geen van de klantenservicemedewerkers op het feit wijst dat andere gegevens overlegd kunnen worden, om te bepalen of iemand verzekeringsplichtig is (zie tabel 1.2).

Tabel 1.2

Bij doorvragen: wat moet iemand doen om wel te worden geaccepteerd? (n=22)

Antwoord klantenservice zorgverzekeraars	Aantallen	Percentages
Inschrijven GBA	17	77%
Weet niet	3	14%
Doorverwijzing naar CVZ/tussenpersoon verzekeringen	2	9%

Direct gebruik van de zorgverzekering

Soms is het noodzakelijk om meteen gebruik te kunnen maken van de zorgverzekering.

Een vrouw belt naar de zorgverzekeringslijn. Haar vader heeft ze kort geleden aangemeld bij een zorgverzekeraar, omdat hij dringend medicijnen nodig heeft. Bij de apotheek krijgt ze de medicijnen van 800 euro echter niet mee, omdat haar vader nog te boek staat als onverzekerd. Wanneer ze de zorgverzekeraar hierover benadert, krijgt ze te horen dat de aanmelding van haar vader eerst administratief verwerkt moet worden. Dat kan weken duren. Na bemiddeling van De Ombudsman kan mevrouw 's middags de medicijnen voor haar vader ophalen bij de apotheek.

Meer dan de helft van de klantenservicemedewerkers zegt dat iemand meteen gebruik kan maken van zijn zorgverzekering na aanmelding. Volgens acht klantenservicemedewerkers moet iemand wachten tot hij zijn pasje heeft ontvangen. Twee klantenservicemedewerkers weten het antwoord niet (zie tabel 1.3).

Tabel 1.3

Kan iemand na aanmelding meteen naar een zorgverlener?

Antwoord klantenservice zorgverzekeraars	Aantallen	Percentages
Ja	15	60%
Nee	8	32%
Weet niet	2	8%

Boete

Op grond van Zorgverzekeringswet krijgen onverzekerden een boete over de periode dat zij onverzekerd zijn geweest. Deze regeling is ooit bedoeld als aansporing, maar werkt inmiddels als drempel. De boeteregeling is echter niet zo hard als deze in eerste instantie lijkt. Er wordt rekening gehouden met het inkomen, met schulden en met iemands psychische gesteldheid. Bovendien moet de boete binnen een jaar kunnen worden afgelost. Al deze factoren spelen een rol bij het bepalen van de hoogte van de boete, dat wil zeggen dat de boete naar beneden wordt bijgesteld of in het geheel niet wordt opgelegd.

‘Hoe zit het met de boete?’ is gevraagd aan de klantenservice. Op drie na melden de klantenservicemedewerkers dat er een boete wordt opgelegd, wanneer onverzekerden zich aanmelden voor een zorgverzekering (zie tabel 1.4).

Tabel 1.4

Krijgt een onverzekerde een boete opgelegd over de periode dat hij niet verzekerd is geweest?

Antwoord klantenservice zorgverzekeraars	Aantallen	Percentages
Ja	22	88%
Nee	0	0%
Weet niet	3	12%

Hoogte van de boete

Over het algemeen moet er nagevraagd worden bij een andere collega van de klantenservice over de hoogte van de boete. De antwoorden zijn niet allemaal even volledig. Meer dan de helft noemt het percentage van 130% van de premie. Twee klantenservicemedewerkers zeggen dat de hoogte van de boete afhankelijk is van de onverzekerde periode. Soms wordt gezegd dat de boete even hoog is als de maandpremie van de basisverzekering (zie tabel 1.5).

Tabel 1.5

Hoe hoog is de boete?

Antwoord klantenservice zorgverzekeraars	Aantallen	Percentages
130% van de premie	16	64%
Weet niet	7	28%
Afhankelijk van onverzekerde periode	2	8%

Onder de boete uitkomen

Vervolgens is gevraagd of er mogelijkheden zijn om onder de boete uit te komen. Meer dan de helft van de klantenservicemedewerkers wijst op de bezwaarprocedure bij het CVZ. Soms wordt meteen het adres van CVZ gegeven. Zeven medewerkers antwoorden ontkennend en vier weten niet hoe het zit met de boete.

Opmerkelijk is dat geen van de klantenservicemedewerkers nader uitweidt over de boeteregeling. Dat zou wel op zijn plaats geweest zijn: de voorgelegde casus ging immers over iemand met een klein WAO'tje (zie tabel 1.6).

Tabel 1.6
Zijn er mogelijkheden om onder de boete uit te komen?

Antwoord klantenservice zorgverzekeraars	Aantallen	Percentages
Ja	0	0%
Nee	7	28%
Bezwaar is mogelijk	14	56%
Weet niet	4	16%

1.2 Een te laat ingeschreven kind

Kinderen betalen tot hun 18^e jaar geen zorgpremie. Wel moeten ouders hun kinderen aanmelden bij een zorgverzekeraar. Dat moet gebeuren binnen vier maanden na geboorte van het kind. Het komt voor dat ouders dit nalaten: ze denken dat het automatisch gaat of vergeten het. Wanneer ze niet op tijd hun kind laten inschrijven, zijn de zorgkosten voor eigen rekening. Die kosten kunnen hoog oplopen.

Een jonge vader belt naar de zorgverzekeringslijn. Hij is geconfronteerd met een fikse rekening van het ziekenhuis voor zijn pasgeboren kind. Wanneer hij belt met zijn zorgverzekeraar blijkt hij tien dagen te laat is met aanmelden. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten niet. Het jonge gezin blijft zitten met de rekening van 2200 euro. Met terugwerkende kracht verzekeren bij te late aanmelding is namelijk niet mogelijk op grond van de Zorgverzekeringswet.

