

Vergaderjaar 2008–2009

31 736

Wijziging van de Zorgverzekeringswet, de Wet op de zorgtoeslag en enige andere wetten, houdende maatregelen om ook wanbetalers voor hun zorgverzekering te laten betalen (structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering)

Nr. 3

MEMORIE VAN TOELICHTING

A. ALGEMEEN

1. Inleiding

Dit wetsvoorstel heeft ten doel aan zorgverzekeraars en hun verzekeringnemers mogelijkheden te bieden om in gevallen waarbij het betalen van de nominale zorgverzekeringspremie door de verzekeringnemer niet of niet meer regelmatig plaatsvindt, het betaalgedrag weer tot een regelmatig patroon terug te brengen.

Het wetsvoorstel voorziet hiertoe in de eerste plaats in het versterken van de mogelijkheden die zorgverzekeraars en hun verzekeringnemers hebben om onderling, in het kader van een door de zorgverzekeraar aan te bieden betaalregeling, in de situatie waarbij een verzekeringnemer in de omstandigheid is komen te verkeren dat hij de nominale zorgverzekeringspremie niet of niet meer geheel binnen de gestelde termijn kan voldoen, het verstoorde betaalpatroon weer te herstellen. Van deze betaalregeling maakt het geven van een machtiging door de verzekeringnemer aan zijn zorgverzekeraar tot automatische incasso van de in de toekomst te vervallen premie-termijnen, verplicht deel uit.

Voor die gevallen waarin een verzekeringnemer niet wil betalen of anderszins niet meewerkt aan de door de zorgverzekeraar aangeboden betaalregeling, voorziet het wetsvoorstel in de mogelijkheid dat de zorgverzekeraar de betreffende verzekeringnemer aanmeldt bij het College voor zorgverzekeringen (CVZ) dat vervolgens de premierelatie van de zorgverzekeraar overneemt. Daarbij heft het CVZ bij de verzekeringnemer een hogere, bestuursrechtelijke premie en houdt die in op inkomensbronnen van de verzekeringnemer. Tot deze inkomensbronnen behoort ook de eventuele zorgtoeslag.

De Zorgverzekeringswet (Zvw) maakt deel uit van het geheel van de Nederlandse sociale verzekeringen. Aan de bekostiging van deze verzekeringen wordt door de betrokkenen naar draagkracht bijgedragen. Voor de Zvw heeft deze wijze van financiering aldus vorm gekregen dat van het totaal van de kosten van de uitvoering van de Zvw ongeveer de helft gedekt wordt door een inkomensgerelateerde bijdrage, die geïnd wordt door de Belastingdienst. De andere helft van de kosten wordt gedekt door

een vast bedrag dat voor verzekerden van 18 jaar en ouder aan de zorgverzekeraar moet worden betaald, de zogeheten (nominale) premie. Verzekerden met een relatief laag inkomen worden financieel tegemoet gekomen met een uitkering op grond van de Wet op de zorgtoeslag (Wzt). Gebleken is dat een aantal verzekeringnemers niet voldoet aan hun verplichting tot betalen van de nominale premie. In totaal ging het op 31 december 2007 om ruim 240 000 verzekerden. Het is geen nieuw verschijnsel dat verzekeringnemers nalatig zijn met het betalen van de verschuldigde premie. Dat was ook al het geval bij de voormalige ziekenfondsverzekering en bij de vroegere particuliere ziektekostenverzekeringen. Ook toen ging het zoals nu om een kleine 2% van het verzekerdenbestand.

Op mijn verzoek heeft het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) onderzoek gedaan naar de samenstelling van de groep mensen die niet of niet meer volledig hun verschuldigde nominale zorgpremie betalen. In een rapportage van 14 mei 2008 heeft het CBS aangegeven dat er op 31 december 2007 (gecorrigeerd voor dubbele inschrijvingen en inschrijving in het GBA) 240 250 verzekerden waren met een premie-achterstand van zes of meer maandpremies. Ontvangers van een uitkering, eenoudergezinnen, ongehuwde stellen met kinderen en allochtonen zijn relatief vaker wanbetaler. Van de groep wanbetalers zijn ruim 130 000 wanbetalers tussen de 20 en 40 jaar oud. Ruim 100 000 wanbetalers hebben een allochtone achtergrond. Ruim 50 000 wanbetalers hebben een uitkering. Het CBS is verzocht om een nadere analyse te maken, waarmee beter inzicht wordt verkregen in de inkomstenbronnen van de wanbetalers. Op basis van het gedane onderzoek kan wel al worden gesteld dat ruim 60% van de wanbetalers inkomsten verwerft uit een baan en 20% uit een uitkering. Van de resterende 20% van de wanbetalers is de bron van inkomsten bij het CBS niet bekend. Bijvoorbeeld zelfstandigen behoren tot deze laatste groep. Het CBS heeft ook gekeken naar het aantal zorgtoeslagen onder de groep wanbetalers. Van de groep zorgtoeslagontvangers is 2,5% (bijna 120 000) wanbetaler. Van de gemiddelde Nederlandse ingezetenen is dat ongeveer 1,9%.

Uit de cijfers kan ook worden afgeleid dat, hoewel mensen in kwetsbaarder groepen vaker wanbetalers zijn, het behoren tot een kwetsbaardere groep op zich niets zegt over wanbetaling.

De regering vindt het gewenst dat maatregelen worden getroffen om het aantal mensen dat niet of niet tijdig voldoet aan de verplichting tot het betalen van de nominale zorgverzekeringspremie, terug te dringen. Allereerst omdat eventuele zorgkosten van wanbetalende verzekeringnemers op de schouders komen van de wel betalende verzekeringnemers, waarmee de solidariteit die ten grondslag ligt aan het stelsel van sociale verzekering wordt aangetast. Daarnaast omdat betrokkenen vanwege het niet betalen van de premie door hun zorgverzekeraar geroyeerd kunnen worden en daardoor zonder zorgverzekering kunnen komen. Wanneer zij in die situatie toch zorg behoeven kan dat zeer ongewenste consequenties hebben. Voor de betrokkenen zelf uiteraard wanneer zij geconfronteerd worden met aanzienlijke zorgkosten, voor de zorgaanbieders die te maken krijgen met de lasten van incassoprocedures en mogelijk voor de volksgezondheid wanneer wordt afgezien van noodzakelijke zorg. Een geroyeerde wanbetaler kan ook bij een andere verzekeraar een nieuwe zorgverzekering sluiten, er is immers acceptatieplicht, maar de kans is groot dat hij ook bij zijn nieuwe verzekeraar een schuld opbouwt. Ook daar wordt hij vervolgens dan weer geroyeerd dan wel wordt (de dekking van) de verzekering geschorst. Enzovoort. Dit levert voor verzekeraars een hoop administratieve lasten en geen premie-inkomsten op (carrousel van wanbetalers) en zou uiteindelijk de wettelijke acceptatieplicht onder druk kunnen zetten.

Omdat het primair gaat om het nakomen van de verzekeringsovereenkomst tussen de zorgverzekeraar en zijn verzekeringnemer, dienen de maatregelen tot het tegengaan van betalingsachterstand naar de mening van de regering primair getroffen te worden in de relatie tussen de zorgverzekeraar en zijn verzekeringnemer. Omdat roeyement en het vervolgens weren uit de verzekering van een wanbetaler als ultieme sanctie voor het niet nakomen van de verplichtingen uit de zorgverzekeringsovereenkomst, voor de zorgverzekeringssector als geheel op publiekrechtelijke basis terzijde is gesteld door de acceptatieplicht in de Zvw, is de regering van mening dat eveneens dient te worden voorzien in een publiekrechtelijk sluitstuk voor de wanbetalersproblematiek in die gevallen waarin maatregelen tussen de zorgverzekeraar en de wanbetalende verzekeringnemer niet meer werken door de opstelling van de verzekeringnemer. Dit geldt temeer omdat de in dit verband voorziene bronheffing, waarbij de door het CVZ te heffen bestuursrechtelijke premie zoveel mogelijk wordt ingehouden op inkomensbronnen van de verzekeringnemer, niet in het kader van de privaatrechtelijke zorgverzekeringsovereenkomst kan worden opgelegd.

Het voorliggende wetsvoorstel voorziet in de tweezijdige benadering van de wanbetalersproblematiek waar de Tweede kamer bij de behandeling van het wetsvoorstel tot Wijziging van de Zorgverzekeringswet en andere wetten met het oog op het verzwaren van het premie-incassoregime (Kamerstukken II, 2006/07,30 918; Stb. 2007, 540) meerdere malen om heeft gevraagd. Tijdens de plenaire behandeling van voormeld wetsvoorstel op 20 juni 2007 en met de brief van 12 november 2007 (Kamerstukken II, 2006/07, 30 918) heb ik de hoofdlijnen van deze structurele aanpak van de wanbetalingsproblematiek aan de Kamer geschetst.

De voorgestelde benadering bestaat uit vier fasen:

Fase 1: Bij het ontstaan van een betalingsachterstand ter grootte van twee maandpremies informeert de zorgverzekeraar de verzekeringnemer over deze constatering en biedt hem een betaalregeling aan. Onderdeel van deze betaalregeling – naast afspraken over de afbetaling van de inmiddels opgebouwde schuld – is een machtiging van de verzekeringnemer tot automatische incasso van de in de toekomst te vervallen premie-termijnen. De zorgverzekeraar geeft hierbij ook aan wat de consequenties zijn van het niet betalen van de achterstallige premie of het niet meewerken aan de aangeboden betaalregeling (incasso en op termijn publiekrechtelijke premie). De zorgverzekeraar wijst de verzekeringnemer hierbij op de mogelijkheid van hulpverlening bij betalingsproblemen. Een verzekeringnemer die meewerkt aan de aangeboden betaalregeling zal zo de schuld beperkt houden en de grens van zes maanden premieschuld niet overschrijden en niet in de bronheffing terecht komen. Om de omvang van de schuldlast voor de verzekeringnemer overzichtelijk en beheersbaar te maken, wordt tevens bepaald dat de zorgverzekeraars de verplichting krijgen om de verzekeringnemer aan te bieden dat eventuele medeverzekerden¹ een eigen polis nemen en zelf verzekeringnemer worden. Voor de «oude» verzekeringnemer blijft de schuld dan beperkt tot de schuld die is opgebouwd voor zichzelf en voor medeverzekerden op de oude polis. Vanaf het moment dat de medeverzekerden een eigen zorgverzekering hebben, is hij alleen premie verschuldigd voor zichzelf. De «oude» medeverzekerden krijgen het aanbod om een eigen zorgverzekering af te sluiten zonder premieachterstand. Ze kunnen dus met een schone lei beginnen.

Fase 2: Gaat de verzekeringnemer niet in op bovenbedoeld aanbod, en gaat hij ook niet op andere wijze betalen, dan ontvangt hij nadat de schuld tot vier maandpremies is gestegen, een waarschuwing van zijn verzeke-

¹ Waar in het hiernavolgende wordt gesproken van «medeverzekerden» of over «bijgeschreven andere verzekerden» worden bedoeld verzekerden die niet tevens verzekeringnemer zijn. Veelal gaat het hier om situaties waarin een gezinshoofd de andere, meerderjarig gezinsleden heeft verzekerd. Hoewel dit juridisch gezien onjuist is – iedere verzekerde krijgt ingevolge de Zvw zijn eigen zorgverzekering – schrijven de zorgverzekeraars deze verzekerden in de praktijk vaak op de zorgpolis van de verzekeringnemer («de hoofdverzekerde») bij, waarna dergelijke verzekerden worden aangeduid met «medeverzekerden». Voor de leesbaarheid is in het algemene deel van deze toelichting bij dit taalgebruik aangesloten.

raar dat de door hem gesloten zorgverzekering(en) voor het bestuursrechtelijke regieregim zullen worden aangemeld zodra de schuld (per verzekering) tot zes maandpremies is gestegen. De zorgverzekeraar meldt hierbij tevens hoe de verzekeringnemer de voorgenomen melding – bijvoorbeeld omdat hij van mening is dat hij in het geheel geen of een veel lagere premie-achterstand heeft – kan betwisten.

Fase 3: Indien een verzekeringnemer de achterstallige premie dan nog niet voldoet, meldt de zorgverzekeraar de betreffende zorgverzekeringnemer (en eventueel bijgeschreven verzekerden) aan bij het CVZ zodra de betaalachterstand de grens van zes-maandpremies heeft overschreden. Vanaf dat moment is de verzekeringnemer voor zijn zorgverzekering, die gewoon doorloopt bij zijn zorgverzekeraar, geen premie meer verschuldigd aan zijn zorgverzekeraar maar moet hij voor zichzelf (en eventueel medeverzekerden) een bestuursrechtelijke premie betalen aan het CVZ. Tevens moet hij zijn achterstallige premie nog aan zijn zorgverzekeraar voldoen. Ter compensatie van de (verdere) premiederving ontvangt de zorgverzekeraar een bijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds.

Zodra de aanmelding is ontvangen door het CVZ gaat het over tot heffing en inning van de bestuursrechtelijke premie bij de wanbetaler. Deze bestuursrechtelijke premie is aanmerkelijk hoger dan de gemiddelde nominale premie die een verzekeringnemer aan een zorgverzekeraar verschuldigd zou zijn. Het CVZ int de premie door deze door een werkgever, pensioenfonds of uitkeringsinstantie op het loon, het pensioen of de uitkering in te laten houden en aan zich te laten afdragen (bronheffing), door de zorgtoeslag naar zich te laten afdragen en/of door beslaglegging als door de verzekeringnemer niet op een acceptgiro wordt betaald. Dit laatste in het geval dat de bron(nen) ontoereikend of niet benaderbaar zijn. De opbrengst van de inning stort het CVZ in het Zorgverzekeringsfonds.

Fase 4: Indien de wanbetaler zijn schuld bij de zorgverzekeraar heeft voldaan, meldt de zorgverzekeraar dit bij het CVZ. De betrokkene is vervolgens geen publiekrechtelijke premie meer verschuldigd en dient weer de gewone nominale premie aan zijn zorgverzekeraar te betalen.

In hoofdstuk 2 van deze algemene toelichting beschrijf ik de maatregelen die al zijn genomen om de betaling van de nominale premie mogelijk te maken. In hoofdstuk 3 beschrijf ik de andere getroffen maatregelen om onverzekerdeheid en wanbetaling te voorkomen. In hoofdstuk 4 geef ik een beschrijving van het resterende probleem. In hoofdstuk 5 wordt de inhoud van het wetsvoorstel nader toegelicht. In de hoofdstukken 6, 7, 8, 9 en 10 beschrijf ik via welke procedure het wetsvoorstel tot stand is gekomen (hoofdstuk 6), wat de kosten van de uitvoering zijn voor het Rijk (hoofdstuk 7), wat de kosten zijn voor andere betrokkenen en hoe wordt voldaan aan de privacyverplichtingen (hoofdstuk 8), de invulling van de behoefte aan beleidsevaluatie (hoofdstuk 9) en de inwerkingtreding en voorlichting daarover (hoofdstuk 10).

2. Getroffen maatregelen in relatie tot de betaalbaarheid van de nominale zorgverzekeringspremie

De regelgeving in Nederland is zodanig, dat in beginsel iedereen in staat zou moeten zijn de nominale premie voor zijn zorgverzekering te betalen. Het sociaal minimum is daarop afgestemd.

a. Compenserende maatregelen bij de invoering van de Zvw

Met de inwerkingtreding van de Zvw heeft de overheid diverse maatregelen genomen om ervoor te zorgen dat de zorgverzekering voor iedereen betaalbaar blijft. De voornaamste daarvan is de zorgtoeslag (een financiële tegemoetkoming voor de nominale premie van de zorgverzekering). Daarnaast heeft de overheid een aantal fiscale maatregelen getroffen. De belangrijkste aanvullende fiscale maatregelen die het kabinet heeft genomen zijn:

- verlaging AWBZ-premie met 0,9%-punt (van 13,45% naar 12,55%);
- verlaging werknemerspremie Algemeen werkloosheidsfonds (Awf) met 0,65%;
- verhoging algemene heffingskorting met € 86;
- veranderingen in de ouderenkorting die ertoe leiden dat ouderen gebruik kunnen maken van een hogere korting.

Zorgtoeslag en aanvullende fiscale maatregelen zorgen er samen voor dat de nominale premie betaalbaar blijft.

b. Verzekeringnemer in de wettelijke schuldsanering (WSNP)

Indien op iemand met schulden de wettelijke schuldsaneringsregeling van toepassing is verklaard, vallen zijn bezittingen en inkomsten in principe in de boedel waaruit de bewindvoerder zijn schulden betaalt. Omdat degene op wie de schuldsaneringsregeling van toepassing is natuurlijk ook moet kunnen voorzien in zijn levensonderhoud, wordt hierbij een bedrag vrijgelaten, dat is bepaald op 90 procent van de toepasselijke bijstandsnorm. Dit wordt ook wel de beslagvrije voet of het vrij te laten bedrag genoemd. De bijstandsnormen worden zo vastgesteld, dat ze hoog genoeg zijn om er – tezamen met de zorgtoeslag waar bijstandsgerechtigden recht op hebben – de nominale premie van een zorgverzekering, almede de premie voor een aanvullende verzekering uit te voldoen.

c. Gedwongen opgenomen patiënten

Door middel van een recente wijziging van de Wet werk en bijstand (WWB; zie voor de wijziging Stb. 2008, 87) wordt de mogelijkheid opengesteld om bijzondere bijstand te verlenen aan personen die rechtens gedwongen zijn opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis op grond van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen. Met deze structurele maatregel wordt voorkomen dat een gedwongen opname in een psychiatrisch ziekenhuis leidt tot onverzekerde, schulden of dakloosheid door het wegvallen van inkomsten.

d. Overige maatregelen

In de praktijk worden er nog andere mogelijkheden benut om betalingsproblemen hanteerbaar te maken. Als iemand door omstandigheden tijdelijk niet zou kunnen betalen, dan kan een zorgverzekeraar bijvoorbeeld een betalingsregeling met die persoon treffen of afspraken maken over automatische incasso. In veel gevallen nemen ook gemeenten hun verantwoordelijkheid voor bepaalde groepen van sociale minima, waaronder dak- en thuislozen. Als deze personen een bijstandsuitkering ontvangen, kan op vrijwillige en verplichte basis de betaling van de premie met de gemeente geregeld worden (artikel 57 WWB).

