

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

D

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Eerste Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 15 november 2006

Op uw verzoek om in te gaan op een aanvullende vraag van de leden van de PvdA-fractie naar aanleiding van de Nota naar aanleiding van het verslag met betrekking tot bovenvermeld wetsvoorstel bericht ik u als volgt.

De leden van de PvdA-fractie vragen toe te lichten waarom de in het onderhavige wetsvoorstel gehanteerde modaliteit – opzeggen vóór 1 januari, nieuwe verzekering sluiten vóór 1 februari – de voorkeur geniet boven een variant waarin opzegging van de verzekering ook nog in de maand januari zou kunnen plaatsvinden. Met andere woorden: waarom niet in de maand januari naast het *aangaan* van de verzekering met terugwerkende kracht ook het *opzeggen* van de verzekering met terugwerkende kracht mogelijk maken.

In het antwoord maak ik onderscheid naar het perspectief voor de verzekerde enerzijds en dat voor de verzekeraar en de zorgaanbieder anderzijds. Aan het wetsvoorstel ligt een weging ten grondslag van voor- en nadelen die vanuit deze perspectieven naar voren komen.

Het verlengen van de opzegtermijn met een maand zou voor de verzekerde het voordeel met zich brengen dat hij in alle gevallen zijn verzekering pas zou hoeven opzeggen nadat hij de keuze voor de nieuwe verzekering heeft gemaakt. Het is echter de vraag of de verzekerde niet al voldoende opzegtijd heeft. Dat is mijns inziens het geval, zowel voor wat betreft de wettelijke borging als in de uitvoeringspraktijk:

- *Wettelijk is geborgd* dat de verzekerde minimaal een maand heeft om zich te beraden over de vraag of hij op wil zeggen of niet. Met ingang van volgend jaar wordt deze periode «aan de voorkant» nog eens met circa twee weken verlengd.
- In de *uitvoeringspraktijk* blijkt het overgrote deel van de verzekeraars, waaronder alle grote, ook dit jaar al ruim vóór half november de nieuwe premie bekend te maken. Op 10 november van dit jaar was

voor ca. 90% van de verzekerden de premie reeds bekend. Gevolg daarvan was dat de werkelijke opzegtermijn meer in de richting van zes of zeven weken gaat. Een belangrijke verbetering in de uitvoeringspraktijk is voorts de overstapservice die de gezamenlijke zorgverzekeraars dit jaar in het leven hebben geroepen. Deze service vergemakkelijkt en verkort het overstapproces voor de verzekerde aanzienlijk.

Ook al is de wettelijke opzegtermijn reeds voldoende ruim, natuurlijk kan altijd de vraag gesteld worden waarom niet een verdere verruiming gegund zou kunnen worden. Er zijn in mijn visie twee typen argumenten die daartegen pleiten. Die argumenten hebben weliswaar primair betrekking op de uitvoeringspraktijk bij verzekeraars, maar werken ook door naar zowel verzekerden als het verzekeringssysteem als geheel.