Casus B: Een te laat ingeschreven kind

Onze mystery guests legden het volgende voor aan de klantenservice van de zorgverzekeraars:

Kennissen hebben een kindje van een half jaar. Het kind heeft een tijd in het ziekenhuis gelegen en nu de rekeningen van het ziekenhuis komen, blijkt dat het onverzekerd was. Zijn ouders hebben hem niet aangemeld bij een zorgverzekeraar. Ze zitten nu met hoge zorgkosten die ze niet vergoed krijgen. Is daar nog iets aan te doen? Is terugwerkende kracht mogelijk? Moet het kind per se worden aangemeld bij de zorgverzekeraar van de ouders?

Terugwerkende kracht

Iets minder dan de helft van de klantenservicemedewerkers geeft als antwoord dat het niet mogelijk is om met terugwerkende kracht het kind aan te melden; bij acht zorgverzekeraars geldt een coulanceregeling, waarop schriftelijk beroep kan worden gedaan.

Drie klantenservicemedewerkers geven aan dat het kind met terugwerkende kracht verzekerd kan worden en de rekeningen gedeclareerd kunnen worden. Drie medewerkers weten het antwoord op de vraag niet (zie tabel 1.7).

Tabel 1.7

De ouders hebben verzuimd hun kind op tijd aan te melden. In die periode hebben ze zorgkosten gemaakt. Kan het kind worden aangemeld met terugwerkende kracht?

Antwoord klantenservice zorgverzekeraars	Aantallen	Percentages
Ja	3	12%
Nee	11	44%
Bij goede reden is coulance mogelijk	8	32%
Weet niet	3	12%

Per se bij de ouders

De Zorgverzekeringswet biedt de mogelijkheid wel, maar 15 van de 25 klantenservicemedewerkers laten weten dat het kind per se dezelfde zorgverzekeraar als die van de ouders moet hebben. Bij negen zorgverzekeraars is dit niet nodig: het kind kan ook bij een andere zorgverzekeraar worden aangemeld, aldus de klantenservice. Een klantenservicemedewerker moet het antwoord schuldig blijven (zie tabel 1.8).

Tabel 1.8

Moet het kind per se bij de zorgverzekeraar van de ouders worden aangemeld?

Antwoord klantenservice zorgverzekeraars	Aantallen	Percentages
Ja	15	60%
Nee	9	36%
Weet niet	1	4%

Aanvulling: ouders die om welke reden dan ook onverzekerd zijn, maar voor hun kinderen wel een zorgverzekering willen afsluiten, stuiten nogal eens op een afwijzing van de zorgverzekeraar, zo is de ervaring aan de zorgverzekeringslijn. Ongewenste gevolg is dat het gehele gezin onverzekerd blijft.

1.3 Betalingsachterstand

Zorgverzekeraars mogen hun verzekerden niet schorsen of royeren voor de basisverzekering wanneer er een premieachterstand is ontstaan. Aan de andere kant kunnen verzekerden in die situatie niet overstappen naar een andere verzekeraar. Dit ligt anders bij de aanvullende verzekeringen. Van verzekerden met een aanvullende verzekering wordt bij betalingsachterstand de aanvullende verzekering uiteindelijk beëindigd. Die aanvullende verzekering kan weer worden afgesloten vanaf het moment dat de achterstallige premie is ingelost.

Voor veel verzekerden is dat erg nadelig zeker als zij te maken hebben met zorg, denk bijvoorbeeld aan fysiotherapie, die uit de aanvullende verzekering wordt vergoed.

Een moeder belt naar de zorgverzekeringslijn. Haar zoon heeft psychische problemen, heeft zijn rekeningen niet betaald en is uit de aanvullende verzekering gezet. Er is inmiddels een betalingsregeling met de zorgverzekeraar afgesproken.

Haar zoon heeft zorg nodig die in het aanvullend pakket zit. Zij doet een schriftelijk verzoek aan de zorgverzekeraar om haar zoon weer in de aanvullende verzekering op te nemen, op haar kosten. De zorgverzekeraar weigert en schrijft dat eerst de gehele schuld moet zijn afgelost voordat een aanvullende verzekering weer mogelijk is.

In theorie kan iemand voor een andere aanvullende verzekering overstappen naar een andere zorgverzekeraar maar dat werkt in de praktijk niet zo. Het is voor mensen onduidelijk of en wanneer ze een aanvullende verzekering kunnen afsluiten. Zo valt te lezen in de algemene voorwaarden van een zorgverzekeraar:

'In bepaalde gevallen kunt u een aanvullende zorgverzekering ook sluiten, als u geen hoofdverzekering hebt gesloten of u een Zorgverzekering of andere hoofdverzekering elders hebt gesloten. Neemt u daarvoor contact met ons op.'

Uit een eerdere inventariserende belronde van De Ombudsman blijkt dat zorgverzekeraars drempels opwerpen. Sommige zorgverzekeraars weigeren iemand ronduit alleen voor een aanvullende verzekering, andere verhogen de premie voor het aanvullend pakket of doen aan medische selectie wanneer zich iemand uitsluitend voor het aanvullende pakket meldt.

Het gevolg is dat mensen door het niet-royeren uit het basispakket verzekerd blijven van de medisch noodzakelijke zorg maar verstoken blijven van de voor hen noodzakelijke zorg uit het aanvullende pakket.

Casus C: Betalingsachterstand

Onze mystery guests legden het volgende voor aan de klantenservice van de zorgverzekeraars:

Een kennis is uit de aanvullende verzekering gezet, vanwege betalingsachterstand. Maar die kennis moet dringend naar de tandarts. Is het mogelijk om opnieuw een aanvullende verzekering af te sluiten?

Eerst schuld aflossen

Alle klantenservicemedewerkers, op één na, melden dat eerst de schuld helemaal moet worden afgelost voordat er weer een aanvullende verzekering mogelijk is.