3. Overige getroffen maatregelen ter voorkoming van onverzekerde en wanbetaling

Zoals hiervoor gesteld is het uitgangspunt dat lonen en uitkeringen zodanig hoog zijn, iedereen zijn zorgpremie moet kunnen betalen. Toch zijn er mensen bij wie het misgaat. Mensen die geconfronteerd worden met plotseling hoge kosten, mensen die niet met geld kunnen omgaan en mensen die simpelweg niet willen betalen. Om die reden zijn de volgende maatregelen getroffen om onverzekerde en betalingsachterstand te voorkomen.

a. Om het aantal onverzekerden terug te dringen wordt doelgroepgerichte voorlichting ontwikkeld of geïntensiveerd

Zoals ik in mijn brief van 3 maart 2008 (Kamerstukken II 2007/08, 29 689, nr. 180) heb gemeld, is om onverzekerde te voorkomen al een groot aantal maatregelen in de voorlichtingssfeer getroffen. Vóór de invoering van de Zvw hebben grootscheepse voorlichtingscampagnes plaatsgevonden. Daarnaast zijn in het kader van het rapport «Zorg Verzekerd» (13 december 2005 aangeboden aan beide Kamers) diverse maatregelen getroffen, zoals het bevorderen van collectieve (aanvullende) verzekeringen voor bijstandsgerechtigden en andere sociale minima, signalering van betalingsachterstanden bij bijstandsgerechtigden en subsidies aan belangenorganisaties van moeilijk bereikbare groepen.

Om het aantal onverzekerden nog verder terug te brengen worden in eerste instantie verdergaande voorlichtingsactiviteiten ingezet die gericht zijn op specifieke groepen. Tijdens de behandeling van het wetsvoorstel tot wijziging van de Zorgverzekeringswet en andere wetten met het oog op het verzwaren van het premie-incassoregime en andere maatregelen om de werking van het met die wet en de Wet op zorgtoeslag in het leven geroepen stelsel te optimaliseren (verzwaren incassoregime premie en andere maatregelen zorgverzekering; inmiddels geplaatst in Stb. 2007, 540) heb ik toegezegd dat doelgroepgerichte voorlichting zal worden ontwikkeld of zal worden geïntensiveerd voor reeds in beeld zijnde groepen en voor specifieke groepen onverzekerden op basis van een nadere analyse door het CBS. Het gaat daarbij om doelgroepgerichte voorlichting aan allochtonen, gezinnen met kinderen, jongeren die de leeftijd van 18 jaar bereiken, dak- en thuislozen, nieuwe ingezetenen, gedetineerden, ex-asielzoekers en rechthebbenden op generaal pardon. Voor mensen die zich in Nederland vestigen is een brochure verschenen die beschikbaar is bij inschrijfbalies van gemeenten.

b. De actieve opsporing van onverzekerden

De regering heeft de mogelijkheid gezien om alle mensen zonder zorgverzekering via bestandskoppeling individueel te benaderen om zich te verzekeren. Het «plan van aanpak inzake het terugdringen van onverzekerden», dat hieruit is voortgekomen, staat beschreven in de hiervoor genoemde brief van 3 maart 2008.

c. Protocol incassotraject wanbetalers Zorgverzekeringswet

Zorgverzekeraars en de minister van VWS hebben vanaf de ingangsdatum van de Zvw (op 1 januari 2006) een aantal maatregelen afgesproken om het aantal onverzekerden wegens roeyment (en het aantal mensen zonder dekking wegens schorsing van de dekking) als reactie op een betalingsachterstand zo klein mogelijk te houden respectievelijk om te voorkomen dat verzekeringsplichtigen zich bij de ene na de andere verzekeraar,

telkens met achterlating van een premieschuld, verzekeren (wanbetalers-carrousel).

De afspraken hadden oorspronkelijk betrekking op de periode 1 januari 2006 tot en met 1 juli 2007, maar zijn in het perspectief van voorliggend wetsontwerp, verlengd tot 1 januari 2009. Het gaat om de volgende afspraken:

- wanbetalers worden niet geroyeerd, noch wordt de dekking van hun verzekering geschorst;
- verzekeraars spannen zich in tot incasso van de nominale premies. De eerste prikkel die wanbetalers moet stimuleren tot tijdige betaling is dat ze te maken krijgen met een incassotraject dat in zwaarte oploopt. De mogelijkheden die verbonden zijn aan een incassoprocedure (deurwaarder, beslag, executoriale verkoop) zijn dusdanig, dat weinig mensen dit lichtvaardig zullen opvatten;
- de zorgverzekeraar loopt voor een bedrag gelijk aan zes maandpremie zelf het volledige betalingsrisico. 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 gedurende een heel kalenderjaar verzekerd houdt en zijn incasso-inspanningen blijft leveren. Als ondersteuning van deze afspraak wordt in de Zvw geregeld (inmiddels is dat geregeld; zie paragraaf 3.d van deze toelichting) dat een verzekeringnemer met betalingsachterstand zijn zorgverzekering niet kan opzeggen en de incasso-inspanningen van de verzekeraar niet kan ontlopen. De vraag of het incasso-protocol is gevolgd dan wel vergelijkbare incasso-inspanningen zijn verricht, wordt door de Nederlandse zorgautoriteit (NZa) per verzekeraar beoordeeld. De compensatiesystematiek is geregeld in het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering.

d. Wettelijke maatregel ter voorkoming van beëindiging zorgverzekeringsovereenkomst door de verzekeringnemer met betalingsachterstanden

In de wetswijzing van de Zorgverzekeringswet en andere wetten met het oog op het verzwaren van het premie-incassoregime en andere maatregelen om de werking van het met die wet en de Wet op de zorgtoeslag in het leven geroepen stelsel te optimaliseren (verzwaren incassoregime premie en andere maatregelen zorgverzekering, Stb. 2007, 540) is in een nieuw artikel (artikel 8a) van de Zvw geregeld dat een verzekeringnemer de zorgverzekering niet kan opzeggen nadat hij eenmaal is aangemaand tot betaling van de premie voor de zorgverzekering. Deze wetswijziging is vanaf 21 december 2007 van kracht. Het incassobeleid van zorgverzekeraars in combinatie met het opzegverbod bewerkstelligt dat de verzekeringnemer die een zorgverzekering met een andere zorgverzekeraar wil sluiten, geprikkeld wordt eerst zijn achterstallige verplichtingen na te komen. Het mes snijdt daarbij aan twee kanten. Het stimuleert de verzekeringnemer om aan zijn betalingsverplichting te voldoen, maar voorkomt ook dat zorgverzekeraars te maken krijgen met veel verzekeringnemers die van verzekeraar naar verzekeraar overstappen zonder hun verplichtingen te zijn nagekomen.

e. Zorgtoeslag rechtstreeks overmaken aan de zorgverzekeraar of aan de gemeente

De zorgtoeslag automatisch inhouden en rechtstreeks naar de zorgverzekeraar of gemeente overmaken kan nu alleen op basis van vrijwilligheid. De verzekerde geeft dan zelf aan naar welke rekening de zorgtoeslag moet worden overgemaakt. Het is op dit moment niet mogelijk om bij

betalingsachterstanden de zorgtoeslag zonder instemming van de wanbetaler rechtstreeks naar de zorgverzekeraar over te laten maken. De huidige wetgeving en het automatiseringssysteem van de Belastingdienst maken dat onmogelijk. Het recht op zorgtoeslag is immers gekoppeld aan inschrijving bij een zorgverzekeraar en niet aan het betalen van de premie. Het automatiserings-systeem van de Belastingdienst is nog ingericht op betaling aan de aanvrager. De zorgverzekeraar kan wel beslag laten leggen op de zorgtoeslag. Het voorliggende wetsvoorstel regelt dat de zorgtoeslag zonder toestemming van de verzekerde als bron kan dienen voor de inning van de bestuursrechtelijke premie. De systemen van de Belastingdienst worden zodanig aangepast dat de zorgtoeslag straks kan worden omgeleid naar het CVZ.

f. Data-base verzekerden met betalingsachterstand

Daarnaast hebben zorgverzekeraars een landelijk dekkend bestand van verzekeringnemers met een betalingsachterstand ingericht op wie het opzeggingsbeletsel ingevolge artikel 8a Zvw van toepassing is. Verzekeraars kunnen daarin opzoeken of aspirant-verzekeringnemers een premieschuld hebben en dus niet mogen opzeggen bij hun huidige verzekeraar.

g. Signalering van betalingsachterstand bij bijstandgerechtigden via Inlichtingenbureau aan gemeenten

Om wanbetaling te voorkomen, is een snelle signalering van betalingsachterstanden en een zo vroeg mogelijk ingrijpen wenselijk. In verband met onder meer de toepassing van artikel 57 WWB is het voor gemeenten van belang om zo vroeg mogelijk te beschikken over informatie over betalingsachterstand van bijstandgerechtigden. De gemeente kan dan met deze bijstandgerechtigden afspraken maken over het oplossen van de betalingsachterstand. Daarbij kan eventueel gebruik worden gemaakt van artikel 57 WWB (budgetbeheer). De gemeente kan uiteraard ook kiezen voor een minder zwaar instrument zoals «een goed gesprek» of budgetbegeleiding.

Er was al afgesproken dat individuele zorgverzekeraars betalingsachterstanden van bijstandgerechtigden via het Inlichtingenbureau aan gemeenten melden. Gemeenten melden vervolgens aan verzekeraars terug wat zij met de melding hebben gedaan. Deze werkwijze levert al resultaat op, zodat schuldtoename wordt voorkomen en bestaande schuld wordt gesaneerd. Het gebruik van deze maatregel kan echter intensiever en effectiever. Daarom zijn er nieuwe afspraken gemaakt tussen gemeenten en zorgverzekeraars; hierbij wordt de landelijke database van verzekeraars met gegevens over betalingsachterstanden bij hun verzekerden toegankelijk gemaakt voor het Inlichtingenbureau. Het Inlichtingenbureau koppelt de gegevens van zorgverzekeraars met de gegevens van de bijstandgerechtigden en levert de «match» aan gemeenten.

h. Bevorderen collectieve verzekeringen voor bijstandgerechtigden en andere sociale minima en het bevorderen van automatische incasso

Op dit moment hebben een kleine 400 gemeenten een collectieve verzekering (inclusief aanvullende verzekering) voor hun bijstandgerechtigden en andere sociale minima gesloten. Geschat wordt dat 75% van de bijstandgerechtigden en 20% van de overige minima in een dergelijk collectief contract van de gemeente participeert. Deze collectieve contracten zijn vooral bedoeld om het voor mensen met lage inkomens gemakkelijk te maken zich tegen zorgkosten te verzekeren. In enkele gevallen wordt de nominale premie rechtstreeks ingehouden op de uitkering. Dit gebeurt echter niet vaak. Veel gemeenten zijn van mening dat dit indruist tegen de

eigen verantwoordelijkheid van de bijstandsgerechtigden. Indien de premie niet door de gemeenten op de bijstandsuitkering wordt ingehouden, is een collectief contract geen sluitende oplossing voor het wanbetalersprobleem.

4. Resterende problematiek

4.1 Karakter van de zorgverzekering

De zorgverzekering is een bijzondere vorm van een privaatrechtelijke verzekeringsovereenkomst, zoals geregeld in titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek (BW). Op de zorgverzekering zijn dan ook de bepalingen van het BW van toepassing, voor zover daarvan niet bij of krachtens de Zvw is afgeweken. De privaatrechtelijke overeenkomst van zorgverzekering (zoals vastgelegd in de zorgpolis) verplicht de verzekeringnemer een nominale premie te betalen voor de verzekerde in de overeenkomst, tenzij deze jonger dan achttien jaar is. Voor de betaling van premie ontvangt de verzekerde – indien nodig – zorg. Verzekeringnemers die niet betalen komen hun overeenkomst niet na en kunnen dan door de zorgverzekeraar worden geroyeerd. Ook is het mogelijk dat de verzekeraar de dekking van de verzekering beperkt.

Verzekeringnemers kunnen zich niet volledig onttrekken aan de, aan de zorgverzekering ten grondslag liggende, solidariteitsgedachte. Als ze een inkomen hebben wordt hierop immers een inkomensafhankelijke bijdrage ingehouden, of ze zich nu verzekerd hebben of niet en of ze nu hun nominale premie betaald hebben of niet. De verzekeringnemer die zijn premieverplichting niet nakomt doet echter wel afbreuk aan de solidariteit binnen de portefeuille van de verzekeraar waarmee hij een verzekeringsovereenkomst heeft. De hoogte van de nominale premie van die verzekeraar is er op gebaseerd dat beide partijen hun betalingsverplichtingen nakomen. Als een verzekeringnemer niet betaalt, wentelt hij de van hem verwachte betaling af op andere verzekeringnemers. Als hij daarnaast ook nog zorgkosten heeft, wentelt hij ook de vergoeding van die zorgkosten af. Een verzekeraar kan er voor kiezen dit gedrag te accepteren en de premies van zijn wel betalende verzekeringnemers laten stijgen¹. Hij kan ook proberen via incasso-inspanningen zijn verlies, en daarmee premiestijging, te beperken. Hij kan ten slotte premiestijging voorkomen door de overeenkomst met de verzekeringnemer (en eventueel bijgeschreven verzekerden) met een betalingsachterstand zo snel mogelijk op te zeggen (royeren) of (de dekking van) de verzekering te beperken (dat wil zeggen: te schorsen of op te schorten). De eerste twee gedragskeuzen hebben consequenties voor zijn marktpositie. Een verzekeraar die slecht betaalgedrag van zijn verzekeringnemers accepteert of veel moet uitgeven aan incasso, prijst zichzelf uit de markt.

Een probleem voor de verzekeraar, en voor de overheid als systeemverantwoordelijke, is dat er geen negatieve sanctie is voor een verzekeringnemer die zijn nominale premie niet betaalt. Dat ligt anders bij een huurschuld of een schuld bij het energiebedrijf waar huisuitzetting en afsluiting effectieve reacties zijn op slecht betaalgedrag. Onverzekerd zijn ten gevolge van royement heeft geen consequenties zolang je gezond bent. En als je zorg nodig hebt kun je je alsnog verzekeren, er is immers acceptatieplicht, of de zorgaanbieder, die altijd zal helpen als het nodig is, met een onbetaalde rekening laten zitten. Dit is ook de reden waarom er in de Zvw niet alleen een acceptatie- en een zorgplicht voor de verzekeraar is geregeld, maar ook een verzekeringsplicht voor de burger.

¹ Dit heeft consequenties voor de hoogte van de inkomensafhankelijke bijdrage. Via de 50/50-regeling stijgt het percentage van de inkomensafhankelijke bijdrage en wordt een deel van het probleem afgewenteld op de werkgevers en werknemers.

4.2 Analyse van de wanbetalerspopulatie

Met de analyses die het Centraal Bureau voor de Statistiek op de bestanden van de zorgverzekeraars heeft uitgevoerd is er enig inzicht ontstaan in de groep wanbetalers. Er blijkt duidelijk sprake te zijn van concentratie bij deelgroepen. De leeftijdscategorie tussen 20 en 40 jaar, allochtonen (vooral Antillianen en Arubanen, en Surinamers), uitkeringsgerechtigden (vooral ontvangers van bijstand), eenoudergezinnen en ongehuwde stellen met kinderen. Ook geografisch is concentratie van wanbetalers meetbaar. In de «aandachtswijken» is het percentage wanbetalers gestegen van gemiddeld 3,6% in 2006 naar gemiddeld 5,0% in 2007. Rotterdam/Oud Zuid en Zuidelijke Tuinsteden en Amsterdam/Bijlmer staan hierbij bovenaan met wanbetalers van resp. 7,9%, 7,0% en 7,8%. Door het CBS is ook gekeken naar inkomens en het al dan niet ontvangen van een zorgtoeslag. Hieruit blijkt dat 80% van de wanbetalers beschikt over een periodiek inkomen; ongeveer 60% heeft een baan en 20% heeft een uitkering. Van de resterende 20% zijn de inkomensbronnen bij het CBS niet bekend. Bijvoorbeeld zelfstandigen vallen in deze categorie. Een kleine helft van de wanbetalers ontvangt zorgtoeslag. Voor de grote meerderheid van de wanbetalers zou het betalen van de zorgpremie geen probleem mogen opleveren tenzij hun uitgavenpatroon niet op hun inkomen is afgestemd.

4.3 Problemen bij de incasso

Gezien het gestelde in de hoofdstukken 2 en 3, is het vreemd dat de premiebetaling en, als daar achterstanden bij ontstaan, de incasso van schulden in een aanzienlijk aantal gevallen niet lukt. Hoe is het mogelijk dat het aantal verzekerden met een betalingsachterstand van meer dan zes maandpremies in 2007 ten opzichte van 2006 met 26% is toegenomen ondanks de incasso-inspanningen van verzekeraars? En dan ook nog vooral bij die deelgroepen die er toch al uitsprongen. Hoe komt het dat het probleem groter wordt in plaats van kleiner?

Uit de vergelijking die het CBS heeft gemaakt tussen de cijfers van 2007 en 2006 blijkt dat het aantal van 240 250 wanbetalers bestaat uit een harde kern van 122 250 verzekerden en een instroom van 118 000 nieuwe wanbetalers. Hiertegenover staan 67 870 verzekerden die hun schuld hebben afgelost en in 2007 weer met premie betalen zijn begonnen. De incasso-inspanningen van zorgverzekeraars en de ondersteuning die ze daarbij van gemeenten krijgen werken dus wel, maar het resultaat wordt ruimschoots overtroffen door het aantal nieuwe premiemijders. Een groot aantal wanbetalers wordt kennelijk niet bereikt. Met zorgverzekeraars en gemeenten is besproken welke problematiek aan de problemen ten grondslag ligt. Dit tegen de achtergrond van het feit dat het zowel voor de zorgverzekeraar als voor de gemeente nog om een relatief beperkt probleem gaat; ultimo 2007 1,9% van de verzekerden respectievelijk 7,0% van de bijstandsgerechtigden.

