

Vergaderjaar 2007–2008

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 166

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 12 november 2007

1. Inleiding

Tijdens de plenaire behandeling op 20 juni 2007 van het wetsvoorstel tot Wijziging van de Zorgverzekeringswet en andere wetten met het oog op het verzwaren van het premie-incassoregime (Kamerstukken II, 2006/2007, 30 918), heb ik toegezegd u nader te informeren over een structurele aanpak van de wanbetalersproblematiek (Handelingen der Kamer II, vergaderjaar 2006–2007, nr. 83, blz. 4509–4524). Met deze brief kom ik mijn toezegging na.

2. Achtergrond en probleembeschrijving

Met de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) zijn alle Nederlanders verplicht een basisverzekering tegen ziektekosten af te sluiten. Ze betalen hiervoor een inkomensafhankelijke bijdrage, die geïnd wordt door de Belastingdienst, en, indien zij achttien jaar of ouder zijn, een nominale premie, die betaald moet worden aan de zorgverzekeraar waar men is ingeschreven. Verzekerden met een relatief laag inkomen worden gecompenseerd voor het feit dat ze een veel hogere nominale premie moeten betalen dan vóór 2006. Dit gebeurt via de zorgtoeslag, die wordt uitbetaald door de Belastingdienst/toeslagen.

De zorgverzekering is een overeenkomst: zorgkosten worden vergoed als men verzekeringspremies betaalt. Als de verzekerde niet betaalt zou de verzekeraar, zonder nadere maatregelen, de mogelijkheden en kosten van incasso afwegen tegen het nemen van het verlies en het royeren van de verzekerde. Het beleid is er echter op gericht onverzekerdeheid zoveel mogelijk te voorkomen. Ook voor verzekeraars als groep lost royement het probleem niet op, omdat de geroyeerde wanbetaler over kan stappen naar een andere verzekeraar (acceptatieplicht) en daar zijn wanbetalersgedrag kan voort zetten. Zowel de verzekeraar als de overheid hebben er belang bij dat burgers verzekerd blijven en dat ze voor hun verzekering

betalen. Daarom zijn met de verzekeraars afspraken gemaakt over het verzekerd houden van verzekerden.

De afspraken houden in dat de zorgverzekeraar voor een bedrag gelijk aan 6 maandpremies zelf het volledige betalingsrisico loopt en alles in het werk stelt om betaling af te dwingen. Neemt de schuld verder toe, dan wordt de zorgverzekeraar daarvoor gecompenseerd vanuit het Zorgverzekeringsfonds. De compensatie is gelijk aan de rekenpremie en wordt alleen verleend als de verzekeraar de wanbetaler verzekerd houdt tegen zorgkosten en zijn incasso-inspanningen blijft leveren. Als ondersteuning van deze afspraak dient het in de eerst alinea genoemde wetsvoorstel tot wijziging van de Zorgverzekeringwet dat thans behandeld wordt in de Eerste Kamer. Hierin wordt geregeld dat een verzekerde met betalingsachterstand zijn zorgverzekering niet kan opzeggen.

Tevens zijn bovengenoemde compensatieafspraken inmiddels in het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering verankerd. De compensatie wordt door het College voor zorgverzekeringen uitgevoerd. Het is echter niet de bedoeling dat mensen die niet betalen «gewoon» verzekerd blijven; een slechte betaalmoraal kan immers niet worden gehonoreerd.

Daarbij komt dat de compensatie ten laste komt van het Zorgverzekeringsfonds. Het Fonds moet daarvoor gecompenseerd worden door verhoging van de inkomensafhankelijke bijdrage, wat via de zogenoemde «50/50-regel» weer tot verhoging van de nominale premie (van mensen die deze wél betalen) leidt.

Beide overwegingen maken het noodzakelijk de druk op het (alsnog) betalen van de nominale premie zo hoog mogelijk op te voeren.

3. Oplossingsrichting.

De oplossing, zoals ik mij die voorstel, bestaat uit twee delen: zo goed mogelijk gebruik maken van de wettelijke mogelijkheid en uitvoeringsorganisatie, die er nu al is, om wanbetaling tegen te gaan en, daar waar de bestaande mogelijkheden tekort schieten, het creëren van aanvullende maatregelen.

3.1. Benutten van bestaande mogelijkheden

Bestaande mogelijkheden betreffen de incasso door verzekeraars, de collectieve contracten en de mogelijkheden van de Wet werk en inkomen. Alledrie deze mogelijkheden worden benut door zorgverzekeraars en gemeenten en leveren ook resultaat op, zodat schuldtoename wordt voorkomen en bestaande schuld wordt gesaneerd. Het gebruik van deze instrumenten kan echter intensiever en effectiever. Om die reden zijn er tussen gemeenten en zorgverzekeraars nieuwe afspraken gemaakt. Zowel over nieuwe collectieve contracten voor bijstandsgerechtigden en mensen met lage inkomens als over de informatieverstrekking, via het Inlichtingenbureau, over betalingsachterstand bij bijstandsgerechtigden. In het bestand dat hierbij gehanteerd wordt, ook voor de informatie-uitwisseling tussen zorgverzekeraars onderling, worden vanaf 19 november van dit jaar op dagbasis alle verzekerden bijgehouden die niet hebben gereageerd op een tweede aanmaning.