Eén klantenservicemedewerker geeft aan dat een aanvullende verzekering weer kan worden afgesloten als de afgesproken betalingsregeling gedurende een bepaalde periode wordt nagekomen (zie tabel 1.9).

Tabel 1.9

Wanneer is het mogelijk om weer een aanvullende verzekering af te sluiten?

Antwoord klantenservice zorgverzekeraars	Aantallen	Percentages
Eerst schuld helemaal aflossen	24	96%
Wanneer de afgesproken betalingsregeling wordt nagekomen	1	4%

Overstappen niet mogelijk

Alle klantenservicemedewerkers geven aan dat het niet mogelijk is om over te stappen als er nog een betalingsachterstand is. Ze laten weten dat dit wettelijk is geregeld. Wel zeggen enkele klantenservicemedewerkers dat als de schuld bijvoorbeeld in september is afgelost een aanvullende verzekering weer mogelijk is per oktober. Maar overstappen is pas mogelijk aan het eind van het jaar (zie tabel 1.10).

Tabel 1.10

Is aan het eind van het jaar overstappen naar een andere zorgverzekeraar mogelijk ondanks een betalingsachterstand?

Antwoord klantenservice zorgverzekeraars	Aantallen	Percentages
Ja	0	0%
Nee	25	100%

1.4 Uit detentie

Gedetineerden vallen niet onder de Zorgverzekeringswet, maar onder een regeling van het ministerie van Justitie. Wie in detentie gaat, moet zijn zorgverzekering laten opschorten. Daarvoor is een formulier beschikbaar waarop moet worden aangegeven wanneer iemand in detentie gaat en wanneer diegene naar verwachting weer vrij komt. Zogauw de detentie is geëindigd, moet de zorgverzekering weer worden geactiveerd. In de praktijk blijkt dat de overgang voor ex-gedetineerden niet altijd even soepel verloopt. Dat wreekt zich als zij direct na ontslag uit detentie zorg nodig hebben.

Casus D: Uit detentie

Onze mystery guests legden het volgende voor aan de klantenservice van de zorgverzekeraars:

Een kennis is pas uit detentie en heeft dringend een dokter nodig. Wat moet hij doen om zich zo snel mogelijk weer te verzekeren? Wat kan de zorgverzekeraar doen om zijn toegang tot zorg te bespoedigen?

Ontslagbewijs

Over het algemeen vragen zorgverzekeraars om een ontslagbewijs voordat ze een ex-gedetineerde weer kunnen verzekeren. De zorgkosten moeten in dat geval eerst zelf worden voorgesloten. De duur totdat de gegevens verwerkt zijn en de verzekerde weer gebruik kan maken van zijn zorgverzekering ligt tussen de vijf werkdagen en drie weken. De ene verzekeraar verwerkt de gegevens sneller dan de andere.

Vier van de 25 benaderde zorgverzekeraars maken het na een telefoontje direct in orde; twee geven aan dat aanmelding ook kan per brief of per mail (zie tabel 1.11).

Tabel 1.11

Een kennis is pas uit detentie en heeft dringend een arts nodig. Hoe kan hij zich zo snel mogelijk weer verzekeren?

Antwoord klantenservice zorgverzekeraars	Aantallen	Percentages
Hij moet eerst zijn ontslagbewijs toesturen, tot die tijd moet hij de kosten zelf voorschieten	19	76%
Even naar ons bellen en dan maken wij het weer in orde	4	16%
Kan brief met gegevens sturen	2	8%

Andere procedure mogelijk?

Is er een andere procedure mogelijk, wanneer voorschieten van de zorgkosten geen optie is? Op deze vraag antwoorden 15 van de 19 klantenservicemedewerkers die eerst een ontslagbewijs wilden zien, dat er geen andere mogelijkheid is. Voor een oplossing verwijzen zij naar de zorgverlener die mogelijk de behandeldagen kan opschuiven in tijd, wachten met het opsturen van de nota of niet om contante betaling vraagt.

Vier klantenservicemedewerkers zien geen probleem. Een huisarts mag immers geen contante betaling vragen en de ex-gedeteneerde kan gewoon zijn oude klantnummer gebruiken. Voorschieten is dus niet nodig.

Eén klantenservicemedewerker gaf een geheel onjuist antwoord. Deze vertelde dat de kosten van het bezoek aan de dokter in ieder geval eerst zelf moest worden betaald in verband met het eigen risico (dat niet geldt voor het bezoek aan de huisarts).

Tabel 1.12

Hij heeft nog geen inkomen, voorschieten kan niet. Kan het anders worden geregeld?

Antwoord klantenservice zorgverzekeraars	Aantallen	Percentages
Ja	4	33%
Nee	15	56%

Samenvattend

Mensen moeten ervan uit kunnen gaan dat de informatie die de zorgverzekeraar verstrekt via de klantenservice klopt. Uit de onderzoeksresultaten blijkt echter dat er regelmatig onjuiste en onvolledige informatie wordt gegeven door de klantenservicemedewerkers:

- 22 van de 25 klantenservices stellen GBA-inschrijving als voorwaarde voor een zorgverzekering;
- Geen van de klantenservices geeft goede en volledige informatie over de boeteregeling;
- 15 van de 25 klantenservices zeggen dat ouder en kind per se dezelfde zorgverzekeraar moet hebben.

Met deze onjuiste informatie zet de klantenservice mensen op het verkeerde been. Mensen blijven bijvoorbeeld onverzekerd, omdat ze geen GBA-inschrijving hebben of omdat ze de boete vrezen en dus afzien van een zorgverzekering.