Het grootste probleem voor de incassopraktijk is dat een effectieve sanctie bij het achterblijven van de betaling ontbreekt doordat verzekeraars met de Minister hebben afgesproken dat ze bij betalingsachterstand niet royeren en ook de dekking van de polis niet beperken. De overeenkomst zal dus niet beëindigd worden. Dit weet de wanbetaler. Incasso en dwangvordering is een duur en tijdrovend proces, dat zonder preferentie ten opzichte van andere schuldeisers vaak weinig oplevert. De mate van inzet van incassomiddelen wordt dan ook bepaald door een inschatting van de kans op succes. Bovendien is de schuldtoename elke maand gering, zodat eerst gewacht tot er een redelijk bedrag is ontstaan voordat een deurwaarder of een rechter wordt ingeschakeld. Door het wachten neemt de kans op succesvolle inning af omdat ook andere, qua bedrag vaak grotere, schulden zijn toegenomen. Een belangrijke belemmering voor succes is

ook dat dwangmaatregelen vaak betrekking hebben op een bestaande schuld, terwijl er tijdens de pogingen om die te mogen innen, in de vorm van niet betaalde premies, weer een nieuwe schuld wordt opgebouwd. Een mogelijk instrument als automatische incasso is vrijwillig en dus niet hanteerbaar bij wanbetalers die niet willen betalen. Voor de gemeenten is de eigen verantwoordelijkheid van de burgers terecht een belangrijk uitgangspunt. Zij zullen pas in actie komen als mensen er blijk van geven dat ze hun verantwoordelijkheid niet aankunnen. De meeste gemeenten hebben een collectieve zorgverzekering voor hun minima gesloten met een of meerdere zorgverzekeraars. Deelname is echter vrijwillig en inning van de premie door de gemeente is zelden een voorwaarde voor deelname. Huurschulden en schulden bij energiebedrijven worden door sociale diensten als meer bedreigend gezien dan een schuld aan een zorgverzekeraar. Temeer omdat het beëindigen van de verzekeringsovereenkomst niet aan de orde is.

4.4 Ontwikkelingen

Intussen komen er wel steeds meer initiatieven tot stand waarbij gemeenten en zorgverzekeraars in het kader van een collectieve zorgverzekering mogelijkheden vinden om elkaars belangen te ondersteunen. Hierbij gaat het om informatie over betalingsachterstanden, ondersteuning van administratieve processen, bevordering van het afgeven van machtigingen tot automatische incasso, (schuld)hulpverlening etc. Ook op landelijk/koepel niveau worden activiteiten ontplooid om elkaar te ondersteunen. Effectuering van intenties in administratieve processen en werkvormen kost echter tijd en er is een bestendig gevoel van een gezamenlijk belang nodig. Van effecten is dan ook weinig meetbaar.

Met de aanpak van de wanbetalersproblematiek is nu ruim twee jaar ervaring opgebouwd. De problematiek is nog relatief beperkt, maar neemt (snel) toe. Zorgverzekeraars zijn zonder het instrument van royement, schorsing of opschorting, niet in staat het wanbetalersprobleem volledig op te lossen. Ze moeten bij het innen van premies voor een klein deel van de verzekerden ondersteund worden. Voor verzekeringnemers die betalingsproblemen hebben kan die steun het beste georganiseerd worden tussen zorgverzekeraars en de lokale overheid. De verplichting om bij betalingsachterstand een betalingsregeling aan te bieden en te wijzen op mogelijkheden van (schuld)hulpverlening helpt hierbij. Voor verzekeringnemers die om andere redenen weigeren de premie te betalen is een bestuursrechtelijk instrument nodig om de betaling af te dwingen. Dit instrument is de bestuursrechtelijke premie.

5. Inhoud voorliggend wetsvoorstel

5.1 Hoofdpijnen

De in het kader van de afspraken met zorgverzekeraars getroffen maatregelen en de maatregelen die, onder meer door gemeenten in het kader van de sociale zekerheid, zijn getroffen, hebben zeker bijgedragen aan het verminderen van de wanbetalersproblematiek. Dit valt ook af te leiden uit het feit dat het aantal wanbetalers in 2006 daalde ten opzichte van de eerste ramingen.

Met deze maatregelen alleen blijkt het probleem echter niet opgelost te kunnen worden. Het aantal wanbetalers is nog steeds hoog en is eind 2007 opgelopen tot 240 000. Uit de vergelijking die het CBS heeft gemaakt van de in- en uitstroom van het bestand wanbetalers blijkt dat 122 000 wanbetalers eind 2006 al een betalingsachterstand van meer dan zes maandpremie's had, er 118 000 nieuwe wanbetalers zijn bijgekomen en er

67 870 verzekerden hun schuld (deels) hebben afgelost en daardoor geen of in ieder geval minder dan zes maandpremies betalingsachterstand hebben.

Uit deze cijfers valt af te leiden dat inspanningen van zorgverzekeraars en gemeenten effect hebben (uitstroom van 67 870 wanbetalers). Er is echter ook een harde kern en een nieuwe instroom. Personen die zich kennelijk weinig hoeven aan te trekken van de incassomaatregelen van hun zorgverzekeraar en die in wezen een gratis zorgverzekering hebben. Bovendien is de kans dat het aantal wanbetalers (snel) toeneemt groot als, door de afspraak om niet te royeren en de dekking van de zorgverzekering niet te beperken, de indruk algemeen wordt, dat het goed mogelijk is om een zorgverzekering te hebben zonder er voor te betalen. De toename in 2007 zou hiervoor een indicatie kunnen zijn.

In de opvatting van de regering kan de verantwoordelijkheid voor de benadering van de wanbetalersproblematiek niet volledig worden gelaten in de sfeer van de verzekeringsovereenkomst tussen de verzekeringnemer en zijn zorgverzekeraar. Door de acceptatieplicht voor de Zvw is namelijk aan de zorgverzekeringssector in zijn geheel de ultieme sanctie ontnomen om wanbetalers te royeren en hen vervolgens uit de verzekering te weren. Royement van een individuele verzekeringnemer door een individuele verzekeraar, waarbij een verzekeraar van zijn probleem af is, blijft echter mogelijk. De acceptatieplicht is een van de kernpunten van de Zvw en de regering wenst die dan ook als zodanig niet ter discussie te stellen. Dat brengt dan wel met zich dat in de publiekrechtelijke sfeer een antwoord moet worden gegeven op de problematiek van de wanbetalers.

De regering heeft daarbij onder ogen gezien dat het niet betalen van de premie meerdere oorzaken kan hebben. Enerzijds zijn er verzekeringnemers die de premie zonder veel problemen kunnen betalen, maar het geld liever aan iets ander uitgeven. In het advies van de Raad van State worden deze mensen de «onwilligen» genoemd. En er zijn verzekeringnemers die, hoewel zij gezien de geldende Nederlandse regelgeving over het minimumloon en de socialezekerheidsuitkeringen in theorie de nominale premie kunnen betalen, dit in de praktijk toch niet kunnen, bijvoorbeeld omdat zij niet met geld om kunnen gaan, schulden hebben gemaakt en die schulden trachten af te betalen met geld dat zij eigenlijk voor de betaling van de nominale premie hadden moeten reserveren. Dergelijke mensen noemt de Raad van State in zijn advies de «onmachtigen».

Doel van het wetsvoorstel is de onwilligen tot het betalen van de nominale premie aan hun zorgverzekeraar te bewegen door hen indien de wanbetaling voortduurt een hogere, bestuursrechtelijke premie in het vooruitzicht te stellen, die bovendien direct op het inkomen zal worden geïnd. Doel van het wetsvoorstel is voorts onmachtigen zo snel mogelijk nadat een premie-achterstand is ontstaan bij de hand te laten nemen, opdat zij hun – op dat moment nog beperkte – schuld aan de zorgverzekeraar kunnen afbetalen alsmede nieuw opkomende premie-termijnen kunnen betalen. Daarmee wordt dan voorkomen dat zij het duurdere, bestuursrechtelijke regiem terechtkomen.

Hiertoe voorziet dit wetsvoorstel in een aantal maatregelen. In de eerste plaats wordt zorgverzekeraars en hun verzekeringnemers de mogelijkheid geboden om samen, in het geval een verzekeringnemer in de situatie is gekomen dat hij zijn zorgpremie niet meer of niet meer volledig voldoet, het verstoorde betaalpatroon te herstellen. De zorgverzekeraar wordt verplicht om de verzekeringnemer bij een premieachterstand van twee maanden – dus al voordat de schuld aan de zorgverzekeraar tot een lastig af te betalen bedrag is opgelopen – een betalingsregeling aan te bieden. Van deze regeling vormt automatische incasso voor toekomstig verval-

lende premietermijnen en de garantie dat de zorgverzekering doorloopt zolang de betalingsregeling door de verzekeringnemer wordt nagekomen, een verplicht onderdeel. Nadrukkelijk wordt de mogelijkheid van hulp door derden (gemeenten, schuldhulpverleners) hierbij in beeld gebracht. Met dit verplichte aanbod van de verzekeraar wordt onmachtigen de mogelijkheid geboden te voorkomen dat de betalingsachterstand uitgroeit tot een betalingsprobleem. Accepteert de wanbetaler de aangeboden regeling, dan zal geen betalingsachterstand van zes maandpremies ontstaan en zal hij buiten het duurdere, bestuursrechtelijke regiemi kunnen blijven. Om de omvang van de schuldlast voor de verzekeringnemer overzichtelijk en beheersbaar te maken, wordt tevens bepaald dat de zorgverzekeraars de verplichting krijgen om de verzekeringnemer aan te bieden dat medeverzekerden een eigen polis nemen en zelf verzekeringnemer worden. Wordt dat aanbod geaccepteerd en verzekeren de medeverzekerden zichzelf daadwerkelijk, dan mag de «oude» verzekeringnemer de verzekeringen die hij voor zijn medeverzekerden had gesloten, in weerwil van artikel 8a Zvw, opzeggen. Voor de «oude» verzekeringnemer blijft de schuld dan beperkt tot de schuld die in twee maanden is opgebouwd voor zichzelf en de medeverzekerden op de oude polis. Vanaf dat moment is hij alleen premie verschuldigd voor zichzelf. De «oude» medeverzekerden hebben een nieuwe, eigen zorgverzekering en kunnen zonder premieachterstand – dus met een schone lei – beginnen.

Het aanbieden van de betalingsregeling kan in wezen worden beschouwd als een middel om de onmachtigen van de onwilligen te scheiden. Als de verzekeringnemer met betalingsachterstand de betalingsregeling afwijst of de afgesproken regeling niet nakomt en ook niet op andere wijze de premie gaat betalen, hebben we te maken met onwilligen. Hun schuld zal verder toenemen. De zorgverzekeraar zal in dat geval zijn zwaardere incasso-instrumenten inzetten en de verzekeringnemer na vier maanden wijzen op de gevolgen van verdere toename van de betalingsachterstand, te weten dat hij, naast de incasso van de zorgverzekeraar, te maken zal krijgen met de hogere, bestuursrechtelijke premie, die bovendien zo mogelijk direct op het inkomen zal worden ingehouden. De verzekeraar zal hem in deze waarschuwing wijzen op de geschillenprocedure. Deze is van belang voor het geval de verzekeringnemer van mening is dat er geen of minder premie-achterstand is dan zijn zorgverzekeraar aanneemt. Als de waarschuwing onvoldoende soelaas biedt zal de verzekeraar betrokkene bij het bereiken van zes maanden premie-achterstand uiteindelijk aanmelden voor het bestuursrechtelijke regiemi.

Aanmelding voor het bestuursrechtelijke regiemi betekent dat de verplichting tot het betalen van de nominale premie aan de zorgverzekeraar wordt omgezet in de plicht om een bestuursrechtelijke premie aan het CVZ te betalen. Het CVZ heft vanaf dat moment een vervangende premie, die hoger is dan de hoogste nominale premie. Het CVZ geeft aan werkgevers, uitkeringsinstanties en pensioenfondsen opdracht de vervangende premie in te houden op het loon, uitkering of pensioen. Daarnaast kan het CVZ de Belastingdienst/Toeslagen (BD/T) vragen de zorgtoeslag van de wanbetaler naar zich te laten overmaken. Deze wordt dan gebruikt ter (gedeeltelijke) betaling van de bestuursrechtelijke premie. Voorts kan het CVZ uiteraard ook een acceptgiro voor (het restant van) de bestuursrechtelijke premie sturen of de wanbetaler vragen een automatische machtiging tot incasso te tekenen, waarna het CVZ, na aanmaning en dwangbevel, beslag op de bankrekening of de goederen van de schuldenaar kan laten leggen indien deze niet reageert.

De zorgverzekeraars blijven net als bij de tijdelijke oplossing voor de wanbetalersproblematiek een compensatiebijdrage ontvangen vanaf het moment dat de premieschuld zes maandpremies bedraagt. De compen-

satie verandert echter enigszins van karakter. De bijdrage wordt gegeven, omdat de zorgverzekeraar gedurende de periode dat de bestuursrechtelijke premie wordt geheven *het recht* verliest om een nominale zorgpremie te innen en toch de verzekering uitvoert. Het CVZ stort de geïnde bestuursrechtelijke premies in het Zorgverzekeringsfonds. Hierdoor ontstaat dekking voor de bijdrage aan de zorgverzekeraars voor het verzekerd houden van deze wanbetalers.

De premieschuld jegens de zorgverzekeraar blijft beperkt tot rond de 1000 euro (zes maandpremies, wettelijke rente, incassokosten) per verzekerde. Om uit het bestuursrechtelijk regiem te komen moet een wanbetaler zijn uit zijn zorgverzekering voortvloeiende schuld aan de zorgverzekeraar voldoen. Dat kan door deze in een keer af te betalen, maar ook door een schuldsaneringstraject te doorlopen of – met betrokkenheid van een schuldhulpverlener – (alsnog) een regeling tot afbetaling van de inmiddels opgebouwde schuld te treffen. Als hij naast de premieschuld geen schuld aan zijn verzekeraar heeft voor niet voldane eigen betalingen¹, is de schuld aan zijn zorgverzekeraar te overzien. Daarmee heeft hij perspectief om weer uit het voor hem duurdere, bestuursrechtelijke regiem te geraken.

Natuurlijk heeft de wanbetaler, zolang hij nog in het bestuursrechtelijke regiem verblijft, wél last van het feit dat de bestuursrechtelijke premie aanzienlijk meer bedraagt dan de premie die aan een verzekeraar moet worden betaald. Er is bewust gekozen voor een hoge bestuursrechtelijke premie om het onaantrekkelijk te maken in dit regiem terecht te komen. Het moet aantrekkelijker zijn om, zoals het hoort, een nominale premie aan de verzekeraar te betalen.

5.2 Uitwerking enige deelonderwerpen

a. Medeverzekerden

Artikel 8a Zvw bepaalt dat zorgverzekeringen ten aanzien waarvan een premie-achterstand is ontstaan, in principe niet door de verzekeringnemer kunnen worden opgezegd. Om de problematiek van het voldoen van de zorgpremie bij een verzekeringnemer die daar kennelijk moeite mee heeft zo overzichtelijk en beheersbaar mogelijk te maken, voorziet het wetsvoorstel in een uitzondering op dat artikel voor eventueel op dezelfde polis bijgeschreven medeverzekerden. De zorgverzekeraar zal de verzekeringnemer in de gelegenheid stellen hun zorgverzekering op te zeggen, onder de voorwaarde dat zij een eigen verzekering sluiten en, indien die verzekering bij dezelfde zorgverzekeraar gaat lopen, een machtiging tot automatische incasso van de premie afgeven. Dit laatste om zoveel mogelijk te voorkomen dat gezinsleden van een wanbetaler ook zelf onmiddellijk weer wanbetaler worden.

b. Start bestuursrechtelijk regiem

Het bestuursrechtelijke regiem start bij een premieschuld ter hoogte van zes maanden nominale premie. Op dat moment wordt een wanbetaler door zijn verzekeraar aangemeld voor het bestuursrechtelijk regiem. Kosten van rente, incasso en kosten als gevolg van eigen betalingen tellen hiervoor niet mee.

Het gaat bij de start van het bestuursrechtelijk regiem dus om de netto premieschuld. Hiervoor is gekozen, omdat:

1. eigen betalingen, anders dan de premie, afhankelijk zijn van de gezondheidstoestand van de verzekerde en de meting afhankelijk is van het moment waarop zorg wordt gebruikt en van het moment waarop de rekening door zorgaanbieder of verzekerde wordt inge-

¹ Het gaat dan om «eigen betalingen», zoals bijbetaling verzekerde natura-polis indien de verzekerde niet-gecontracteerde zorg gebruikt (artikel 13 Zvw), een verplicht eigen risico (artikel 18a Zvw) of een eventueel vrijwillige eigen risico (artikel 19 Zvw).

- diend. Dit belemmert de voorgenomen eenduidige en daarmee voor iedereen heldere procedure waarlangs iemand in het bestuurlijke premieregim terecht komt;
2. zo voorkomen wordt dat een wanbetaler met veel zorgkosten of met een zorgverzekeraar die veel incassokosten maakt veel sneller in het (nadeliger) bestuursrechtelijk premieregim terecht zou komen dan andere wanbetalers.

c. Einde bestuursrechtelijk premieregim

Eenmaal in het bestuursrechtelijk premieregim terechtgekomen, kan de netto-premieschuld jegens de zorgverzekeraar niet meer stijgen. De totale schuld kan wel stijgen, omdat over de schuld de wettelijke rente verschuldigd blijft, en voorts kan de zorgverzekeraar kosten blijven maken om de premie en rente alsnog te incasseren.

Daarnaast kan de verzekeringnemer schulden hebben wegens niet aan de zorgverzekeraar voldane eigen betalingen. Ook over die schulden kan wettelijke rente lopen, en ook ter zake van die schulden kan de zorgverzekeraar incassokosten hebben gemaakt. Anders dan voor de aanvang van het bestuursrechtelijk regim waarvoor slechts de netto-premieschuld van belang is, is er voor gekozen om het bestuursrechtelijk premieregim pas te beëindigen na aflossing van *alle* uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden van de verzekerde bij de verzekeraar:

1. zodat verzekeringnemer en verzekeraar weer met een «schone lei» kunnen beginnen en/of de verzekeringnemer kan overstappen naar een andere verzekeraar;
2. omdat het niet praktisch is om een onderscheid te maken tussen de verschillende zorgverzekeringsschulden aan de verzekeraar. In zo'n geval zou de verzekeraar voor de verschillende schulden ook een gesplitste schuldenadministratie of gesplitste incasso-inspanning moeten aanhouden. Het wettelijk vastleggen van een dergelijke verplichting zou bovendien dwingen tot ingewikkelde wetgeving die de vrijheid van verzekeraars onnodig beperkt.

d. Hoogte bestuursrechtelijke premie

De bestuursrechtelijke premie dient op een zo hoog bedrag te worden vastgesteld, dat het voor de verzekeringnemer aantrekkelijk blijft buiten het bestuursrechtelijk premieregim te blijven. Dat wil zeggen: om zijn nominale premie aan zijn zorgverzekeraar te voldoen. Dat betekent dat de vervangende premie hoger moet zijn dan de nominale premie bij de duurste zorgverzekeraar. Dit wordt bereikt door de bestuursrechtelijke premie te stellen op 130% van de standaardpremie, bedoeld in de Wzt. De standaardpremie in de zin van de Wzt is een bedrag dat bestaat uit de in de markt gemeten premie gecorrigeerd voor het verplicht eigen risico. De standaardpremie wordt ook gebruikt bij de berekening van de bijdrage voor verdragsgerechtigden. Het percentage van 130 sluit aan op het boetepercentage dat geldt indien iemand zich te laat verzekert (artikel 96 Zvw) dan wel zich te laat als verdragsgerechtigde meldt (artikel 69 Zvw). Het feit dat voor de bestuursrechtelijke premie eenzelfde percentage is gekozen als voor de boete, laat overigens onverlet dat de bestuursrechtelijke premie geen boete is.