- I. In de eerste plaats ontstaat door het opzeggen met terugwerkende kracht een situatie van noodzakelijke schadeverrekening tussen verzekeraars. Immers, gemaakte kosten in de periode totdat de verzekering wordt opgezegd, komen met terugwerkende kracht niet meer ten laste van de «oude» verzekeraar. Deze moet de kosten verhalen op de «nieuwe» verzekeraar. Bij de invoering van de Zorgverzekeringswet heeft deze systematiek de nodige uitvoeringsproblemen bij zorgverzekeraars veroorzaakt. Ook zorgaanbieders zijn daarvan de dupe, daar waar rekeningen onbetaald blijven als gevolg van «zwevende» nota's. Daar komt bij dat ook verzekerden er last van kunnen hebben, zulks blijkens de meldingen van burgers die ons via Postbus 51 bereikten. In de voorbereiding op het wetsvoorstel hebben verzekeraars nadrukkelijk verzocht niet opnieuw een dergelijke systematiek in te voeren. Ik heb gemeend dat verzoek serieus te moeten nemen.
- II. In de in het wetsvoorstel vervatte systematiek ligt ook een zekere stimulans besloten om het wisselen van verzekeraar niet tot het allerlaatste moment uit te stellen. Een – met inachtneming van een redelijke keuzetermijn – zo compact mogelijke overstapperiode heeft administratieve en logistieke voordelen boven een langer doorlopende termijn. Ook wat dat betreft heeft de invoering van de Zorgverzekeringswet dit jaar de nodige ervaringsgegevens opgeleverd. Dit voorjaar is enigszins nadruk gelegd op 1 maart als preferente datum om een verzekeraar gekozen te hebben (tot op die datum was het aanbod van de verzekeraar geldig) en wat minder op de «harde» loketsluiting van 1 mei (het moment waarop men verzekerd moest zijn). Analoog daaraan zou de 1 januari datum uit dit wetsvoorstel als preferente wisseldatum geafficheerd kunnen worden, met de maand januari als «uitlooperperiode». Als de bulk van de verzekerden op 1 januari zijn keuze gemaakt heeft, scheelt dat aanzienlijk in uitvoeringsinspanningen. Het is daarom dat verzekerden vanuit de overheid ook niet expliciet aangemoedigd zullen worden om toch vooral maximaal van de uitlooperperiode in januari gebruik te maken. Dit uiteraard gegeven mijn overtuiging dat de periode tot en met december op zich voldoende lang is om een verantwoorde keuze te kunnen maken.

Tot slot moge ik, wellicht ten overvloede, nog het volgende onder uw aandacht brengen. Aan het wetsvoorstel ligt de wens ten grondslag om hinderlijk ongemak in de uitvoeringspraktijk voor verzekeraars en andere uitvoerders weg te nemen. Zulks onder de randvoorwaarde van volledige handhaving van de positie van de verzekerde. Het wetsvoorstel biedt de gezochte oplossing en voldoet tevens aan de gestelde randvoorwaarde. Als de primaire aanleiding voor het wetsvoorstel geweest was het verbeteren van de positie van de verzekerde, dan zou vanzelfsprekend ook een andere beoordelingsmaatstaf in de rede hebben gelegen. Voor een wijziging van de positie van de verzekerde was en is echter geen bijzondere aanleiding, omdat zich op dat terrein geen knelpunten voordoen. Tegelijkertijd kan worden geconstateerd dat het wetsvoorstel wel degelijk

een verbetering van de positie van de verzekerde tot gevolg heeft:

- De nieuwe verzekering gaat altijd in op 1 januari. Verzekerden kunnen dus altijd al in januari profiteren van hun nieuwe keuze en zitten niet nog een extra maand (tegen de verhoogde premie) vast aan hun oude verzekeraar. Het «gebroken boekjaar» verdwijnt niet alleen voor de verzekeraar, maar ook voor de verzekerde.
- De datum van 1 november als wettelijke opzegdatum in situaties waarin geen premiestijging is, vervalt (amendement Kant, stuk nr. 14). Het bestaan van deze datum gaf aanleiding tot verwarring bij verzekerden en partijen in het veld.
- Al met al ontstaat voor verzekerden een overzichtelijker en begrijpelijker overstapperiode, die minimaal even lang is als in de huidige situatie.
- Met ingang van volgend jaar komt er door het wetsvoorstel een extra overstapperiode van circa twee weken bij (amendement Omtzigt-Schippers, stuk nr. 11). Zorgverzekeraars moeten dan immers niet op 1 december maar reeds op 19 november het aanbod voor het nieuwe jaar aan hun verzekerden hebben gedaan.
- Het amendement Kant (stuk nr. 13) regelt dat machtigingen voor behandelingen afgegeven door de oude verzekeraar door de nieuwe verzekeraar moet worden overgenomen. Dit betekent dat specifiek machtigingenbeleid van een verzekeraar voor de verzekerde geen belemmering meer kan vormen bij het overstappen.
- In het proces van totstandkoming van het wetsvoorstel hebben verzekeraars toegezegd een zogenaamde overstapservice te ontwikkelen, die dit jaar al van kracht zal zijn. De overstapservice regelt dat de opzegging van de oude verzekering door de nieuwe verzekeraar wordt gedaan en geheel via de geautomatiseerde systemen van VECOZO loopt. Dat is een wezenlijke verbetering ten opzichte van de huidige situatie.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
H. Hoogervorst