Andere opvallende zaken uit het onderzoek onder de klantenservices zijn de volgende:

- 3 van de 25 klantenservicemedewerkers zeggen een te laat aangemeld kind (te weten later dan vier maanden na de geboorte) met terugwerkende kracht in te schrijven, 8 zeggen coulance toe te passen, hoewel de wet hierin niet voorziet.
- 8 van de 25 klantenservices zeggen dat iemand pas gebruik kan maken van zijn zorgverzekering na administratieve verwerking, 15 klantenservices zeggen dat het meteen kan.
- 15 van de 25 klantenservices bieden geen hulp aan wanneer de zorgverzekering van een ex-gedetineerde nog niet is geactiveerd (bijvoorbeeld door het administratieve proces te bespoedigen) en hij dringend zorg of medicijnen nodig heeft.
- 24 van de 25 klantenservices zeggen dat bij een betalingsachterstand een aanvullende verzekering pas weer mogelijk is nadat de schuld volledig is afgelost.

2. Beleid zorgverzekeraars

Inleiding

Aan de schriftelijke enquête met vragen over het (communicatie)beleid hebben 26 zorgverzekeraars deelgenomen. Gevraagd is naar het beleid ten aanzien van onverzekerden, ex-gedetineerden, ouders en jongeren.

Dienstverlening aan onverzekerden, ex-gedetineerden, ouders

Wanneer een GBA-inschrijving ontbreekt

Indien een GBA inschrijving ontbreekt moet op andere gronden worden gecontroleerd of de kandidaat-verzekerde ingezetene is en daarmee verplicht is een zorgverzekering af te sluiten. Van belang daarbij zijn de juridische, sociale en economische bindingen met Nederland.

Bij het ontbreken van een GBA-inschrijving vragen 17 van de 26 zorgverzekeraars nadere gegevens op bij de kandidaat-verzekerde, om te bepalen of iemand verzekeringsplichtig is. De gegevens die opgevraagd worden voor nader onderzoek zijn:

- Arbeidscontract
- Kopie paspoort/verblijfsdocument
- Loonstrook
- Huurovereenkomst
- Bewijs uitkering
- Bewijs afgifte BSN

Negen zorgverzekeraars verifiëren gegevens via de belastingdienst (zie tabel 2.1).

Tabel 2.1

Wanneer een GBA-inschrijving ontbreekt: op welke wijze wordt onderzocht of de kandidaat-verzekerde verzekeringsplichtig is?

Beleid zorgverzekeraars	Aantallen	Percentages
Wij vragen bij de kandidaat-verzekerde gegevens op	17	65%
Er vindt verificatie plaats bij de belastingdienst	9	35%

Acceptatie na detentie

Meer dan de helft van de zorgverzekeraars geeft aan dat de verzekerde na detentie niet onmiddellijk weer wordt geaccepteerd. Er is eerst een bewijs van ontslag nodig. De overige verzekeraars geven aan dat een verzekerde zich direct weer kan aanmelden na beëindiging van de detentie. Het bewijs van ontslag kan later worden toegestuurd (zie tabel 2.2).

Tabel 2.2

Wordt een ex-gedetineerde meteen weer geaccepteerd?

Beleid zorgverzekeraars	Aantallen	Percentages
Ja, het bewijs van ontslag kan later worden toegestuurd	12	46%
Nee, wij hebben eerst een bewijs van ontslag uit detentie nodig	14	54%

Te laat aangemeld pasgeboren kind

Aanmelding bij een zorgverzekeraar moet gebeuren binnen vier maanden na de geboorte van een kind. Terugwerkende kracht bij een te late aanmelding is niet mogelijk op grond van de Zorgverzekeringswet. Toch geven zes zorgverzekeraars aan dat terugwerkende kracht mogelijk is, één zorgverzekeraar spreekt van een coulanceregeling, waarop ouders een beroep kunnen doen, wanneer zij hun kind te laat aanmelden.

De meerderheid, te weten 19 van de 26 zorgverzekeraars, meldt dat terugwerkende kracht niet mogelijk is, met als gevolg dat ouders de gemaakte zorgkosten zelf moeten dragen (zie tabel 2.3).

Tabel 2.3

Wordt een pasgeboren kind met terugwerkende kracht ingeschreven bij een te late aanmelding (na vier maanden)?

Beleid zorgverzekeraars	Aantallen	Percentages
Ja	6	23%
Nee, datum van aanmelding is datum van inschrijving	19	73%
Bij uitzondering passen we coulance toe	1	4%

Kind los van de ouders

Op één na laten de zorgverzekeraars weten kinderen zonder hun ouders te accepteren, soms met de aantekening dat er een verzekeringsnemer moet zijn van 18 jaar of ouder. Dit is in lijn met de Zorgverzekeringswet: kinderen kunnen een andere zorgverzekeraar hebben dan hun ouders.

Eén zorgverzekeraar verklaart deze kinderen niet te accepteren (zie tabel 2.4).

Tabel 2.4

Wordt een kind onder de 18 jaar geaccepteerd als verzekerde voor de basisverzekering wanneer de ouders een andere verzekeraar hebben?

Beleid zorgverzekeraars	Aantallen	Percentages
Ja	21	81%
Ja, mits er een verzekeringsnemer is van 18 jaar of ouder	4	15%
Nee	1	4%

Direct gebruik van de zorgverzekering

Wanneer kan een verzekerde na aanmelding gebruik maken van zijn zorgverzekering? Bij de meeste zorgverzekeraars geldt een administratieve wachttijd. De gegevens moeten eerst verwerkt zijn. Tot die tijd moet de verzekerde de zorgkosten voorschieten.

Vijf zorgverzekeraars melden dat er wel direct gebruik kan worden gemaakt van de zorgverzekering, soms met de opmerking dat de aanmelding pas na 24 uur zichtbaar is in VECOZO, het systeem waar zorgverleners kunnen checken of iemand is verzekerd (zie tabel 2.5).