De bestuursrechtelijke premie zorgt er voor dat in het Zorgverzekeringsfonds ook inkomsten binnenkomen, die de last van de compensatie aan verzekeraars vanwege de door hen gederfde premie dempen. Ook de kosten van de uitvoering van het bestuursrechtelijk regim worden zoveel mogelijk op de wanbetaler verhaald.

e. Rechtsbescherming

Zoals in het voorgaande reeds is aangegeven, dient voor een zorgverzekering ter zake waarvan een premieschuld ter hoogte van zes maandpremies is ontstaan, in plaats van de normale, nominale premie, een bestuursrechtelijke premie ter hoogte van 130% van de standaardpremie te worden geheven. Hiertoe meldt een zorgverzekeraar de zorgverzekering bij het CVZ aan. In dit verband is de vraag opgekomen hoe een verzekeringnemer die van mening is dat hij geen premie-achterstand heeft (dan wel een premie-achterstand van minder dan zes maandpremies) kan voorkomen, dat hem ten onrechte de bestuursrechtelijke premie in rekening wordt gebracht. In theorie zijn daar twee mogelijkheden voor: er wordt voorzien bestuursrechtelijke rechtsbescherming of er wordt voorzien in privaatrechtelijke rechtsbescherming. Bestuursrechtelijke rechtsbescherming zou inhouden dat het CVZ, alvorens de bestuursrechtelijke premie te heffen, nagaat of ten aanzien van een aangeelde premie daadwerkelijke een premie-achterstand van zes maandpremies bestaat. Is dat het geval, dan heft het CVZ de bestuursrechtelijke premie. De verzekeringnemer die van mening is dat het CVZ ten onrechte tot het bestaan van de eerderbedoelde premie-achterstand heeft geconcludeerd, kan vervolgens tegen de heffingsbeschikking in bezwaar komen bij het CVZ, en kan tegen de beslissing op bezwaar in beroep komen bij de bestuursrechter. Voor deze wijze van rechtsbescherming is niet gekozen. Zij impliceert namelijk dat het CVZ zich voor iedere aangemelde zorgverzekering mengt in een in wezen privaatrechtelijke aangelegenheid, te weten de vraag of er nu wel of geen premie aan de zorgverzekeraar is betaald en zo ja, hoeveel (niet). Niet alleen is het CVZ hiertoe niet in staat, ook principieel acht de regering dit onwenselijk: de vraag of een privaatrechtelijke premie in een privaatrechtelijke situatie al dan niet is betaald, dient in de privaatrechtelijke sfeer te worden beantwoord.

Daarom is voorzien in civielrechtelijke rechtsbescherming: de zorgverzekeraars worden krachtens voorliggend wetsvoorstel verplicht voorafgaande aan de aanmelding van een zorgverzekering voor het bestuursrechtelijke regiem, een procedure te volgen die de verzekeringnemer in de gelegenheid stelt eventuele verschillen van mening over het al dan niet hebben voldaan van de nominale premie, aan de civiele rechter voor te leggen. Deze voorprocedure behelst het volgende. De verzekeraar mag iemand pas als wanbetaler aanmelden bij het CVZ als hij, nadat een premie-achterstand van vier maandpremies is ontstaan, het voornemen daartoe aan de verzekeringnemer kenbaar heeft gemaakt («vierdemaandsmededeling») en hem een termijn van vier weken heeft gegeven om daartegen te protesteren. Protesteert de verzekeringnemer niet, en gaat hij ook niet betalen, dan meldt de zorgverzekeraar hem na die termijn aan bij het CVZ. Protesteert de als wanbetaler aangemerkte verzekeringnemer wel, dan dient hij zich eerst te wenden tot de verzekeraar. Als de kwestie niet wordt opgelost, kan de verzekeringnemer zich binnen een termijn van vier weken na ontvangst van de afwijzende herbeoordeling van de zorgverzekeraar, wenden tot – naar eigen keuze – de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) of tot de burgerlijke rechter. In dat geval zal de verzekeraar de zorgverzekering pas mogen aanmelden bij het CVZ als hij onherroepelijk van de SKGZ of de rechter gelijk heeft gekregen. De wanbetalende verzekeringnemer komt dus pas in het bestuursrechtelijk regiem terecht nadat, na de vierdemaandsmededeling, de termijn om het bestaan van de premie-achterstand te betwisten, ongebruikt is verlopen, dan wel betrokkene onherroepelijk in het ongelijk is gesteld. Van het met terugwerkende kracht heffen en innen van de bestuursrechtelijke premie, is derhalve geen sprake. Aldus wordt benadrukt dat het bij onenigheid tussen verzekeraar en verzekeringnemer over de vraag óf er sprake is van een betalingsachterstand van zes maand-

premies gaat om een privaat geschil, waarbij de verzekeringnemer als zwakkere partij rechtsbescherming verdient.

Is een zorgverzekering eenmaal bij het CVZ aangemeld, dan is het CVZ verplicht de bestuursrechtelijke premie te heffen. Het CVZ heeft dus in dezen geen beleidsvrijheid. Aldus wordt voorkomen dat het CVZ alsnog wordt belast met de taak om na te gaan, of daadwerkelijk van een premieachterstand van zes maanden sprake is (wat op zijn beurt dan ook weer het ongewenste gevolg zou hebben dat er van dubbele rechtsbescherming sprake zou zijn: civielrechtelijke zowel als bestuursrechtelijke). Het voorgaande lijdt slechts uitzondering als een marginale toets van het CVZ aantoont dat de melding niet juist kan zijn. Dat zal vooral het geval zijn als een zorgverzekeraar een zorgverzekering van een minderjarig kind heeft aangemeld (die zijn immers premievrij). Onderdeel van de aanmelding van een zorgverzekering voor het bestuursrechtelijke regiem dient overigens te vormen een verklaring van de zorgverzekeraar, dat hij de voorprocedure in acht heeft genomen. Ontbreekt de verklaring, dan is geen sprake van een rechtsgeldige melding en zal het CVZ niet tot de heffing van de bestuursrechtelijke premie overgaan.

Met de hiervoor beschreven procedure is naar de mening van de regering voorzien in afdoende, aan artikel 6 van het Europees Verdrag voor de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden (EVRM) rechtsbescherming tegen onterechte aanmeldingen voor het bestuursrechtelijke regiem.

De regering realiseert zich dat er verzekeringnemers kunnen zijn die misbruik maken van de hier geregelde rechtsbescherming door een procedure te starten met als enig doel het startmoment van de heffing en inning van de bestuursrechtelijke premie en daarmee van de bronheffing uit te stellen. Alles tegen elkaar afwegend is zij echter van mening dat het belang van verzekeringnemers die werkelijk van mening zijn dat zij geen wanbetaler zijn (of dat zij een lagere schuld hebben dan hun verzekeraar aanneemt) zwaarder weegt dan het belang van de verzekeraars om iedereen die volgens hun eigen administratie een premieschuld van zes maanden heeft via een aanmelding bij het CVZ in het bestuursrechtelijke regiemi op te laten nemen. Vandaar de privaatrechtelijke rechtsbescherming met opschortende werking zolang niet onherroepelijk is beslist.

De verzekeraars kunnen protesten van kwaadwillende wanbetalers, dat wil zeggen protesten louter om nog even buiten het bestuurlijke regiemi te blijven, overigens binnen de perken houden door in een vroeg stadium van betalingsachterstand de verzekeringnemer te waarschuwen en door vroeg in het traject te starten met de inzet van incasso-instrumenten. Ook kunnen zij zorgen voor een snelle afhandeling van de interne heroverwegingsprocedure, kunnen zij een spoedprocedure bij de SKGZ (helpen) inrichten en kunnen zij voor een spoedige afhandeling van zaken door de burgerlijke rechter zorg dragen door de aan hen gevraagde stukken snel te leveren.

De compensatie aan de verzekeraar vindt overigens wel met terugwerkende kracht plaats. Hiermee wordt enerzijds de verzekeraars een prikkel gegeven om geschillen over de vraag of iemand nu wel of niet een premieschuld van zes maanden heeft, snel af te (helpen) doen. Immers, zolang er geen onherroepelijke beslissing is, mag er niet bij het CVZ worden aangemeld, en zolang er geen aanmelding is, is er geen compensatie. Anderzijds worden verzekeraars, door middel van de terugwerkende kracht, wel gecompenseerd voor de opschortende werking van de privaatrechtelijke procedures indien later blijkt dat zij het altijd bij het rechte eind hebben gehad.

f. Protocol incassotraject Zorgverzekeringswet

Het huidige incasso-protocol loopt af op 1 januari 2009. Als de wet later dan dit moment van kracht wordt, zal het protocol opnieuw moeten worden verlengd. Ook al zijn een aantal onderdelen uit het incasso-protocol nu in de wet opgenomen, de behoefte aan afspraken blijft ook na de inwerkingtreding van dit wetsvoorstel relevant. Met zorgverzekeraars worden nieuwe afspraken gemaakt. Het gaat daarbij vooral over het leggen van het zwaartepunt van de incasso-inspanning in de eerste zes maanden betalingsachterstand en het niet royeren van verzekeringnemers (en eventueel bijgeschreven verzekerden) met betalingsachterstand. In dit nieuwe protocol worden ook afspraken gemaakt over het tijdig informeren van verzekeringnemers met betalingsachterstand over de consequenties van hun gedrag – in de vorm van incasso en beslag, bekend worden van wanbetalingsgedrag bij werkgever (op het moment dat de broninhouding van de bestuursrechtelijke premie start) – en over de rechtsbescherming die ze daarbij hebben. Ook als verzekeringnemers in het bestuursrechtelijke regiement zitten moet de zorgverzekeraar zich ervoor blijven inspannen dat de schuld wordt voldaan. Net als met het huidige incasso-protocol vormt het naleven van het «wanbetalersprotocol» een voorwaarde voor het door de verzekeraar ontvangen van een compensatie voor premiederving uit het Zorgverzekeringsfonds. Op deze manier wordt, in aanvulling op de verplichting om bij premie-achterstand een betalingsregeling met onder andere automatisch incasso aan te bieden, zoveel mogelijk van de betalingsproblemen in de particuliere sfeer afgehandeld en kan het aantal aanmeldingen voor de bestuursrechtelijke premie zo beperkt mogelijk worden gehouden. De klachten- en geschillenprocedures die gehanteerd worden, zijn overigens al in de verzekeringspolis opgenomen.

g. Inningwijzen bestuursrechtelijke premie

Het inhouden van de vervangende premie zal plaatsvinden op periodiek inkomen (als loon, uitkeringen en pensioen). Dat gebeurt via de werkgever of uitkerende instantie vanuit het netto-loon. Vaak zal het periodieke inkomen van de verzekeringnemer voldoende zijn om de bestuursrechtelijke premie uit te betalen. Zeker is dit echter niet. In de gevallen dat de periodieke inkomsten ontoereikend zijn om de vervangende premie op in te houden, zal het CVZ op andere wijze de 130% moeten zien binnen te krijgen. Om die reden is bepaald dat de BD/T op verzoek van het CVZ een (voorschot op een) zorgtoeslag aan dat college overmaakt. Geregeld wordt dat de zorgtoeslag – in bepaalde gevallen – niet meer aan een verzekeringnemer maar aan het CVZ wordt uitbetaald indien deze een premieschuld van meer dan zes maandpremies heeft. De zorgtoeslag kan worden benut voor het betalen van – een deel van – de bestuursrechtelijke premie.

Bij personen met een minimumgerelateerde uitkering, waar de 130% publiekrechtelijke premie betekent dat ze onder het bestaansminimum komen, wordt slechts de standaardpremie aan de bron geïnd. Deze uitkeringen zullen in de Regeling zorgverzekering worden aangewezen¹. De niet via bronheffing geïnde opslag van 30% wordt als schuld aan het CVZ geboekt en kan via incasso en beslag worden geïnd.

Dit wetsvoorstel maakt het voorts mogelijk dat het CVZ zonder tussenkomst van de rechter tot beslaglegging overgaat, of dit opdraagt aan een gespecialiseerde incasso-organisatie. Dit kan aan de orde zijn in die gevallen waarbij de wanbetaler niet beschikt over periodieke inkomensbronnen (zoals bij ondernemers) of zorgtoeslag, of als bronnen er wel zijn maar niet of moeilijk te benaderen zijn (zoals buitenlands inkomen). Wel zal het CVZ natuurlijk voordat het tot beslaglegging en verkoop van het beslagene overgaat de bestuursrechtelijke premie op normale wijze

¹ Het gaat hierbij om de Algemene Ouderdomswet, de Algemene nabestaandenwet, de Tijdelijke wet beperking inkomensgevolgen arbeidsongeschiktheidscriteria, de Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten, de Toeslagenwet, de Wet werk en bijstand of de Wet werk en inkomen kunstenaars, of op een vervolguitkering van de WGA-uitkering als bedoeld in de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen.

hebben moeten proberen te incasseren (verzending acceptgiro, verzoek tot machtiging automatische incasso, en aanmaning als daar niet op wordt gereageerd). Het CVZ zal in beleidsregels vastleggen hoe het omgaat met bovengenoemde instrumenten.

h. Wat te doen met restschuld jegens CVZ indien verzekeringnemer schuld jegens verzekeraar voldoet?

Een verzekeringnemer komt weer in het privaatrechtelijke premierégiem terecht indien hij de uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden jegens de zorgverzekeraar heeft voldaan. Eventuele schuldopbouw bij het CVZ vormt hierbij geen drempel. Deze schuld blijft staan en zal na vijf jaar verjaren, tenzij het CVZ door gaat met invorderingsactiviteiten. Dit is de normale, in de Algemene wet bestuursrecht (Awb) opgenomen verjaringsregeling voor bestuurlijke premieschulden.

Er is echter voor gekozen niet door te gaan met pogingen tot broninhouding en het blijven gebruiken van de zorgtoeslag voor het binnenhalen van de restschuld. Dit ligt namelijk minder voor de hand nu de verzekeringnemer ook weer de nominale premie aan zijn verzekeraar moet betalen. Die heeft daar zijn geld immers voor nodig, wil hij niet opnieuw bij het CVZ in het bestuursrechtelijk regiem komen. Om die reden wordt bepaald dat het CVZ niet meer aan broninhouding doet of de zorgtoeslag naar zich laat overmaken, zodra iemand weer in het privaatrechtelijke premiesysteem is teruggekeerd. De mogelijkheid van beslaglegging voor het CVZ om de nog resterende schuld voldaan te kunnen krijgen, staat echter wel open. Het is immers mogelijk dat de financiële situatie van de schuldenaar aanzienlijk beter wordt.

In de wet wordt daarnaast een mogelijkheid van kwijtschelding door het CVZ opgenomen voor deze restschuld. Het CVZ zal in beleidsregels moeten aangeven hoe en in welke gevallen hiermee om te gaan.

i. Toezicht

De NZa houdt toezicht op de rechtmatige uitvoering door de zorgverzekeraars van hetgeen bij en krachtens de Zvw geregeld is (artikel 16 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg)). Dat betekent dat de NZa er op toeziet dat zorgverzekeraars verzekeringnemers niet ten onrechte voor het bestuursrechtelijk premierégiem aanmelden¹, en ook dat zij bij aflossing van de schulden jegens hen, onverwijld een afmelding aan het CVZ sturen. Indien een zorgverzekeraar deze meldingen ten onrechte of, wat betreft de afmelding, niet of te laat verricht kan de NZa de zorgverzekeraar op grond van artikel 80 Wmg een aanwijzing geven en bij het niet opvolgen van die aanwijzing publiceren dat de verzekeraar zich niet aan zijn meldingsplichten houdt. Daarnaast kan de NZa het CVZ dan melden dat de zorgverzekeraar niet aan de voorwaarden voor het recht op een bijdrage voldoet.

Overigens ziet de NZa er ook op toe dat de zorgverzekeraar zich houdt aan de overige voorwaarden om recht te hebben op een bijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds. Deze voorwaarden worden uit het Besluit zorgverzekering overgeheveld naar artikel 34a Zvw (in de verzekering houden van de wanbetaler, effectieve incasso-inspanningen verrichten, enz.).

j. Bestaande groep wanbetalers

De bestaande groep wanbetalers zal met ingang van inwerkingtreding van dit wetsvoorstel ruimschoots een premie-achterstand ter hoogte van zes maandpremies hebben opgebouwd.

De heffing en inning van de bestuursrechtelijke premie is echter pas mogelijk ná inwerkingtreding van deze wet. In de wet wordt de procedure beschreven die aan een aanmelding voor bronheffing vooraf moet gaan.

¹ Uit onderdeel e van deze paragraaf zal duidelijk zijn geworden dat daarnaast de verzekeringnemer afdoende mogelijkheden heeft om te protesteren indien zijn zorgverzekeraar naar zijn mening ten onrechte van plan is zijn zorgverzekering voor het bestuursrechtelijke premierégiem aan te melden. Aldus is als het ware reeds op het niveau van de individuele verzekeringnemer (micro-niveau) voorzien in toezicht op de rechtmatigheid van de aanmeldingen van de verzekeraar. Het toezicht van de Nza speelt zich af op een hoger aggregatieniveau.

Ook de bestaande groep wanbetalers krijgt de gelegenheid om een betalingsregeling te treffen, terwijl daarnaast de mogelijkheid moet worden gegeven het bestaan van de schuld bij de zorgverzekeraar aan te vechten.

Verzekeringnemers kunnen naast zichzelf ook anderen verzekerd hebben en ook voor de verzekering van die anderen de premie niet hebben betaald. In de wet wordt voorgesteld dat de hier bedoelde verzekerden, tegelijk met het aanbod van de betalingsregeling aan de verzekeringnemer, een aanbod van hun zorgverzekeraar krijgen om zelf verzekeringnemer van een eigen, nieuwe zorgverzekering te worden. Wordt dat aanvaard, dan zegt de zorgverzekeraar de verzekering die de wanbetalende verzekeringnemer voor ze heeft gesloten, op. Het aanbod aan de medeverzekerden geldt als door hen geaccepteerd, als het niet actief wordt verworpen (bij de inwerkingtreding van de Zvw is ook een dergelijke constructie gehanteerd). Wil dit kunnen werken, dan moet de wet in werking zijn. In de praktijk betekent dit dat de inning van de bestuursrechtelijke premie 3 á 4 maanden na de inwerkingtreding van deze wet zal beginnen.