Ik heb eveneens nieuwe afspraken gemaakt met de zorgverzekeraars. Zoals aangegeven gaan deze over het doorzetten van de incasso-inspanning, het niet royeren van verzekerden met betalingsachterstand en het compenseren voor premiederving.

Ten slotte zijn zorgverzekeraars zelf bezig een nieuw protocol op te stellen voor hun gedrag in geval van wanbetaling. In dit nieuwe protocol worden ook afspraken gemaakt over het tijdig informeren van wanbetalers over

de consequenties van hun gedrag – in de vorm van boetes, incasso en beslag – en over de rechtsbescherming die ze daarbij hebben. De klachten- en geschillenprocedures die gehanteerd worden, zijn overigens ook al in de verzekeringspolis opgenomen.

Bij dit protocol wordt geanticipeerd op de in deze brief beschreven wettelijke mogelijkheden van «bronheffing», die moet gaan gelden vanaf 1 januari 2009. Dit voorkomt dat de afspraken tegen die tijd opnieuw gewijzigd moeten worden. Bovendien worden wanbetalers alvast geïnformeerd over de maatregelen die op handen zijn.

3.2. Aanvullende maatregelen

De bestaande mogelijkheden blijken bruikbaar voor een deel van de wanbetalerspopulatie, maar niet voor iedereen. Daarom ben ik van plan om in de Zvw op te nemen dat voor wanbetalers de plicht om nominale premie aan de zorgverzekeraar te betalen, voor de nieuwe verplichtingen, wordt omgezet in een plicht om een bestuursrechtelijke premie aan een daartoe aangewezen uitvoeringsorgaan te betalen, zodra de premieachterstand een bedrag ter hoogte van zes maandpremies heeft bereikt. De verzekeraar heeft de wanbetaler aangemeld om compensatie te krijgen voor de gederfde premie. Door de compensatie heeft de verzekeraar er geen belang meer bij om de verzekerde (wanbetaler) te royeren. Om het voor de verzekerde onaantrekkelijk te maken in dit regime terecht te komen, dient de bestuursrechtelijke premie hoger te zijn dan de hoogste nominale premie. Gedacht wordt aan 130% van de rekenpremie. Voorts krijgt het aangewezen uitvoeringsorgaan de bevoegdheid deze bestuursrechtelijke premie op het (netto-)inkomen (box 1, en zo mogelijk 2 en 3, waarbij ook zal worden nagegaan of vermogen als bron kan worden aangewezen) van de wanbetaler te laten inhouden (bronninhouding) en aan zich te laten afdragen, en om de zorgtoeslag als bron voor de bestuursrechtelijke premie naar zich te laten overmaken.

De wanbetaler kan zich uit het bestuursrechtelijke premieregime «vrijkopen» door zijn nog openstaande schuld aan de zorgverzekeraar te voldoen. Die bestaat uit een bedrag ter hoogte van zes maanden nominale premie, de wettelijke rente daarover en de incassokosten die de verzekeraar heeft gemaakt. Het zal vaak gaan om een bedrag van zo'n 1000 euro. Het aangewezen uitvoeringsorgaan stort de geïnde bestuursrechtelijke premies in het Zorgverzekeringsfonds, waaruit de de compensatie aan de zorgverzekeraars voor het verzekerd houden van deze wanbetalers zoveel mogelijk wordt gedekt.

Ik heb derhalve het voornemen om de Zorgverzekeringswet te wijzigen om een bevoegdheid te creëren om ten behoeve van het Zorgverzekeringsfonds een vervangende premie te innen op inkomen(sbronnen) van verzekerden die een betalingsachterstand hebben voor de nominale premie van meer dan zes maandpremies. In deze wetwijziging zullen ook de taken en bevoegdheden van het uitvoeringsorgaan in deze benoemd worden.

Procedures, werkwijzen en uitvoeringszaken zullen daarna in lagere regelgeving nader worden uitgewerkt. De zorgtoeslag wordt hierbij beschouwd als inkomen(sbron). In mijn brief van 2 oktober 2007 aan uw Kamer heb ik aangegeven, waarom de zorgtoeslag niet in 2008 kan worden stop gezet.

4. Verdere traject

Er is gestart met de voorbereiding van de wijziging van de Zorgverzekeringswet en de Wet op de zorgtoeslag. Uitgaande van het gebruikelijke tijdspad kan ik dit wetsontwerp medio 2008 aan uw Kamer aanbieden. Invoering per 1 januari 2009 is daarmee haalbaar.

Tevens ben ik de uitvoeringsorganisatie voor de inning van de vervangende premie bij wanbetalers aan het opzetten. Ik wil hierbij zoveel mogelijk gebruik maken van de in de sociale zekerheid en fiscaliteit gebruikelijke oplossingen voor dit soort problemen. Ik ga er vanuit dat de uitvoering hierdoor soepeler verloopt en met minder lasten gepaard gaat. Hierdoor moet het mogelijk zijn dat de wettelijke mogelijkheid ook vanaf 1 januari 2009 effectief wordt toegepast.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
A. Klink