Tabel 2.5

Kan een onverzekerde die zich aanmeldt direct gebruikmaken van zijn zorgverzekering?

Beleid zorgverzekeraars	Aantallen	Percentages
Ja, iemand die zich aanmeldt, kan onmiddellijk gebruikmaken van zorgverzekering	5	19%
Nee, iemand die zich aanmeldt, kan pas nadat de gegevens administratief zijn verwerkt, gebruikmaken van zijn zorgverzekering	21	81%

Acceptatie bij aanvullende verzekeringen zonder basisverzekering

Op de zorgverzekeringslijn komen veel vragen binnen over de aanvullende verzekeringen. Vaak is onduidelijk welke voorwaarden of beleid zorgverzekeraars hanteren en met welke keuze mensen het best af zijn, gegeven hun situatie. De informatie die voorhanden is, bijvoorbeeld op de websites van de zorgverzekeraars, blinkt niet uit in duidelijkheid en is vaak niet gemakkelijk te vinden.

Iets meer dan de helft van de zorgverzekeraars geeft aan dat het mogelijk is om een aanvullende verzekering af te sluiten zonder basisverzekering. Wel wordt door een aantal verzekeraars in een dergelijke situatie een hogere premie gevraagd. Eén zorgverzekeraar vermeldt zelfs een toeslag van 100%.

Zes zorgverzekeraars bieden alleen aanvullende verzekeringen aan in combinatie met de basisverzekering (zie tabel 2.6).

Tabel 2.6

Kan iemand een aanvullende verzekering (zonder basisverzekering) afsluiten bij uw maatschappij?

Beleid zorgverzekeraars	Aantallen	Percentages
Ja, zonder meer	14	54%
Ja, tegen een hogere premie	6	23%
Nee	6	23%

Zonder nadere voorwaarden overstappen naar een andere aanvullende verzekering

Het grootste deel van de zorgverzekeraars geeft klanten de mogelijkheid om over te stappen naar een andere aanvullende verzekering, zonder nadere voorwaarden te stellen. Wel is de

ingangsdatum over het algemeen 1 januari van het volgend jaar. Tussentijds overstappen is niet mogelijk.

Vijf zorgverzekeraars vermelden voorwaarden te stellen, bijvoorbeeld een wachttijd (zie tabel 2.7).

Tabel 2.7

Kan iemand zonder nadere voorwaarden overstappen naar een andere aanvullende verzekering binnen uw maatschappij?

Beleid zorgverzekeraars	Aantallen	Percentages
Ja	20	77%
Ja, alleen van een hogere naar een lagere dekking	1	4%
Ja, alleen van een lagere naar een hogere dekking	0	0%
Nee	5	19%

Acceptatiebeleid voor de aanvullende verzekering

De helft van de zorgverzekeraars zegt iedereen te accepteren voor de aanvullende verzekering, zonder voorwaarden te stellen. Drie zorgverzekeraars stellen als voorwaarde dat de basisverzekering ook bij hen is afgesloten. Voor negen zorgverzekeraars geldt dat alleen wanneer het gaat om het uitgebreidste pakket, er onderzoek plaatsvindt door nadere gegevens op te vragen bij de kandidaat-verzekerde (zie tabel 2.8).

Tabel 2.8

Hoe luidt uw acceptatiebeleid voor de aanvullende verzekering?

Beleid zorgverzekeraars	Aantallen	Percentages
Iedereen wordt toegelaten zonder voorwaarden	13	50%
Alleen wanneer ook de basisverzekering bij ons is afgesloten	3	11%
Alleen voor de aanvullende verzekeringen met een uitgebreide/uitgebreidste dekking worden eerst nadere gegevens opgevraagd	9	39%

Acceptatiebeleid voor de aanvullende tandartsverzekering

Voor de helft van de zorgverzekeraars geldt dat alleen voor het uitgebreidste tandartspakket een verklaring van een tandarts is vereist. Vijf zorgverzekeraars vragen om een eigen verklaring, terwijl zeven zorgverzekeraars iedereen toelaten tot de aanvullende tandartsverzekering zonder voorwaarden te stellen (zie tabel 2.9).

Tabel 2.9
Hoe luidt uw acceptatiebeleid voor de aanvullende tandartsverzekering?

Beleid zorgverzekeraars	Aantallen	Percentages
Iedereen wordt toegelaten zonder voorwaarden	7	27%
Er wordt een eigen verklaring gevraagd	5	19%
Alleen voor het uitgebreidste pakket is een verklaring van een tandarts vereist	13	50%
Niet van toepassing	1	4%

Overstappen

Iemand kan wegens verhuizing geen gebruik meer maken van het collectieve contract dat de gemeente heeft afgesloten voor inwoners met een laag inkomen. Kan deze verzekerde dan overstappen naar een andere zorgverzekeraar (individueel of collectief)?

De helft van de zorgverzekeraars geeft aan de overstappen mogelijk is, wanneer een klant geen gebruik meer kan maken van het collectieve contract van de gemeente. Vier zorgverzekeraars stellen als voorwaarde bij het overstappen dat de klant opgenomen wordt in een ander collectief contract.

Vier zorgverzekeraars bieden geen mogelijkheid tot overstappen: de verzekering wordt dan voortgezet bij dezelfde verzekeraar maar dan in de vorm van een individuele verzekering met de daarbij behorende premie.

Voor vier zorgverzekeraars is de vraag niet van toepassing omdat zij geen collectieve contracten hebben met de gemeenten (zie tabel 2.10).

Tabel 2.10
Is het mogelijk om over te stappen naar een andere zorgverzekeraar (individueel of collectief), wanneer het collectieve contract met de gemeente eindigt?