De toepassing van het publiekrechtelijke premieregime maakt het moeilijker voor de bestaande groep wanbetalers om weer uit dit regime te komen, omdat hun schuld al tot meer dan zes maandpremies is opgelopen – sommigen hebben vanaf 1 januari 2006 niet betaald – en omdat ze meteen geconfronteerd worden met een publiekrechtelijke premie die 130% van de standaardpremie bedraagt. Daar staat tegenover dat het niet rechtvaardig zou zijn om de schuld bij deze categorie wanbetalers (tot bijvoorbeeld ten hoogste zes maanden premieachterstand) kwijt te schelden. De betalende verzekeringnemers en nieuw instromende wanbetalers betalen daarvoor dan de prijs (afwenteling).

6. Consultatie en advies

Bij de totstandkoming van dit wetsvoorstel zijn Zorgverzekeraars Nederland, het CVZ, de NZa, Divosa (belangenvereniging voor gemeentelijke sociale diensten), de Nederlandse Vereniging voor Volkskrediet en de Vereniging Nederlandse Gemeenten betrokken.

Voor dit wetsvoorstel is advies gevraagd aan het College bescherming persoonsgegevens, de Algemene Rekenkamer, de Raad voor de Rechtspraak en het Adviescollege toetsing administratieve lasten.¹ Het wetsvoorstel is tevens voor een uitvoeringstoets voorgelegd aan het CVZ en via hen aan de Belastingdienst, het Uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen (UWV) en de Sociale Verzekeringsbank (SVB). Het CVZ heeft aangegeven bereid en in staat te zijn om de uitvoering van de bronheffing op zich te nemen, maar heeft na overleg met de ketenpartners Belastingdienst en UWV aangetekend ten aanzien van de inwerkingtreding afhankelijk te zijn van de voortgang van de activiteiten in het kader van de Samenwerking UWV en Belastingdienst (Walvis/SUB).

Advies Algemene Rekenkamer (ARK)

De ARK heeft, na overleg met het ministerie waarin is afgesproken dat er in de memorie van toelichting aandacht zal zijn voor monitoring en evaluatie van de maatregel, aangegeven geen opmerkingen te hebben ten aanzien van de taakuitbreiding van het CVZ.

Advies van het Adviescollege toetsing administratieve lasten (Actal)

Actal heeft besloten het wetsvoorstel niet te selecteren voor een advies en constateert dat een stijging van administratieve lasten elders dient te

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

worden gecompenseerd. Dit gebeurt doordat zorgverzekeraars door de bestuursrechtelijke inning in totaal minder incassokosten hoeven te maken dan nu het geval is. Naar verwachting zal tevens beslaglegging ten behoeve van verzekeraars als schuldeiser sterk verminderen.

Advies van het College bescherming Persoonsgegevens (CBP)

Het CBP heeft aangegeven positief te zijn over de hoofdlijnen van het concept wetsvoorstel en heeft een aantal adviezen gegeven ter verbetering.

Het advies om artikel 18c (inmiddels 18f) Zvw en de toelichting aan te passen naar analogie van de Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg is in het wetsvoorstel verwerkt.

Het CBP is verder van oordeel dat artikel 18a, eerste lid (inmiddels 18c, eerste lid,) Zvw zonder nadere invulling onvoldoende specifiek is met betrekking tot de melding door de zorgverzekeraar aan het CVZ van de «voor de uitvoering van dit artikel noodzakelijke persoonsgegevens» en adviseert in wet of onderliggende regelgeving op te nemen welke gegevens het betreft.

De regering is van oordeel dat nadere invulling overbodig is en heeft het advies op dit onderdeel niet gevolgd. Artikel 18c bepaalt dat zorgverzekeraars aan het CVZ melden welke personen een premieschuld van zes of meer maandpremies hebben, onder vermelding van de voor de uitvoering van dit artikel noodzakelijke persoonsgegevens van de verzekeringnemer en de verzekerde. Zoals het CBP terecht veronderstelt, gaat het hierbij om persoonsgegevens die moeten garanderen dat het bronheffingsregiem op de juiste persoon betrekking heeft. Onverminderd de mogelijkheid van gegevensverwerking op basis van de artikelen 88 en 89 Zvw, kan artikel 18a, eerste lid, dan ook niet dienen als grondslag voor verstrekking van persoonsgegevens die buiten dat kader vallen. De noodzakelijke persoonsgegevens bevatten geen bijzondere persoonsgegevens als bedoeld in artikel 16 van de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp).

Het CBP maakt een aantal opmerkingen over het Zorgverzekeringsfonds, die zijn ingegeven door de veronderstelling dat voor het beheer en de administratie van het Zorgverzekeringsfonds persoonsgegevens worden verwerkt. Deze aanname is echter niet juist. Het CVZ maakt bij het beheer van het Zorgverzekeringsfonds geen gebruik van persoonsgegevens.

Met betrekking tot de wenselijkheid van een database wanbetalers merkt het CBP onder verwijzing naar het advies van 12 december 2005, uitgebracht naar aanleiding van het rapport «Zorg verzekerd», op dat het daarvan geen voorstander is. De inrichting van de in paragraaf 3.f van deze memorie genoemde database is echter een uitvloeisel van de invoering van artikel 8a Zvw in 2007, en is als zodanig niet op bezwaren van het CBP gestuit. In paragraaf 3.f, waarin wordt gesproken over de database van verzekeringnemers met een betalingsachterstand, is verduidelijkt dat het hier gaat om verzekeringnemers op wie het opzeggingsbeletsel ingevolge artikel 8a Zvw van toepassing is.

Het advies van het CBP om de informatieplicht en incasso-inspanning vooraf te laten gaan aan de aanmelding als wanbetaler, is verwerkt in de wet en de toelichting.

Advies Raad voor de Rechtspraak (RvR)

De RvR heeft opgemerkt dat de memorie van toelichting niet consistent is waar het gaat om de beleidsvrijheid die het CVZ toekomt bij de acceptatie

van de aanmelding van de zorgverzekeraar waarmee de toegang tot het bestuursrechtelijke regiemieregim wordt verkregen. Enerzijds wordt aangegeven dat het CVZ geen enkele beleidsvrijheid heeft, anderzijds dat het CVZ de aanmelding van de zorgverzekeraar wel marginaal toetst. Indien deze toets in enigerlei mate inhoudelijk is, dient het wetsvoorstel naar het oordeel van de Raad te voorzien in de mogelijkheid van bezwaar en vervolgens van beroep op de bestuursrechter. De RvR adviseert duidelijkheid te geven over de reikwijdte van deze marginale toets.

In het wetsvoorstel is geregeld dat het CVZ ervan uit dient te gaan dat een door een zorgverzekeraar voor het bestuursrechtelijke regiemieregim aangemelde wanbetaler, ook werkelijk een wanbetaler met een premieachterstand van (ten minste) zes maandpremies is. Het CVZ is derhalve niet bevoegd na te gaan of een aangemelde verzekeringnemer ook werkelijk een premieachterstand van ten minste zes maandpremies heeft, laat staan dat er op dat punt beleidsvrijheid bestaat. Een wanbetaler die zich, na ontvangst van de heffingsbeschikking, bij het CVZ voevoegt met de mededeling helemaal geen (structurele) wanbetaler te zijn, zal erop worden gewezen dat hij met die stelling bij het CVZ aan het verkeerde adres is en dat hij dit in de voorprocedure bij zijn zorgverzekeraar (en vervolgens zonedig bij de SKGZ of de civiele rechter) aan de orde had moeten stellen. Het CVZ zal de bestuursrechtelijke premie in dit geval dus gewoon blijven heffen. Aangezien het CVZ gehouden is zonder enig tussenliggend beleidsoordeel van alle aangemelde verzekeringnemers de bestuursrechtelijke premie te heffen, staat tegen deze heffing geen bezwaar of beroep op de bestuursrechter open.

Het voorgaande laat onverlet dat het CVZ verplicht is de meldingen van de zorgverzekeraar marginaal te toetsen. Dat volgt uit de uitspraak van de Afdeling bestuursrechtspraak van de Raad van State van 16 februari 2005, AB Rechtspraak bestuursrecht 2005, nr. 266. De marginale toets houdt in dat het CVZ van evident ten onrechte voor het bestuursrechtelijke regiemieregim aangemelde personen geen bestuursrechtelijke premie heft. Dat betreft vooral kinderen, die in het geheel geen premie verschuldigd zijn en derhalve ook nooit een premieachterstand zullen kunnen hebben. De marginale toets gaat echter niet in op de vraag of iemand die op zich een premieschuld bij zijn verzekeraar kan hebben, ook daadwerkelijk een schuld van (ten minste) zes maandpremies heeft. Toetsing van die vraag zou leiden tot een inhoudelijke, volle toets, waarvoor het CVZ de noodzakelijke gegevens ontbeert en waarvan de regering vindt dat deze in het voortraject dient te geschieden. Samengevat kan worden gesteld dat de marginale toets van het CVZ zich in wezen zal beperken tot de vraag of iemand überhaupt een premieschuld (ter hoogte van zes maandpremies) kan hebben. Zij is erop gericht kennelijke missers op dit terrein «er uit te zeven». De reikwijdte van de marginale toets is dan ook beperkt. De volle toets zou zien op de vraag of de verzekeringnemer ook daadwerkelijk een premieachterstand van (ten minste) zes maanden heeft. Deze volle toets wordt niet door het CVZ, maar in het voortraject bij (en, in geval van adiëring van de SKGZ of de civiele rechter: tegen) de zorgverzekeraar verricht.

De RvR adviseert in de memorie van toelichting een passage op te nemen waarin wordt uitgelegd hoe het opleggen van een bestuursrechtelijke premie ter hoogte van 130% van de standaardpremie, bedoeld in de Wet op de zorgtoeslag, zich verhoudt tot artikel 1 van het Eerste EVRM. Ik heb dit advies niet overgenomen. De bestuursrechtelijke premie wordt geheven van mensen die ondanks aanmaningen en andere incasso-inspanningen van hun zorgverzekeraar hun premies niet betalen en niet dan nadat een zorgvuldige voorprocedure heeft plaatsgevonden. Van inmenging in het «ongestoord genot van het eigendom» in de zin van laatstgenoemd artikel, is naar mijn mening dan ook geen sprake¹.

¹ Zelfs al zou het artikel hier van toepassing zijn, dan kan het heffen van de bestuursrechtelijke premie overigens eenvoudig gerechtvaardigd worden met een beroep op het algemeen belang: een reactie op wanbetaling is nodig, wil het op solidariteit gebaseerde zorgverzekeringsstelsel in stand kunnen blijven.

Aan de opmerking van de RvR dat de verhouding tot de schuldsaneringsregeling nog niet goed is geregeld, is tegemoet gekomen. Het wetsvoorstel is zo aangepast, dat het van toepassing worden van deze regeling voor de schuldenaar leidt tot de beëindiging van het bestuursrechtelijke premieregime.

Een aantal wetstechnische opmerkingen van de RvR is verwerkt in de wetstekst.

7. Financiële gevolgen voor het rijk

Volgens berekeningen van het CVZ (Jaarstaat Risicoverevening, 1e voorlopige afrekening 2006, 30 augustus 2007) is het totale bedrag aan openstaande premievorderingen ruim € 196 miljoen. In 2006 is € 82 miljoen uitgekeerd aan verzekeraars ter compensatie voor de premiederving en het verzekerd houden van wanbetalers. In 2007 zou dat twee keer zo veel kunnen zijn (immers een heel jaar). De cijfers zijn echter pas in 2009 definitief bekend; de incasso-inkomsten van verzekeraars worden verrekend met de compensatie voor premiederving. De maatregelen in dit wetsvoorstel beogen afname van het aantal wanbetalers en dekking van het bedrag dat wordt uitgekeerd ter compensatie.

Vooruitlopend op de parlementaire behandeling van dit wetsvoorstel werkt het CVZ aan het opzetten van de uitvoeringsorganisatie. In januari 2008 heeft het CVZ de eenmalige kosten van voorbereiding voor het opzetten van de uitvoeringsorganisatie (werkorganisatie, ICT, gegevensuitwisseling, procedures en dergelijke) geraamd op € 4 miljoen in 2008. Voor de uitvoeringskosten bij het CVZ wordt uitgegaan van € 7,2 miljoen in 2009 aflopend naar € 2,6 miljoen in 2013 en verder. De dekking van deze kosten is voorzien in de hoogte van de bestuursrechtelijke premie.

Voor incasso-activiteiten naast of in plaats van bronheffing gaat het CVZ gebruik maken van een professionele incasso-organisatie. Hoe die incasso-activiteiten er precies uit komen te zien is nog onderwerp van overleg. Waarschijnlijk gaan de incasso-activiteiten méér kosten dan in januari 2008 is voorzien, omdat sindsdien is besloten dat incasso en beslag niet alleen van toepassing zal zijn voor personen zonder (regelmatig periodiek) inkomen, maar ook voor het resterende bedrag van de bestuursrechtelijke premie bij personen met een minimumuitkering waarbij slechts de standaardpremie op het inkomen wordt ingehouden. Hoe hoog deze extra kosten zullen zijn, is nog niet bekend.

In het advies van de Raad voor de Rechtspraak wordt de werklast voor de rechterlijke macht als gevolg van dit wetsvoorstel geschat op een verhoging met € 6,9 miljoen in het eerste jaar, € 2,2 miljoen in het 2e jaar en € 1,0 miljoen in het 3e jaar. Vanaf het 4e jaar verwacht de Raad een structurele afname van de werklast met € 0,25 miljoen per jaar.

Ik verschil van mening met de Raad over de in hun raming gehanteerde zwaarte van de beroepsprocedures. Bovendien heb ik naar aanleiding van de werklastschatting aan het CVZ gevraagd om een werkwijze te bedenken waarin het beroep op de rechtspraak kan worden beperkt. Over deze verschillende inzichten over de zwaarte van de zaken, evenals de CVZ-werkwijze bij beroep en de consequenties hiervan voor de werklastramingen is nog overleg met de Raad en het ministerie van Justitie.

8. Uitvoeringsaspecten

a. Administratieve- en uitvoeringslasten

Voor de start van de bronheffing wordt gebruik gemaakt van een bestaand bestand met betalingsachterstanden dat is ingericht om te kunnen zien op wie het opzeggingsbeletsel ingevolge artikel 8a Zvw van toepassing is. Dit

bestand is ook de basis voor de gegevensuitwisseling die zorgverzekeraars via het Inlichtingenbureau hebben met gemeenten. Deze uitwisseling is een uitwerking van een intentieverklaring¹. De gegevens uit dit bestand worden door de zorgverzekeraars tevens als basis gebruikt voor de aanmelding voor de compensatieregeling.

Nieuw in het proces is het vaststellen van de inkomensbron met behulp van de polisadministratie, de opdracht tot inhouding, de broninhouding zelf (door de bronverschaffer) en registratie van de inhoudingen en eventuele navorderingen. Een groot deel van de nieuwe activiteiten komen voor rekening van het CVZ en andere overheidsorganisaties (UWV, Belastingdienst e.d.).

De administratieve lasten voor bedrijven worden geschat op ca. € 2,25 miljoen voor het eerste jaar en worden in vier jaar afgebouwd naar ca. € 0,5 mln op jaarbasis. De kosten van de overheid als bronheffende werkgever worden op een derde van deze bedragen geraamd.

Deze bedragen zijn gebaseerd op het aantal wanbetalers en de werkzaamheden die moeten worden verricht om achterstallige premies in te houden. Deze werkzaamheden worden geschat op een half uur per bronheffing, tegen het laagste administratief tarief.

De verwachting is dat de bronheffing een preventieve werking zal hebben en dat het aantal wanbetalers en daarmee de administratieve lasten zullen afnemen. In het volgende schema is de afbouw opgenomen.

Verwacht aantal wanbetalers

	Totaal A	Overheid B	Bedrijfsleven C	Tijdsbesteding in uren D	Loonkosten E	AL (C * D * E)
Jaar 1	200 000	50 000	150 000	0,5	30	2 250 000
Jaar 2	150 000	37 500	112 500	0,5	30	1 687 500
Jaar 3	100 000	25 000	75 000	0,5	30	1 125 000
Jaar 4 e.v.	50 000	12 500	37 500	0,5	30	562 500

Er is nog overwogen om de zorgtoeslag als primaire bron voor de inhouding te beschouwen. Deze optie is verlaten omdat dit tot gevolg zou hebben dat op elk loon of elke uitkering een ander bedrag ingehouden zou moeten worden. De zorgtoeslag is immers niet voor iedereen gelijk en meer dan de helft van de wanbetalers ontvangt geen zorgtoeslag. De wisselende hoogte van het in te houden bedrag zou tot meer administratieve lasten voor bedrijven leiden.

Actal heeft besloten het wetsvoorstel niet te selecteren voor een advies en constateert dat een stijging van administratieve lasten elders dient te worden gecompenseerd. Dit gebeurt doordat zorgverzekeraars door de bestuursrechtelijke inning in totaal minder incassokosten hoeven te maken dan nu het geval is. Naar verwachting zal ook de last als gevolg van beslaglegging ten behoeve van verzekeraars als schuldeiser sterk verminderen. Deze twee lastenverlagingen zijn niet verwerkt in bovenstaande tabel.

b. Gegevensverstrekking

In deze paragraaf wordt het verloop beschreven van de uitwisseling van persoonsgegevens waartoe het wetsvoorstel leidt. Daarbij staat de rol van het CVZ, dat ten behoeve van de uitvoering van de bronheffing de beschikking krijgt over persoonsgegevens, centraal. De Wbp verzet zich niet tegen deze wettelijke opdracht aan het CVZ, en de toedeling ervan ontmoet evenmin bezwaren vanuit de andere taken die het CVZ verricht.

¹ De Intentieverklaring ter voorkoming van problematische schulden die in december 2006 is ondertekend door het Ministerie van SZW, ZN, VNG, Divosa, Ministerie van VROM, Aedes en EnergieNet.