Beleid zorgverzekeraars	Aantallen	Percentages
Ja, de verzekerde kan overstappen	14	55%
Ja, maar alleen naar een ander collectief contract	4	15%
Nee, die verzekerde krijgt tot het einde van het kalenderjaar een verzekering op individuele basis met bijbehorende premie	4	15%
Wij hebben geen contracten met gemeenten	4	15%

Informereren over de zorgtoeslag

De meeste zorgverzekeraars informeren hun verzekerden over het bestaan van de zorgtoeslag, sommige alleen op verzoek of via de website. Vijf zorgverzekeraar verstrekken geen informatie over de zorgtoeslag.

Een zorgverzekeraar verstrekt informatie via de klantenservice wanneer een klant belt over betalingsproblemen (zie tabel 2.11).

Tabel 2.11
Worden verzekerden op enig moment geïnformeerd over de zorgtoeslag?

Beleid zorgverzekeraars	Aantallen	Percentages
Ja	16	62%
Nee	5	19%
Alleen op verzoek, via de website	4	15%
Wanneer klant belt over betalingsproblemen	1	4%

Werkwijze bij betalingsachterstanden

Over het algemeen ontvangen verzekerden met een betalingsachterstand een brief van hun zorgverzekeraar, hetzij met het verzoek om contact op te nemen, hetzij met een concreet voorstel voor een betalingsregeling.

Twee zorgverzekeraars nemen telefonisch contact op. Een zorgverzekeraar meldt alleen op verzoek een betalingsregeling te treffen. In dat geval is er geen actieve benadering (zie tabel 2.12).

Tabel 2.12
Hoe ziet de betalingsregeling er uit?

Beleid zorgverzekeraars	Aantallen	Percentages
Verzekerden krijgen een concreet voorstel per brief	12	46%
Verzekerden krijgen het schriftelijk verzoek om contact op te nemen voor een betalingsregeling	11	42%
We nemen telefonisch contact op	2	8%
Betalingsregeling gebeurt alleen op verzoek	1	4%

Wanneer een reactie uitblijft

Iets meer dan de helft van de zorgverzekeraars neemt telefonisch contact op met hun verzekerden, wanneer een reactie uitblijft op brieven over betalingsachterstanden. De andere doen dat niet. Zo vermeldt een zorgverzekeraar alleen schriftelijk te communiceren, omdat telefonisch contact in dit geval niet het beste communicatiemiddel is.

Een andere zorgverzekeraar geeft aan dat het incassobureau wel altijd telefonisch contact zoekt met verzekerde (zie tabel 2.13).

Tabel 2.13
Wordt er telefonisch contact opgenomen wanneer op brieven over betalingsachterstanden geen reactie komt?

Beleid zorgverzekeraars	Aantallen	Percentages
Ja	15	58%
Nee, dat doen wij niet	11	42%

Acceptatie aanvullende verzekering na betalingsachterstand

Op één na geven alle zorgverzekeraars aan dat zij een verzekerde pas weer accepteren voor een aanvullende verzekering als de schuld volledig is afgelost. De ingangsdatum van de verzekering is over het algemeen 1 januari van het komende jaar. Een zorgverzekeraar sluit wanbetalers voor vijf jaar uit.

Twee zorgverzekeraars zeggen coullance toe te passen, wanneer de verzekerde de ontstane schuld kort na de beëindiging van de aanvullende verzekering volledig inlost. Dat betekent dat de aanvullende verzekering weer wordt geactiveerd, zonder onderbreking (zie tabel 2.14).

Tabel 2.14
Wanneer is weer een aanvullende verzekering mogelijk na betalingsachterstand?

Beleid zorgverzekeraars	Aantallen	Percentages
Wanneer de schuld volledig is afgelost	23	88%
Wij accepteren de verzekerde niet meer voor de aanvullende verzekering	1	4%
Soms is coullance mogelijk	2	8%

Informereren van jongeren

Bijna alle zorgverzekeraars informeren jongeren wanneer zij 18 jaar worden. Twee verzekeraars geven aan niet de jongeren te informeren, maar de verzekeringsnemer van de jongere (zie tabel 2.15).

Tabel 2.15
Krijgen jongeren die achttien worden en bij uw maatschappij zijn verzekerd, bericht over de komende wijzigingen, aangaande premie betalen en de mogelijkheid om over te stappen?

Beleid zorgverzekeraars	Aantallen	Percentages
Ja	24	92%
Nee	2	8%

Zorgtoeslag

De meeste zorgverzekeraars attenderen jongeren op het feit dat ze mogelijk in aanmerking komen voor zorgtoeslag, vijf zorgverzekeraars doen dat niet (zie tabel 2.16).

Tabel 2.16
Worden jongeren op enig moment door uw maatschappij geattendeerd op de zorgtoeslag?

Beleid zorgverzekeraars	Aantallen	Percentages
Ja	21	81%
Nee	5	19%

Informereren over de tandarts

De meeste zorgverzekeraars zeggen jongeren actief te informeren over het feit dat tandartskosten voor een deel worden betaald uit het basispakket. Bij één zorgverzekeraar wordt de aanvullende tandartsverzekering voor jongeren gratis aangeboden. Bij een andere verzekeraar geldt tot 22 jaar een lagere premie. Bij het bereiken van die leeftijd wordt de verzekerde geïnformeerd over de wijzigingen. Een derde zorgverzekeraar stuurt een brief hierover aan alle 18-jarigen (zie tabel 2.17).

Tabel 2.17
Worden jongeren actief op de hoogte gesteld van het feit dat tandartskosten voor een deel worden betaald uit het basispakket tot hun 22^{ste}?

Beleid zorgverzekeraars	Aantallen	Percentages
Ja	24	92%
Nee	2	8%

Overstapservice voor jongeren die achttien jaar worden

De meeste zorgverzekeraars hebben een overstapservice voor jongeren die 18 jaar zijn geworden, zeven geven aan een dergelijke service niet te bieden (zie tabel 2.18).

Tabel 2.18
Biedt uw maatschappij een overstapservice aan wanneer een jongere van achttien zich aanmeldt als kandidaat-verzekerde?

Beleid zorgverzekeraars	Aantallen	Percentages
Ja	19	73%
Nee	7	27%

Samenvattend

Welk (communicatie)beleid voeren zorgverzekeraars ten aanzien van hun (kandidaat)verzekerden? Op welke wijze geven zij uitvoering aan de Zorgverzekeringswet? Uit de enquête over het (communicatie)beleid van zorgverzekeraars blijkt het volgende.

- Alle zorgverzekeraars doen nader onderzoek wanneer GBA-inschrijving ontbreekt;
- 14 van de 26 zorgverzekeraars accepteren verzekerden niet onmiddellijk na detentie, maar pas na ontvangst van het ontslagbewijs;
- 6 van de 26 zorgverzekeraars schrijven pasgeboren kinderen na een te late aanmelding met terugwerkende kracht in, 1 zorgverzekeraar past coullance toe, 19 zorgverzekeraars doen dat niet;
- 25 van de 26 zorgverzekeraars accepteren een kind zonder ouders als verzekerde;
- 5 van de 26 zorgverzekeraars bieden de service dat een verzekerde direct na aanmelding gebruik kan maken van zijn zorgverzekering, 21 zorgverzekeraars bieden die service niet;

- Bij 14 van de 26 zorgverzekeraars kunnen mensen zonder meer een aanvullende verzekering zonder basisverzekering afsluiten, 6 zorgverzekeraars vragen een hogere premie, bij 6 zorgverzekeraars kan het niet.
- 16 van de 26 zorgverzekeraars verstrekken actief informatie over de zorgtoeslag, 10 doen dat niet;
- 2 van de 26 zorgverzekeraars nemen telefonisch contact op met hun verzekerden bij een betalingsachterstand, 24 doen dat niet;
- 15 van de 26 zorgverzekeraars nemen telefonisch contact op wanneer een reactie op brieven over betalingsachterstanden uitblijft;
- 23 van de 26 zorgverzekeraars informeren actief verzekerde jongeren wanneer deze 18 jaar worden;
- 19 van de 26 zorgverzekeraars bieden een overstapservice aan jongeren die op hun 18^e willen overstappen.

Samenvatting en conclusies

Uit de vragen en klachten die op de speciale zorgverzekeringslijn (0800 - 64 64 644) binnenkomen, blijkt dat de dienstverlening van zorgverzekeraars, als het gaat om onverzekerden, regelmatig te wensen overlaat. Ook signaleert De Ombudsman meer dan eens dat de antwoorden die de klantenservice geeft, niet altijd stroken met het beleid van de desbetreffende zorgverzekeraar.

De zorgverzekeringslijn is onderdeel van de voorlichtingscampagnes die De Ombudsman jaarlijks voert, in opdracht van het ministerie van VWS. De doelgroepgerichte campagnes zijn gericht op groepen onverzekerden en sinds de inwerkingtreding van de wanbetalersregeling ook op mensen met een betalingsachterstand. Via de zorgverzekeringslijn (0800 – 64 64 644) en via de speciale website kunnen mensen terecht voor hulp en advies.

Om te onderzoeken hoe het is gesteld met de kwaliteit van de dienstverlening van zorgverzekeraars, heeft De Ombudsman in november 2009 vier verschillende situaties voorgelegd aan de klantenservice van 25 zorgverzekeraars. Daarbij ging het om situaties waarover regelmatig vragen binnenkomen bij de zorgverzekeringslijn van Stichting De Ombudsman. De voorgelegde situaties hadden betrekking op acceptatie bij het ontbreken GBA-inschrijving, een te laat ingeschreven kind, betalingsachterstand en uit detentie. Hiervoor zijn mystery guests ingezet.

Verder is door middel van een enquête onder directies van zorgverzekeraars onderzocht welk beleid zorgverzekeraars ten aanzien van (kandidaat)verzekerden voeren. Het onderzoek is mogelijk gemaakt dankzij subsidie van het ministerie van VWS.

De belangrijkste bevindingen zijn de volgende:

GBA-inschrijving

Dat inschrijving in de Gemeentelijke basisadministratie wettelijk verplicht is voor het afsluiten van een zorgverzekering is een hardnekkig misverstand. Mensen zonder vaste woon- en verblijfplaats worden stelselmatig geweigerd aan de poort.

Onverzekerde baby's

Als ouders hun pasgeboren kind niet tijdig aanmelden bij een zorgverzekeraar kan hen dit duur komen te staan. Want de meeste zorgverzekeraars schrijven een te laat aangemeld kind niet met terugwerkende kracht in. De gemaakte zorgkosten in de onverzekerde periode zijn dan voor rekening van de ouders. Bij zes zorgverzekeraars zijn deze ouders beter af: terugwerkende kracht is mogelijk; één zorgverzekeraar kent een coulanceregeling, waarop ouders een beroep kunnen doen.

De informatie die de zorgverzekeraars hierover telefonisch verstrekken, strookt niet met het eigen beleid. Acht klantenservices laten desgevraagd weten dat er een coulanceregeling geldt, terwijl slechts één zorgverzekering een dergelijke regeling kent. Drie klantenservices zeggen dat onverzekerde baby's met terugwerkende kracht worden ingeschreven, terwijl zes zorgverzekeraars een dergelijk beleid hanteren. Mensen worden op dit vlak dus herhaaldelijk verkeerd voorgelicht.