Op grond van het voorgestelde artikel 18f Zvw wordt het CVZ voor de heffing en inning van de bestuursrechtelijke premie bevoegd tot het gebruik van het burgerservicenummer van personen die door zorgverzekeraars bij het CVZ zijn gemeld als wanbetalers. Daarmee wordt het reguliere regiem van gegevensverstrekking in de Zvw van toepassing op zorgverzekeraars. Dat houdt in dat bij gegevensuitwisseling tussen zorgverzekeraars, CVZ, broninhouders (art. 18e Zvw) en (andere) in artikel 88 en 89 Zvw genoemde personen en instanties het burgerservicenummer wordt gebruikt, voor zover betrokkenen tot het gebruik daarvan bevoegd zijn.

Op grond van artikel 89 Zvw verstrekken die instanties, waarvan hier in het bijzonder de Belastingdienst en het UWV worden genoemd, aan het CVZ de persoonsgegevens die het CVZ voor de uitvoering van de wettelijke taak nodig heeft. Voorts is op grond van artikel 88 Zvw een ieder verplicht tot verstrekking van noodzakelijke persoonsgegevens.

Heffing en inning bestuursrechtelijke premie

Zoals hiervoor is aangegeven, verstrekken de zorgverzekeraars aan het CVZ per zorgverzekering de volgende persoonsgegevens van verzekeringnemer (en eventueel bijgeschreven verzekerden) met een betalingsachterstand van zes maandpremies of meer: naw-gegevens, burgerservicenummer, geslacht, geboortedatum en verzekeraar, alsmede, met het oog op de eventuele terugwerkende kracht van de verstrekking van de bijdrage, bedoeld in art. 34a, Zvw de datum waarop de premieachterstand zes maandpremies had bereikt. Op basis van deze gegevens vraagt het CVZ bij UWV en BD/T op over welke inkomensbron(nen)/werkgever(s) de wanbetaler beschikt, wat de omvang van die bron(nen) is en welke het loonheffingsnummer is. Op basis van deze gegevens heft en int het CVZ de premie bij de bron, die op grond van artikel 88 verplicht is tot gegevensverstrekking en tot de medewerking die het CVZ voor de uitvoering van de wettelijke taak behoeft.

De geïnde bestuursrechtelijke premies worden gestort in het Zorgverzekeringsfonds. Ten behoeve van het beheer daarvan en de bevoegdheid tot kwijtschelding van premies die niet zijn voldaan (het voorgestelde artikel 18e, tweede lid) administreert het CVZ van elke wanbetaler de naw-gegevens, het burgerservicenummer, geslacht, geboortedatum, verzekeraar, heffing en opbrengst per bron, en loonheffingsnummer.

De verwerking van persoonsgegevens door het CVZ voor het genoemde doel voldoet aan de Wbp. Het CVZ verwerkt persoonsgegevens slechts voor zover dat noodzakelijk is voor de goede vervulling van de publiekrechtelijke taak (artikel 8, onderdeel e, Wbp). Voorts worden door het CVZ niet meer persoonsgegevens verwerkt dan voor het uitvoeren van die taak nodig is (artikel 11, eerste lid, Wbp). Er worden tussen zorgverzekeraars en CVZ geen persoonsgegevens uitgewisseld waarop artikel 16 van de Wbp van toepassing is.

De gegevens die voor de bepaling van de bijdrage betreffen het aantal verzekerden per verzekeraar waar een bestuursrechtelijke premie wordt geheven; inclusief de maand waarin het recht op de bijdrage ontstaat.

9. Evaluatiebepaling ten behoeve van de nieuwe taak van het CVZ

Overwogen is een afzonderlijke evaluatiebepaling voor de nieuwe taak van het CVZ in onderhavig wetsvoorstel op te nemen. Hiervoor is niet gekozen.

Zowel de Zvw (artikel 125 van de Zvw) als de Wzt bevatten een evaluatiebepaling. De evaluatie van de Zvw wordt uiterlijk vijf jaar na het in werking treden van de Zvw aan de Tweede Kamer toegestuurd. Dit is dus uiterlijk 2011. Voor wat betreft de evaluatie van de Wzt geldt een termijn

van vier jaar na inwerkingtreding van de Wzt, en vervolgens telkens na vier jaar. De doeltreffendheid en effecten van onderhavig wetsvoorstel zullen in genoemde evaluaties worden meegenomen. Voor tussentijdse evaluatie wordt aangesloten bij de jaarlijkse verantwoordingscyclus van het CVZ (artikel 73 en verder van de Zvw). In dit kader richt het CVZ een monitoringprogramma in dat inzicht geeft in onder meer (de mutatie van) de omvang en samenstelling van de populatie, de omvang en het verloop van de vorderingen en betalingen. Op basis van de monitor adviseert het CVZ de Minister van VWS met betrekking tot mogelijke verbeterpunten in de maatregelen tot het terugdringen van het aantal wanbetalers. Daarnaast informeer ik het parlement via de Verzekerdenmonitor over een aantal specifieke aandachtsgroepen, waaronder de ontwikkelingen rondom de wanbetalers.

10. Inwerkingtreding en voorlichting

De voorgenomen inwerkingtredingdatum van de wetwijziging is zo spoedig mogelijk na goedkeuring door het parlement. Het tijdstip wordt bij koninklijk besluit bepaald.

VWS, CVZ en ZN stemmen voorlichting en communicatie op hoofdlijnen af. VWS heeft hierbij het voortouw bij de algemene publieksvoorlichting. Het CVZ heeft het voortouw bij het informeren van werkgevers, uitkeringsinstanties en personen die in de bronheffing terecht zijn gekomen. ZN heeft het voortouw richting verzekeraars. Voorafgaand aan de inwerkingtreding zal in de jaarlijkse zorgverzekeringcampagne aandacht worden besteed aan deze wetwijziging.

Los van deze algemene voorlichting worden de (potentiële) wanbetalers persoonlijk door verzekeraars geïnformeerd in de procedure die vooraf gaat aan de aanmelding voor de bronheffing.

ARTIKELSGEWIJS

ARTIKEL I

Onderdeel A

Zorgverzekeringen zijn privaatrechtelijke verzekeringen, waarvoor volwassenen een privaatrechtelijke (nominale) premie aan de zorgverzekeraar verschuldigd zijn. Voorliggend wetsvoorstel introduceert een bestuursrechtelijke premie, die verzekeringnemers met een betalingsachterstand ter hoogte van zes of meer maandpremies (verder ook «structurele wanbetalers» genoemd) in plaats van de privaatrechtelijke premie voor hun zorgverzekering verschuldigd zijn, en wel aan het CVZ. Beide zijn «premies». Zonder een nadere regeling zou, daar waar in de Zvw naar «de premie(s)» wordt verwezen, ook de bestuursrechtelijke premie worden bedoeld. Dat is niet de bedoeling. Daarom wordt voorgesteld een onderdeel x aan artikel 1 Zvw toe te voegen, waarin wordt geregeld dat in de Zvw en de daaronder vallende regelgeving met «premie» de privaatrechtelijke premie wordt bedoeld, tenzij uitdrukkelijk anders is geregeld. Er had ook besloten kunnen worden om, waar de privaatrechtelijke premie wordt bedoeld, telkens het woord «privaatrechtelijke» aan het woord «premie» toe te voegen. Daarmee zouden echter de privaatrechtelijke en de bestuursrechtelijke premie meer nevenschikkelijk lijken, terwijl de privaatrechtelijke premie de regel is, en de bestuursrechtelijke, gecreëerd om structurele wanbetalers alsnog voor hun zorgverzekering te laten betalen, slechts een uitzondering. In het nieuwe onderdeel y van artikel 1 Zvw wordt de bestuursrechtelijke premie gedefinieerd.

Onderdeel B

Sinds 1 januari 2008 kan een verzekeringnemer die van zijn zorgverzekeraar een aanmaning tot het betalen van de premie heeft ontvangen, totdat hij zijn premieschuld heeft voldaan de zorgverzekering niet meer opzeggen, tenzij de verzekeraar de dekking van de verzekering heeft geschorst of de verzekeraar in de opzegging bewilligt (art. 8a Zvw). Aldus wordt voorkomen dat verzekeringnemers met een betalingsachterstand de verzekering op een moment dat dat gezien de rest van de Zvw of de zorgpolis zou zijn toegestaan opzegt, zich vervolgens elders verzekert en ook daar de premie niet betaalt (wanbetalerscarousel). Het opzegverbod vervalt, zo volgt uit artikel 8a, eerste lid, Zvw, zodra de premieschuld en eventuele incassokosten zijn voldaan. Voorliggende wijziging van artikel 8a, eerste lid, is slechts bedoeld om enkele kleine omissies in het artikellid te herstellen en de bewoordingen van het artikel daarmee beter te laten aansluiten op de overige artikelen van voorliggend wetsvoorstel en van artikel 7:934 van het Burgerlijk Wetboek (BW). Ten eerste wordt aan de voorwaarde dat niet kan worden opgezegd zolang de achterstallige premies en de incassokosten niet zijn voldaan, toegevoegd dat dit ook geldt indien de rente niet is voldaan. Ten tweede wordt geregeld dat de wanbetaler niet alleen wél mag opzeggen als de verzekeraar de dekking van de zorgverzekering heeft geschorst, maar ook als hij de verzekering heeft geschorst, dan wel de verzekering of de dekking heeft opgeschort. Zowel bij schorsing als bij opschorting komt de verzekeraar zijn eigen verplichtingen (i.c. het leveren of vergoeden van zorg) niet na zolang de verzekeringnemer zijn premies niet heeft betaald, maar bij schorsing gebeurt dat ook niet nadat de premies alsnog zijn betaald, terwijl bij opschorting de verzekeraar zijn deel van de verplichtingen alsnog nakomt. De dekking herleeft dan als het ware met terugwerkende kracht.

Onderdeel C

Zoals in het algemene deel van deze toelichting en in de toelichting op onderdeel A is aangegeven, wordt met voorliggend wetsvoorstel naast de normale, privaatrechtelijke premie voor de zorgverzekering, die op dit moment in paragraaf 3.3 van de Zvw is geregeld, voor structurele wanbetalers een bestuursrechtelijke premie geïntroduceerd. De zorgverzekering blijft echter ook voor structurele wanbetalers een privaatrechtelijke verzekering: de verzekeringsovereenkomst tussen zorgverzekeraar en wanbetalende verzekeringnemer blijft immers in stand, en de zorgverzekeraar blijft het verzekeringsrisico lopen. Om die reden is besloten ook de regels over de bestuursrechtelijke premie in paragraaf 3.3 te op te nemen. Dat betekent echter wel dat die paragraaf een ander opschrift moet krijgen en moet worden gesplitst in twee afdelingen. Dat geschiedt in de onderdelen C en F.

Onderdeel D

Eén van de kenmerken van een privaatrechtelijke verzekering is, dat de verzekeringnemer zich jegens de verzekeraar krachtens de overeenkomst tot verzekering verbindt tot het betalen van premie (zie artikel 7:925 van het BW). De zorgverzekering is een privaatrechtelijke schadeverzekering. Artikel 16, eerste lid, Zvw, bepaalt dan ook dat de verzekeringnemer krachtens de zorgverzekering premie verschuldigd is.

Hierop is in het tweede lid van artikel 16 een uitzondering gemaakt voor verzekerden jonger dan achttien jaar. Voor hun zorgverzekering is geen premie verschuldigd. Onderdeel D voegt hier een uitzondering aan toe. In de toekomst zal ook geen privaatrechtelijke premie verschuldigd zijn voor

zorgverzekeringen van verzekerden van achttien jaar of ouder waarvoor, wegens een premie-achterstand van zes maandpremies of meer, de bestuursrechtelijke premie van artikel 18d Zvw aan het CVZ verschuldigd is.

De voorwaarden waaronder deze plicht tot betaling van bestuursrechtelijke premie ontstaat en daarmee de plicht tot betaling van de nominale premie jegens de zorgverzekeraar eindigt, zijn opgenomen in de artikelen 18b en 18c Zvw (zie artikel I, onderdeel F).

Onderdelen E, G, L en M

De regels over de bestuursrechtelijke premie worden opgenomen in een nieuwe afdeling 3.3.2, onmiddellijk na de paragraaf over de privaatrechtelijke premie, die eindigt met artikel 18 Zvw (collectiviteitskorting). Zonder nadere maatregelen is het niet mogelijk de nieuwe afdeling te beginnen met een artikel 18a Zvw, aangezien sinds 1 januari 2008 de paragraaf over het eigen risico (paragraaf 3.4) al met een artikel 18a begint. Aangezien op diezelfde datum artikel 22, waarin de no-claimteruggave was geregeld, is komen te vervallen, is besloten de artikelen van paragraaf 3.4 (18a tot en met 21) te vernummeren tot 19 tot en met 22 en afdeling 3.3.2, de afdeling waarin de bestuursrechtelijke premie wordt geregeld, alsnog met artikel 18a te laten beginnen. Voorliggende onderdelen bevatten technische wijzigingen die hier in voorzien.

Onderdeel F

Algemeen

Dit onderdeel voegt een nieuwe afdeling aan de Zvw toe. In deze afdeling wordt geregeld welke gevolgen het niet betalen van de (nominale) premie aan de zorgverzekeraar in ieder geval zal hebben. Samengevat gaat het om het volgende.

Nadat er twee maanden niet is betaald, doet de zorgverzekeraar een aanbod tot het treffen van een betalingsregeling: tegenover het afgeven van een incassomachtiging voor nieuw opkomende premiermijnen en afbetalingsafspraken over de reeds opgebouwde schuld, staat de toezegging van de verzekeraar, de verzekering niet te beëindigen en de dekking ervan niet te schorsen. Heeft de verzekeringnemer anderen verzekerd en de premie voor hun verzekering niet betaald, dan krijgt de verzekeringnemer voorts de mogelijkheid deze verzekeringen op te zeggen, mits de verzekerden zichzelf voordien hebben verzekerd en, indien dezen dezelfde zorgverzekeraar kiezen, een incassomachtiging afgeven. Deze verzekerden worden hiermee verzekeringnemer ten aanzien van hun eigen verzekering, en daarmee worden zij zelf premieplichtig. Bij het aanbod geeft de zorgverzekeraar ook aan welke gevolgen weigering zal hebben, indien althans voortgegaan wordt met het niet betalen van de premie.

Gaat de verzekeringnemer niet op dit aanbod in en blijft hij de premie niet betalen, dan zal hij, nadat de premieschuld is opgelopen tot vier maandpremies, een mededeling van zijn zorgverzekeraar ontvangen, inhoudende dat deze van plan is de door hem gesloten verzekering(en) bij het CVZ voor het heffen van bestuursrechtelijke premie aan te melden, zodra de premieschuld zes maanden zal bedragen. De verzekeringnemer die van mening is dat hij geen premieachterstand heeft dan wel dat de premieachterstand minder dan vier maanden (per verzekering) bedraagt, kan dat eerst bij zijn zorgverzekeraar en, als deze bij zijn standpunt blijft, vervolgens bij de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) aankaarten. Gebeurt dat, dan mag de zorgverzekeraar betrokkene niet

melden zolang hierover geen onherroepelijk oordeel (inhoudende dat er wel degelijk premieachterstand is) is gegeven.

Wordt een zorgverzekering, omdat de premie-achterstand tot zes of meer maandpremies is opgelopen, door de zorgverzekeraar bij het CVZ gemeld, dan is de verzekeringnemer vanaf de eerste dag van de maand volgende op de maand waarin de melding heeft plaatsgevonden, jegens dat college een hogere, bestuursrechtelijke premie verschuldigd. Vanaf de dag waarop het bestuursrechtelijke premieregim gaat gelden, is de verzekeringnemer geen nominale premie meer verschuldigd aan zijn zorgverzekeraar. De zorgverzekering blijft voor het overige echter gewoon jegens zijn zorgverzekeraar in stand, wat bijvoorbeeld wil zeggen dat de verzekerde jegens zijn zorgverzekeraar recht heeft op verzekerde zorg indien hij daarop is aangewezen. De zorgverzekeraar blijft derhalve het risico van de door de structurele wanbetaler gesloten verzekering(en) dragen, en de verzekeringen blijven ook «meedraaien» in de risico-verevening. Voor het feit dat de verzekeringnemer vanaf het moment waarop hij een premieachterstand van zes maandpremies heeft, geen nominale premie meer aan zijn zorgverzekeraar hoeft te betalen terwijl de zorgverzekeraar de dekking van de verzekering wel in stand laat, wordt zijn verzekeraar gecompenseerd door middel van een door het CVZ aan hem te betalen (en uit het Zorgverzekeringsfonds gefinancierde) bijdrage.

Het CVZ heft en int de bestuursrechtelijke premie. Omdat het CVZ, anders dan de zorgverzekeraars bij de uitvoering van hun zorgverzekeringen, een zelfstandig bestuursorgaan is, is het mogelijk het CVZ ten behoeve van de inning enkele instrumenten in handen te geven, die de kans van slagen van de inning vergroten:

- het CVZ kan werkgevers, pensioenfondsen en uitkeringsinstanties opdragen de bestuursrechtelijke premie op hun loon, pensioen of uitkering in te houden en aan het CVZ af te dragen (broninhouding);
- het CVZ kan de BD/T vragen ter (gedeeltelijke) betaling van de bestuursrechtelijke premie (een voorschot op) de zorgtoeslag van een structurele wanbetaler (en zijn eventuele partner) naar zich over te laten maken;
- het CVZ zal beslag op de saldi van bankrekeningen of op de goederen van een structurele wanbetaler kunnen leggen zonder dat het daarvoor een vonnis van de kantonrechter nodig heeft.

Het bestuursrechtelijke premieregim komt ten einde zodra de verzekeringnemer zijn uit de zorgverzekering jegens zijn zorgverzekeraar opgebouwde schulden heeft voldaan, dan wel de door de rechter opgelegde schuldsaneringsregeling of een minnelijk schuldhulpverlenings- of afbetalingstraject voor hem is gaan gelden. Vanaf dat moment dient hij aan zijn zorgverzekeraar weer de gewone, privaatrechtelijke, in zijn zorgpolis geregelde nominale premie te betalen.

Ingevolge artikel 16 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) houdt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) toezicht op de rechtmatige uitvoering door de zorgverzekeraars van hetgeen bij en krachtens de Zvw geregeld is. Dat betekent dat de NZa er op toeziet dat zorgverzekeraars verzekeringnemers niet ten onrechte voor het bestuursrechtelijke premieregim aanmelden, en ook dat zij bij aflossing van de bij hen opgebouwde schulden, onverwijld een afmelding aan het CVZ zenden. Indien een zorgverzekeraar deze meldingen ten onrechte of, wat betreft de afmelding, niet of te laat verricht, kan de NZa de zorgverzekeraar op grond van artikel 80 Wmg een aanwijzing geven en bij het niet opvolgen van die aanwijzing publiceren dat de verzekeraar zich niet aan zijn meldingsplichten houdt. Voorts kan dit leiden tot weigering of verlaging van de eerdergenoemde bijdrage die de verzekeraar ontvangt voor het verzekerd houden van struc-

turele wanbetalers. Overigens voorziet het wetsvoorstel, zoals uit het hiernavolgende zal blijken, uiteraard ook in rechtsbescherming van de individuele verzekeringnemer tegen te vroeg aanmelden of te laat afmelden door de verzekeraar.