Boeteregeling

Geen van de zorgverzekeraars verstrekt telefonisch goede en volledige informatie over de boeteregeling. Onverzekerden die zich bij een zorgverzekeraar krijgen te horen dat zij een boete krijgen, zonder uitleg over de wijze waarop het boetebedrag tot stand komt. In de praktijk zijn er diverse ‘verzachtende’ omstandigheden die maken dat de boete naar beneden wordt bijgesteld of niet wordt opgelegd. Deze worden niet genoemd.

Voor mensen kan dit het verschil maken tussen zich wel of niet verzekeren.

Kind los van ouders

Conform de regelgeving hanteren bijna alle zorgverzekeraars het beleid dat een kind onder de 18 wordt geaccepteerd voor de basisverzekering, zonder daarbij de voorwaarde te stellen dat de ouders ook bij hen verzekerd is.

Telefonisch krijgen mensen echter een ander verhaal te horen. Bij meer dan de helft van de zorgverzekeraars krijgen mensen te horen dat een kind per se dezelfde zorgverzekeraar moet hebben als de ouders.

Ex-gedetineerden

De helft van de zorgverzekeraars laat de overgang voor ex-gedetineerden van het ene naar het andere zorgstelsel soepel verlopen. Een telefoontje is genoeg om de zorgverzekering weer te activeren, zo luidt het beleid. In de praktijk loopt het vaak anders: wie belt, krijgt te horen dat er eerst een bewijs van ontslag nodig is. Slechts vier klantenservicemedewerkers laten weten dat een telefoontje genoeg is.

Bij de zorgverzekeraars die eerst een ontslagbewijs uit detentie nodig hebben, wordt de ex-gedetineerde geconfronteerd met een administratieve wachttijd. In die periode moet hij zijn zorgkosten zelf voorschieten.

Betalingsachterstand

Zorgverzekeraars doen hun verzekerden een concreet voorstel per brief of 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 telefonisch contact op. Bij betalingsachterstand is het pas weer mogelijk een aanvullende verzekering af te sluiten als de volledige schuld is afgelost.

Direct gebruik van de zorgverzekering

Meer dan helft van de zorgverzekeraars zegt dat iemand na aanmelding meteen gebruik kan maken van zijn zorgverzekering, maar slechts een klein aantal zorgverzekeraars biedt die service daadwerkelijk. Over het algemeen geldt dat de gegevens eerst administratief moeten worden verwerkt voordat van de zorgverzekering gebruik kan worden gemaakt.

Jongeren

Niet alle zorgverzekeraars lichten jongeren even goed in over de voor hen geldende wijzigingen bij het bereiken van de achttienjarige leeftijd. Ook wordt niet altijd actief geïnformeerd over zorgtoeslag en over het feit dat tandartskosten tot 22 jaar verzekerd zijn via het basispakket.

Een aantal zorgverzekeraars heeft geen overstapservice voor jongeren die 18 jaar worden en op dat moment een andere zorgverzekeraar kunnen kiezen.

Aanvullende verzekering

Bij 20 van de 26 zorgverzekeraars kunnen mensen terecht voor een aanvullend pakket, terwijl zij een basisverzekering elders hebben afgesloten, al heffen sommige een hogere premie of passen medische selectie toe. Bij zes zorgverzekeraars is het niet mogelijk om een aanvullende verzekering zonder basisverzekering af te sluiten.

Zorgverzekeraars hanteren een eigen beleid wat betreft de acceptatie en uitvoering inzake aanvullende verzekeringen. Voor (kandidaat-)verzekerden is onbekend of onduidelijk welk beleid geldt bij welke zorgverzekeraar. Het schort hier aan transparantie. Transparantie is onder anderen van belang voor mensen die vanwege een betalingsachterstand niet kunnen overstappen voor de basisverzekering, terwijl zij zich wel aanvullend willen verzekeren. De eigen zorgverzekeraar accepteert hen pas weer opnieuw wanneer de premieachterstand volledig is ingelopen.

Aanbevelingen

Stichting De Ombudsman doet de volgende aanbevelingen op basis van onderzoeksresultaten.

1. Het weigeren van mensen zonder GBA-inschrijving voor een zorgverzekering is uit den boze. Wie geen vaste woon- en verblijfplaats en wel een postadres heeft, moet zonder problemen een zorgverzekering kunnen afsluiten.
2. Wanneer ouders hun kind willen verzekeren bij een andere dan de eigen zorgverzekeraar moeten zij niet worden belemmerd in hun keuze.
3. Zorgverzekeraars dienen de administratieve lasten van ex-gedetineerden te verlichten door ze direct na detentie weer in de verzekering op te nemen. Vereiste gegevens als het ontslagbewijs uit detentie kunnen later worden verwerkt.
4. Onverzekerde kinderen in Nederland mogen in Nederland niet meer voorkomen. Een pasgeboren kind zou automatisch op de polis bij een van de ouders bijgeschreven kunnen worden, tenzij de ouders anders beslissen.
5. Om te voorkomen dat mensen verstoken blijven van zorg die door een aanvullende verzekering wordt vergoed, zouden zorgverzekeraars coulance kunnen betrachten bij het in de aanvullende verzekering houden van hun verzekerden met een betalingsachterstand.
6. Om te voorkomen dat verzekerden in de wanbetalersregeling terecht komen, strekt het tot aanbeveling om bij een betalingsachterstand in een zo vroeg mogelijk stadium telefonisch contact op te nemen met de verzekerde over een betalingsregeling en deze te wijzen op de zorgtoeslag.
7. De informatievoorziening van de zorgverzekeraars aan (kandidaat-)verzekerden kan vollediger. Zorgverzekeraars doen er goed aan hun klantenservices beter te scholen in het beleid en de wet- en regelgeving, zodat klanten juist worden geïnformeerd.