Artikel 18a Zvw

De Zvw gaat ervan uit dat verzekeringsplichtigen zich tegen het risico van behoefte aan geneeskundige zorg verzekeren door middel van het sluiten van privaatrechtelijke zorgverzekeringsovereenkomsten met privaatrechtelijke zorgverzekeraars. Personen van achttien jaar of ouder zijn voor hun zorgverzekering een (nominale) premie aan hun zorgverzekeraar verschuldigd (art. 16 Zvw). Wordt die premie niet betaald, dan ligt het, gegeven de keuze voor een privaatrechtelijk verzekeringssysteem, in de rede dat de zorgverzekeraar gebruikt maakt van de incasso-instrumenten die ieder private partij bij wanbetaling van zijn wederpartij ter beschikking staan, en die voor zover nodig in het burgerlijk (proces)recht zijn geregeld. Zo kan de zorgverzekeraar een betalingsregeling aanbieden, kan hij de schuldenaar verzoeken een machtiging tot automatische incasso te geven, kan hij aanmaningen sturen of betrokkenen laten opbellen, kan hij de opgebouwde schuld verhogen met rente en incassokosten, kan hij de deurwaarder inschakelen en kan hij na een vonnis van de burgerlijke rechter, beslag laten leggen op de goederen van de wanbetaler, om uit de opbrengst daarvan de schuld te voldoen.

Voorliggend wetsvoorstel beoogt geenszins beperkingen aan te brengen (in het gebruik van) deze privaatrechtelijke mogelijkheden. Integendeel, mede naar aanleiding van het RvS-advies inhoudende dat het bestaande privaatrechtelijke incasso-instrumentarium voor verzekeraars waarschijnlijk niet ontoereikend is, maar dat zij, gegeven de beperkte periode waarover zij het incassorisico zullen dragen, onvoldoende prikkels zullen ervaren tot het daadwerkelijk inzetten ervan, is besloten zorgverzekeraars het gebruik van een aantal privaatrechtelijke incasso-instrumenten wettelijk op te leggen. Dat geschiedt in het voorgestelde artikel 18a Zvw. Doel van deze verplichtingen is, om het probleem van wanbetaling zo vroeg mogelijk en, zoals ook de Raad wenselijk acht, «aan de privaatrechtelijke kant» (dus door de zorgverzekeraars) te laten aanpakken en daarmee te bereiken dat het bestuursrechtelijke premieregime op zo min mogelijk zorgverzekeringen van toepassing wordt. Dat is niet alleen wenselijk voor de wanbetaler, wiens schuld niet onnodig oploopt en die aldus buiten het duurdere bestuursrechtelijke regime kan blijven, maar ook voor de zorgverzekeraar, die meer zekerheid op afbetaling van de schuld en betaling van opkomende premie-termijnen krijgt. Daarnaast is het wenselijk met het oog op het instandhouden van de privaatrechtelijke basisgedachte van het zorgverzekeringssysteem: problemen worden zoveel mogelijk in de privaatrechtelijke sfeer opgelost.

eerste en tweede lid

Deze leden verplichten de zorgverzekeraar uiterlijk tien dagen nadat hij heeft geconstateerd dat er ter zake van een zorgverzekering een premieachterstand van twee maandpremies is, de verzekeringnemer een betalingsregeling aan te bieden, die ten minste uit de volgende elementen bestaat:

- a. afgifte, door de verzekeringnemer, van een machtiging aan de verzekeraar om de door hem verschuldigde, toekomstige premie(s) automatisch van een rekening te incasseren dan wel, afgifte, door die verzekeringnemer, van een opdracht aan zijn werkgever, pensioenfonds of uitkeringsinstantie (of een ander die hem periodieke betalingen doet), om de verschuldigde premie(s) op zijn loon, pensioen of

- uitkering (of op die andere periodieke betalingen) in te houden en direct aan de zorgverzekeraar over te maken;
- b. afspraken over de wijze van afbetaling van de uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden, inclusief rente en incassokosten. Voor een verzekeringnemer die al direct de eerste twee maandpremies niet heeft voldaan, zal de schuld zich doorgaans tot die twee premies (per verzekering) beperken. De schuld kan echter ook achterstallig betalingen aan eigen risico betreffen;
 - c. een toezegging van de verzekeraar dat hij de zorgverzekering of de dekking ervan niet om reden van de premieachterstand zal beëindigen, schorsen of opschorten, zolang de verzekeringnemer de machtiging of de opdracht, bedoeld in onderdeel a, niet intrekt en zijn betaalafspraken om de reeds opgebouwde schuld in te lossen, nakomt. Beëindiging van de zorgverzekering indien de verzekeringnemer of de verzekerde fraudeert, kan dus nog wel.

derde lid

Het is mogelijk dat een verzekeringnemer (waarschijnlijk: naast zichzelf) andere volwassenen heeft verzekerd. Dat zal in gezinssituaties waarschijnlijk vaak voorkomen: een man verzekert bijvoorbeeld niet alleen zichzelf, maar ook zijn partner en zijn thuiswonende, meerderjarige kinderen. Aangezien in het private verzekeringsrecht de verzekeringnemer altijd premieplichtig is, zal in dit geval de man de premies voor alle door hem gesloten verzekeringen verschuldigd zijn. Betaalt de man de premies niet, dan zal de zorgverzekeraar zodra de premie-achterstand per verzekering twee maanden bedraagt, het in het eerste en tweede lid bedoelde aanbod doen. Het aanbod bevat in dit geval echter een extra element.

Op grond van artikel 8a Zvw kan een verzekeringnemer die een aanmaning tot betaling van de premie van zijn zorgverzekeraar heeft gekregen, de zorgverzekering niet opzeggen, tenzij de zorgverzekeraar de dekking heeft geschorst of geschorst (wat hij, gezien de gemaakte afspraken, in principe niet zal doen) of de zorgverzekeraar in de opzegging heeft bewilligd. Heeft een verzekeringnemer ook op de zorgverzekeringen die hij ten behoeve van anderen heeft gesloten, premie-achterstand opgelopen, dan betreft het extra element in het aanbod aan de verzekeringnemer het volgende: zijn zorgverzekeraar biedt hem aan in opzegging van die verzekeringen te bewilligen, indien de verzekerden zelf een zorgverzekering hebben gesloten en zij ook zelf een machtiging tot automatische incasso van de premie afgeven, dan wel een opdracht aan hun werkgever, pensioenfonds of uitkeringsinstantie, om de premie op hun loon, pensioen of uitkering in te houden en op de rekening van de zorgverzekeraar over te maken. Dit laatste geldt overigens slechts indien de verzekerden hun nieuwe verzekering bij dezelfde zorgverzekeraar afsluiten. Een zorgverzekeraar kan immers niet als voorwaarde voor opzegging van hun verzekering stellen, dat zij, indien zij elders een nieuwe zorgverzekering sluiten, de andere zorgverzekeraar machtigen tot automatische incasso.

Het voordeel dat de verzekeringnemer aan het accepteren van dit deel van het aanbod ontleent, is dat hij in de toekomst geen premie meer verschuldigd zal zijn voor zorgverzekeringen van die anderen, die besluiten zelf een zorgverzekering te sluiten. Het voordeel voor de verzekerden die besluiten zelf verzekeringnemer te worden is, dat zij, door de premie voor hun zorgverzekering te gaan betalen, kunnen voorkomen dat er een premie-achterstand ontstaat, met alle gevolgen van dien. Het voordeel voor de zorgverzekeraar is, dat, zeker indien de nieuwe verzekeringnemers periodiek inkomen genieten, de kans dat nieuw opkomende premie-termijnen betaald worden, groter is. Voor zover dat onverhoopt niet

gebeurt, ten slotte, is het voordeel voor het CVZ, dat de bestuursrechtelijke premie doorgaans gemakkelijker geïnd zal kunnen worden: gezien de wens bij de broninhouding rekening te houden met het bestaansminimum van de verzekeringnemer, zal het, althans indien ook de nieuwe verzekeringnemers een inkomensbron hebben, gemakkelijker zijn eenmaal de bestuursrechtelijke premie per verzekeringnemer te innen, dan bij de oude verzekeringnemer meerdere malen de bestuursrechtelijke premie te innen.

De verzekeringnemer krijgt vier weken om het aanbod te aanvaarden (vierde lid, zie ook hierna). Van aanvaarding is slechts sprake indien de gehele betalingsregeling (tweede lid) wordt geaccepteerd, dat wil zeggen dat de verzekerde zowel de incassomachtiging of de opdracht aan zijn werkgever, pensioenfonds of uitkeringsinstantie afgeeft, als akkoord gaat met de regeling ter afbetaling van de reeds opgebouwde schuld.

Daarnaast is het niet mogelijk om het in het derde lid neergelegde aanbod te aanvaarden zonder de betalingsregeling te aanvaarden. Dat blijkt uit de formulering van het derde lid: de daar bedoelde opzegging wordt van kracht met ingang van de dag waarop de in het tweede lid bedoelde betalingsregeling van kracht wordt, en de in het derde lid bedoelde verzekerden moeten voordien een eigen verzekering hebben gesloten en, indien men bij dezelfde verzekeraar blijft, de in dat lid bedoelde machtiging tot automatische incasso of opdracht aan de werkgever, het pensioenfonds of de uitkeringsinstantie hebben gegeven.

Wordt het in het derde lid geregelde deel van het aanbod geaccepteerd, dan betekent dat dat degenen die eerder door de verzekeringnemer verzekerd waren, zelf verzekeringnemer van een nieuwe, eigen zorgverzekering worden. Dat betekent dat zij vanaf het moment waarop die verzekering gaat lopen, zelf de (nominale) premie aan hun zorgverzekeraar verschuldigd worden. Betalen ook zij de (nominale) premie niet – het risico daarop verkleint dit wetsvoorstel door aan het aanbod de voorwaarde van een incassomachtiging of een betalingsopdracht aan een werkgever, pensioenfonds of uitkeringsinstantie te koppelen indien men bij dezelfde zorgverzekeraar blijft – dan zullen ook zij na twee maanden achterstand een betalingsregeling als bedoeld in het eerste en tweede lid aangeboden krijgen en zullen zij uiteindelijk, als zij de betalingsregeling afslaan en blijven wanbetalen, na zes maanden wanbetaling in het bestuursrechtelijke regieterrecht komen. Omdat de voormalig door de verzekeringnemer verzekerden een nieuwe, eigen zorgverzekering sluiten, nemen ze de ten aanzien van hun oude zorgverzekering opgebouwde premieschuld niet mee. De oude verzekeringnemer blijft derhalve gehouden deze schuld te voldoen. Deze wordt, indien hij de betalingsregeling accepteert, meegenomen in de afspraken over de afbetaling van de reeds opgebouwde schulden.

Ten slotte: wordt het in het derde lid geregelde deel van het aanbod niet geaccepteerd (bijvoorbeeld omdat de verzekerden weigeren zichzelf te verzekeren), dan laat dat onverlet dat de verzekeringnemer de betalingsregeling van het tweede lid wèl kan accepteren. In dat geval zal de zorgverzekeraar voor iedere door de verzekeringnemer gesloten zorgverzekering ten aanzien waarvan premieplicht bestaat de premie naar zich laten overschrijven, dan wel zal de opdracht en de machtiging aan de werkgever, het pensioenfonds of de uitkeringsinstantie moeten zijn, dat maandelijks een bedrag ter hoogte van meerdere maandpremies aan de zorgverzekeraar wordt overgemaakt.

vierde lid

Tegelijk met het aanbod deelt de zorgverzekeraar de verzekeringnemer mee wat de gevolgen zijn als de verzekeraar het niet aanvaardt en bovendien in het wanbetalen persisteert: nadat de schuld tot zes maandpremies (per zorgverzekering) zal zijn opgelopen, zal hij, totdat hij alle schulden aan zijn zorgverzekeraar zal hebben voldaan, aan het CVZ de hogere, bestuursrechtelijke premie moeten betalen, welke premie in principe in opdracht van het CVZ op zijn periodieke inkomen zal worden ingehouden en aan het CVZ zal worden overgedragen. Voorts wijst de zorgverzekeraar in zijn aanbod op de mogelijkheid van schuldhulpverlening. Dit zal vooral een goede oplossing zijn indien de verzekeringnemer ook bij anderen dan de zorgverzekeraar schulden heeft.

De verzekeringnemer heeft vier weken om het aanbod te aanvaarden. Laat hij in die vier weken niets van zich horen, dan geldt het als verworpen.

Ten slotte nog het volgende. Een verzekeringnemer die van mening is dat zijn zorgverzekeraar hem het aanbod ten onrechte doet, omdat hij helemaal geen premieachterstand van twee maanden (per zorgverzekering) heeft, kan en zal dat aan zijn zorgverzekeraar melden. Deze zal dan nagaan of er een fout in de administratie is gemaakt. Zo niet, dan zal de verzekeraar de verzekeringnemer melden toch echt te weinig premie te hebben ontvangen. Blijft de verzekeringnemer van mening dat hij wel voldoende betaald heeft, dan zal hij een geschil hierover kunnen voorleggen aan de SKGZ of aan de burgerlijke rechter. Een en ander zal al ten algemene – d.w.z. voor welk verschil van mening dat iemand met een zorgverzekeraar kan hebben dan ook – in de zorgpolissen of de daarbij behorende stukken zijn verwoord. Het is aan de zorgverzekeraar of hij ter gelegenheid van het in dit artikel bedoelde aanbod, expliciet op de hier bedoelde betwistingsmogelijkheden wenst te wijzen. Een reden om dat niet te doen, zou kunnen zijn dat dit in geval van voortgaande wanbetaling op grond van het voorgestelde artikel 18b Zvw in ieder geval dient te geschieden nadat de premieschuld tot vier maandpremies is opgelopen.

vijfde lid

Indien een verzekeringnemer derden heeft verzekerd en niet aan zijn premieverplichtingen voldoet, zullen de zorgverzekeraars de schuld evenredig over alle zorgverzekeringen waarvoor premieplicht bestaat, verdelen. Het in dit artikel bedoelde aanbod volgt dan zodra er per zorgverzekeraar een achterstand van twee maandpremies is ontstaan. Heeft een verzekeringnemer dus zowel zichzelf als twee volwassen gezinsleden verzekerd, dan krijgt hij het in artikel 18a bedoelde aanbod zodra hij in totaal een schuld ter hoogte van zes maandpremies heeft. Het vijfde lid regelt dat in zo'n geval de gezinsleden een afschrift wordt gezonden van al hetgeen op grond van de eerdere leden van dit artikel aan de verzekeringnemer is verzonden. Aldus wordt de verzekerde ervan op de hoogte gesteld dat er ten aanzien van zijn zorgverzekering een premieachterstand is ontstaan. Hij kan er dan bij de verzekeringnemer op aandringen de verschuldigde premies alsnog te voldoen (en hem daar zonodig de gelden voor ter beschikking te stellen), of hij kan besluiten zelf een zorgverzekering te sluiten, waarna de oorspronkelijke verzekeringnemer de voor hem gesloten verzekering kan opzeggen (derde lid).

Artikel 18b, 18c, 18d, eerste lid, en 18e, eerste lid, Zvw

Wordt de betalingsregeling, bedoeld in artikel 18a, eerste en tweede lid, niet geaccepteerd en gaat de verzekeringnemer ook uit zichzelf niet alsnog betalen, dan zal de premieschuld blijven groeien. Nadat de premieschuld,

de kosten van rente en incassokosten buiten beschouwing latend, een bedrag ter hoogte van zes maandpremies (per zorgverzekering) heeft bereikt, zal de zorgverzekeraar de zorgverzekering bij het CVZ melden, opdat deze van de verzekeringnemer de bestuursrechtelijke premie kan heffen (art.18c, 18d en 18e Zvw).

De premie-achterstand kan ontstaan in zes maanden, indien de verzekeringnemer in het geheel geen premie betaalt, of over een periode van meer dan zes maanden, indien hij althans nog zijn premie gedeeltelijk betaalt. Slechts niet voldane premies voor de zorgverzekering mogen bij het beantwoorden van de vraag of de achterstand een bedrag ter hoogte van zes maandpremies heeft bereikt, meetellen. De rente en de incassokosten daarover, alsmede niet voldane eigen betalingen en de rente en incassokosten daar weer over, blijven derhalve buiten beschouwing. Is eerder niet ingegaan op het aanbod, bedoeld in artikel 18a, derde lid, dan zal de verzekeraar de totale premie-achterstand delen door het aantal door de verzekeringnemer gesloten zorgverzekeringen waarvoor premieplicht bestaat. De verzekeringen zullen dan gemeld worden zodra een achterstand van zes maanden per verzekering bestaat.

De zorgverzekeraar vermeldt bij zijn melding die persoonsgegevens van de verzekeringnemer en van de verzekerde, die voor het CVZ noodzakelijk zijn om de bestuursrechtelijke premie te kunnen heffen en om verzekeraars de bijdrage, bedoeld in het voorgestelde artikel 34a Zvw, te kunnen verstrekken. Aangezien het CVZ noch voor de heffing, noch voor de verstrekking van deze bijdrage, bijzondere persoonsgegevens als bedoeld in artikel 16 van de Wet bescherming persoonsgegevens nodig heeft, zullen de verzekeraars, voor zover zij überhaupt al over dergelijke gegevens beschikken, deze niet bij de in artikel 18c, eerste lid, bedoelde melding aan het CVZ mogen leveren. Daar staat het noodzakelijkheidsvereiste aan in de weg. De melding geschiedt op basis van het burgerservicenummer (art. 86, vierde lid, Zvw, in verbinding met het voorgestelde art. 18c, eerste en tweede lid, Zvw). De zorgverzekeraar verzendt een afschrift van de melding aan de verzekeringnemer en, indien dit een ander is dan de verzekeringnemer, aan de verzekerde. De verzekeringnemer komt er aldus van op de hoogte dat hij premieplichtig is geworden jegens het CVZ in plaats van jegens zijn zorgverzekeraar. Het belang van de melding aan de verzekerde ligt vooral in het feit dat zorgtoeslagen aan verzekerden in plaats van aan verzekeringnemers worden uitbetaald. In een huishouden kan dat de verzekerde zijn die door zijn – structureel wanbetalende – partner verzekerd is. Ten gevolge van voorliggend wetsvoorstel kan het voorkomen dat de BD/T in opdracht van het CVZ de zorgtoeslag (als tegemoetkoming in de bestuursrechtelijke premie) aan het CVZ in plaats van aan de verzekerde gaat overmaken.

Voorkomen moet worden dat het CVZ bij het nemen van beschikkingen tot heffing van de bestuursrechtelijke premie, telkens moet onderzoeken of ten aanzien van de betrokken zorgverzekering werkelijk sprake is van een premieachterstand van ten minste zes maandpremies. Het CVZ beschikt immers niet over de informatie om een oordeel te geven over de vraag of de verzekeringnemer werkelijk wanbetaler was en zo ja, of de premieschuld inmiddels ten minste zes maanden bedraagt. Tevens moet zoveel mogelijk worden voorkomen dat het CVZ betrokken raakt in geschillen hierover. Dat is een zaak tussen verzekeringnemer en verzekeraar. Daarom is in het eerste lid van artikel 18d Zvw geregeld, dat de premieplicht jegens het CVZ ontstaat met ingang van de eerste dag van de maand volgende op de maand waarin deze de melding van de verzekeraar, bedoeld in het eerste lid, heeft ontvangen. Vanaf dat moment heft en int het CVZ de bestuursrechtelijke premie (artikel 18e). Het CVZ kan dus in

principe afgaan op de melding van de verzekeraar en hoeft niet te onderzoeken of de gemelde verzekeringnemer werkelijk een structurele wanbetaler is.

De bescherming van de verzekeringnemer tegen ten onrechte door zijn verzekeraar gedane meldingen, is opgenomen in de artikelen 18b en 18c Zvw. De zorgverzekeraar mag de melding namelijk pas verrichten indien hij de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, de verzekerde heeft gewaarschuwd dat hij van plan is bij verder oplopen van de premieschuld betrokkene aan te melden voor het bestuursrechtelijke regiem, en nadat hij, te rekenen vanaf die waarschuwing, betrokkenen een termijn van ten minste vier weken heeft gegeven om de juistheid van de melding te bewijzen (dan wel, uiteraard, om de premieschuld en bijkomende kosten alsnog te voldoen).

Hoort de zorgverzekeraar binnen de door hem gestelde termijn van ten minste vier weken niets, dan mag hij ervan uitgaan dat de verzekeringnemer c.q. de verzekerde de juistheid van het standpunt van de zorgverzekeraar niet betwist. Hij kan de zorgverzekering vervolgens, nadat de schuld daadwerkelijk tot zes maandpremies (per zorgverzekering) is opgelopen, bij het CVZ melden. Betwist de verzekeringnemer of de verzekerde wèl tijdig het bestaan van de schuld of de hoogte ervan, dan zal de zorgverzekeraar een heronderzoek van het betalingsgedrag moeten verrichten. Blijft hij vervolgens bij zijn standpunt dat sprake is van een premieachterstand die bovendien op afzienbare termijn een bedrag van zes maandpremies heeft bereikt, dan zal hij dat aan de verzekeringnemer (en, als dat een ander is, de verzekerde) meedelen, onder de melding dat hij, nadat de premieschuld tot zes maanden (per zorgverzekering) zal zijn opgelopen, de zorgverzekering alsnog bij het CVZ zal melden, tenzij binnen vier weken een geschil aan de SKGZ of aan de burgerlijke rechter is voorgelegd. Gebeurt dat vervolgens inderdaad tijdig, dan gaat de zorgverzekeraar pas tot melding aan het CVZ over nadat de verzekeringnemer of verzekerde onherroepelijk in het ongelijk is gesteld (of zich alsnog bij het (bijna) zijn van structurele wanbetaler neerlegt). Gebeurt dat niet, dan kan de zorgverzekeraar ervan uitgaan dat de verzekeringnemer of de verzekerde zich bij het resultaat van zijn heroverweging neerlegt en de zorgverzekering derhalve bij het CVZ melden nadat de premieschuld tot zes maandpremies is opgelopen.

Kortom, de zorgverzekeraar mag een zorgverzekering pas melden nadat de premieschuld (exclusief rente en incassokosten) voor die verzekering tot een bedrag ter hoogte van zes maandpremies is opgelopen, de mededeling bedoeld in artikel 18b is gedaan en:

- een termijn van vier weken om hierover bij de zorgverzekeraar in het geweer te komen, ongebruikt is verlopen, of
- tijdig bij de zorgverzekeraar is geprotesteerd, en de zaak niet binnen vier weken nadat de zorgverzekeraar na heroverweging de mededeling heeft verzonden dat hij bij de juistheid van zijn mededeling blijft, aan de SKGZ of de burgerlijke rechter is voorgelegd, of
- na een onherroepelijke beslissing, indien de zaak tijdig aan de SKGZ of de burgerlijke rechter is voorgelegd.

Heeft een verzekeringnemer of verzekerde reeds naar aanleiding van het aanbod, bedoeld in artikel 18a Zvw, het bestaan van de premieschuld of de (toenmalige) hoogte ervan betwist, dan geldt dat, tenzij er inmiddels een voor hem negatief uitvallende herbeoordeling heeft plaatsgevonden, overigens tevens als betwisting van de vierdemaandswaarschuwing. Dat volgt uit de redactie van artikel 18b, eerste lid, dat zegt dat de verzekeringnemer of de verzekerde de verzekeraar uiterlijk vier weken na ontvangst van de vierdemaandsmelding moet laten weten dat hij het bestaan of de

hoogte van de schuld betwist. Die formulering laat de mogelijkheid open, dat dergelijke betwisting reeds voor ontvangst van de vierdemaandsmelding (bijvoorbeeld naar aanleiding van het tweedemaandsaanbod) heeft plaatsgevonden. Aldus wordt voorkomen dat een verzekeringnemer of verzekerde die zijn zorgverzekeraar al direct na het tweedemaandsaanbod heeft laten weten dat er volgens hem helemaal geen premieachterstand is en die daarop nog geen reactie heeft ontvangen, dat nog eens moet doen naar aanleiding van de vierdemaandsmelding.

Betrokkene blijft tot het moment van melding bij het CVZ in het privaatrechtelijke regiemi. Dat wil zeggen: hij blijft nominale premie verschuldigd aan zijn zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar komt ingevolge het voorgestelde artikel 34a Zvw pas voor een financiële bijdrage in aanmerking zodra het bestuursrechtelijke regiemi gaat gelden (met dien verstande dat de bijdrage wel met terugwerkende kracht zal kunnen worden verstrekt, zie hierna).

Voor de hierboven beschreven systematiek is allereerst gekozen met het oog op de rechtsbescherming van de verzekeringnemer. Voorkomen moet worden, dat hij ten onrechte voor het bestuursrechtelijke regiemi wordt aangemeld, nu de bestuursrechtelijke premie hoger is dan de hoogste nominale premie, en deze bovendien zo mogelijk direct op het inkomen wordt ingehouden (wat de bestedingsvrijheid van de verzekeringnemer beperkt). Daarnaast is hiervoor gekozen om te voorkomen dat het CVZ alsnog in geschillen over het al dan niet werkelijk zijn van structurele wanbetaler wordt betrokken. Zou het CVZ ook van die verzekeringnemers een bestuursrechtelijke premie moeten gaan heffen, die op het moment van aanmelding over de juistheid van die aanmelding een procedure bij (heroverweging) of tegen (SKGZ, civiele rechter) de verzekeraar hebben lopen, dan ontstaat er een groot risico dat het CVZ alsnog veelvuldig betrokken raakt in geschillen over de juistheid van het zijn van structurele wanbetaler. Dat wenst het kabinet om bovengenoemde redenen te voorkomen. Voorts leidt de gekozen systematiek ertoe dat de zorgverzekeraar een prikkel krijgt om verzekeringnemers die hun premie niet hebben betaald zo snel mogelijk nadat de premieschuld vier maandpremies heeft bereikt te waarschuwen, om naar aanleiding daarvan tijdig ontvangen betwistingen (betrokkene stelt geen wanbetaler te zijn of een lagere schuld te hebben dan zijn zorgverzekeraar aanneemt) snel af te doen, en om de SKGZ dan wel de civiele rechter snel de stukken ter beschikking te stellen op grond waarvan deze kan beoordelen of er wel of niet sprake is van wanbetaling.

Men kan zich afvragen of het gekozen systeem niet teveel uitlokt dat wanbetalers die wel degelijk – tenzij zij hun betalingsgedrag veranderen – op korte termijn structurele wanbetalers zullen worden, de voorgenomen melding aan het CVZ in grote getalen zullen aanvechten en de procedure zo lang mogelijk zullen rekken. Immers, de bestuursrechtelijke premie is hoger dan de nominale premie, en wanbetalers die naar aanleiding van de waarschuwing van hun verzekeraars tijdig protesteren, kunnen pas voor het bestuursrechtelijke regiemi worden aangemeld indien onherroepelijk vaststaat dat zij inderdaad wanbetaler zijn en dat zij inderdaad op korte termijn een premieachterstand van zes maanden zullen hebben (of, waarschijnlijker in dit geval: dat deze achterstand inmiddels al hoger is geworden). Met een procedure voor de civiele rechter, en daarna hoger beroep, zou men de aanmelding bij het CVZ jaren kunnen traineren. Inderdaad valt dit niet geheel uit te sluiten. Het alternatief, te weten dat een zorgverzekeraar een verzekeringnemer die volgens zijn administratie wanbetaler is mag melden zodra volgens die administratie een premieachterstand van zes maanden is bereikt, óók als op dat moment nog een procedure loopt waarin de verzekeringnemer dit betwist, zou echter leiden

tot een te beperkte rechtsbescherming van de verzekeringnemer, alsmede tot het hierboven beschreven risico dat het CVZ te vaak in zaken over het al dan niet zijn van structurele wanbetaler wordt betrokken. Bovendien zou daarmee de in de vorige alinea beschreven prikkel voor de zorgverzekeraar, om gevallen waarin de verzekeringnemer de voorgenomen melding tijdig betwist, zo snel mogelijk af te handelen, verminderen.

Alles tegen elkaar afgewegend, is besloten te regelen dat de melding, indien door de verzekeringnemer tijdig betwist, pas mag worden gedaan nadat de verzekeringnemer onherroepelijk in het ongelijk is gesteld en dat deze niet terugwerkt. Daarbij is in aanmerking genomen dat de verzekeringnemer over deze periode in ieder geval wel de nominale premie jegens zijn zorgverzekeraar verschuldigd blijft. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de SKGZ zouden bovendien de procedure voor de geschillencommissie zo kunnen inrichten dat eerderbedoelde procedures zo snel mogelijk worden afgedaan.

Er zal gemonitord worden hoe de gekozen systematiek in de praktijk werkt. Mocht blijken dat wanbetalers de hun geboden rechtsbescherming op enige schaal in bovenbedoelde zin misbruiken, dan zal de systematiek worden aangepast.

Om te voorkomen dat de zorgverzekeraars onevenredig nadeel ondervinden van het feit dat het bestuursrechtelijk regiem voor die wanbetalers, die tijdig maar naar later blijkt ten onrechte tegen een voorgenomen melding opkomen, later ingaat dan de maand volgende op de maand waarin een premieachterstand van zes maanden is bereikt, zullen de zorgverzekeraars met terugwerkende kracht (tot en met de datum waarop de premie-achterstand zes maanden bedroeg) een bijdrage krijgen indien het niet aan hen te wijten is dat de mededeling aan het CVZ uiteindelijk later dan die datum is verricht. Immers, de wanbetaler is gedurende de looptijd van de procedure weliswaar nominale premie aan de zorgverzekeraar verschuldigd gebleven, maar zal deze, gezien het feit dat het naar later blijkt inderdaad om een wanbetaler gaat, vaak niet hebben betaald.

Voor zorgverzekeraars die de premie over maand t niet voorafgaande aan die maand, maar in die maand heffen, kunnen de in artikel 18a geregelde termijnen ertoe leiden, dat de daar bedoelde betalingsregeling pas met ingang van de eerste dag van de vijfde maand ingaat. In dat geval zal de eerste premie termijn die automatisch geïncasseerd kan worden (of die de werkgever enz. in opdracht van de verzekeringnemer naar de zorgverzekeraar overmaakt), die over de vijfde maand zijn. Zonder nadere bepaling zou dat betekenen, dat deze verzekeraars ook aan mensen die de betalingsregeling accepteren, steeds de in artikel 18b, eerste lid, bedoelde mededeling moeten verzenden. Niet alleen is dat, ervan uitgaande dat de verzekeringnemer de betalingsregeling blijft nakomen, zinloos (er zal immers geen premie-achterstand van zes maanden worden bereikt), maar ook zou dat bij de verzekeringnemer tot verwarring leiden. Daarom is in het derde lid van artikel 18b bepaald, dat de in het eerste lid van dat artikel bedoelde melding niet verzonden dient te worden als de betaalregeling is geaccepteerd, althans zolang, vanaf de ingangsdatum van die regeling, de nieuwe premie termijnen worden betaald.

Artikel 18d Zvw

eerste lid

Nadat een verzekeraar de melding, bedoeld in artikel 18c, heeft verricht, zal het CVZ de verzekeringnemer een beschikking zenden waarin staat dat en vanaf wanneer deze de bestuursrechtelijke premie verschuldigd is en,

indien hij ook anderen heeft verzekerd, voor welke verzekeringen, hoe hoog deze is, en hoe het CVZ deze zal innen. Aangezien er voldoende civielrechtelijke rechtsbescherming tegen een onterechte melding door een zorgverzekeraar bij het CVZ is (zie de artikelen 18b en 18c), is het onwenselijk om daarnaast voor die verzekeringnemers, die van mening zijn dat zij geen premieachterstand van zes maanden hebben en dus buiten het bestuursrechtelijke regiem zouden moeten worden gehouden, nog bestuursrechtelijke rechtsbescherming te regelen. Hetzelfde geldt overigens voor de vaststelling van de hoogte van de bestuursrechtelijke premie. Deze premie wordt immers voor alle structurele wanbetalers gefixeerd op 130% van de standaardpremie. Het CVZ heeft hier geen beleidsvrijheid. Om die redenen wordt voorgesteld die onderdelen van de beschikking waarmee het CVZ de bestuursrechtelijke premie heft en int, die zien op de vaststelling dat iemand die premie verschuldigd is, vanaf wanneer dat het geval is, alsmede de hoogte daarvan, uit te zonderen van de mogelijkheid van bezwaar en beroep. Dit wordt geregeld in artikel III.

Een en ander betekent overigens niet dat het CVZ in alle gevallen blindelings op de juistheid van de meldingen van de zorgverzekeraar af kan gaan. Het CVZ zal wel in een marginale toetsing moeten voorzien. Aldus kan bij evident onjuiste meldingen (bijvoorbeeld aanmelding van een kind van twaalf jaar) oplegging van de bestuursrechtelijke premie worden voorkomen doordat het CVZ contact opneemt met de verzekeraar en hem vraagt zijn melding teniet te doen. Daarnaast zal het CVZ de zaak aan de zorgverzekeraar terugzenden en dus niet tot heffing van de bestuursrechtelijke premie overgaan indien de verklaring, bedoeld in artikel 18c, derde lid, ontbreekt. In dat geval is immers niet duidelijk of de verzekeraar de verzekeringnemer en, indien dit andere personen zijn, de verzekerden voor de melding heeft gewaarschuwd en hen voldoende gelegenheid heeft gegeven het bestaan van de premie-achterstand of de hoogte ervan te betwisten.

Het CVZ zal echter niet hoeven in te gaan op klachten van verzekeringnemers die eerder hadden kunnen klagen bij hun verzekeraar, de SKG of de civiele rechter, maar die toen hun beurt voorbij hebben laten gaan of onherroepelijk in het ongelijk zijn gesteld.

tweede lid

De bestuursrechtelijke premie dient zo hoog te zijn, dat het voor de verzekeringnemer aantrekkelijk is om buiten het bestuursrechtelijke regiemiem te blijven, dat wil zeggen zijn schulden aan de zorgverzekeraar te voldoen voordat deze tot de melding, bedoeld in het eerste lid, overgaat. Dat betekent dat de bestuursrechtelijke premie hoger moet zijn dan de nominale premie bij de duurste zorgverzekeraar. Dit wordt bereikt door de bestuursrechtelijke premie te stellen op 130% van de standaardpremie, bedoeld in de Wet op de zorgtoeslag (Wzt). De standaardpremie in de zin van de Wzt is te zien als het bedrag dat de overheid een redelijk bedrag voor een zorgverzekering vindt. (De zorgtoeslag bedraagt dan ook de standaardpremie minus de normpremie, waarbij de normpremie gelijk is aan het bedrag dat de verzekerde, gezien zijn inkomen en dat van zijn eventuele partner, zelf voor een zorgverzekering geacht wordt te kunnen betalen) Bij het bepalen van het percentage is aangesloten bij het boetepercentage dat geldt indien iemand zich te laat verzekert (art. 96 Zvw) dan wel zich te laat als verdragsgerechtigde meldt (art. 69 Zvw). De reden daarvoor was dat enerzijds 130% van de standaardpremie op een hoger bedrag uitkomt dan de hoogste werkelijke nominale premie (hetgeen wenselijk is, zie boven), anderzijds dat er voor het overige geen goede argumenten zijn om een ander percentage (bijvoorbeeld 150) te hanteren dan geldt voor het zich te

laat verzekeren of het zich te laat als verdragsverzekerde aan te melden. Integendeel, een behoorlijk verschil tussen de hoogte van de boete enerzijds en de hoogte van de bestuursrechtelijke premie anderzijds zou ertoe leiden dat mensen die zich eigenlijk niet willen verzekeren een ongewenste afweging gaan maken tussen het zich niet verzekeren of het zich wel verzekeren maar de premie niet betalen. Het feit dat voor de bestuursrechtelijke premie een zelfde percentage is gekozen als voor de boete bij te laat verzekeren of het zich te laat als verdragsverzekerde aanmelden, laat overigens onverlet dat de bestuursrechtelijke premie geen boete is.

derde lid

De plicht om bestuursrechtelijke premie te betalen eindigt (art. 18d, eerste lid, Zvw) en de plicht om weer nominale premie aan de zorgverzekeraar te betalen herleeft (art. 16 Zvw) met ingang van de eerste dag van de maand volgende op de maand waarin:

- a. de schuld die ter zake van de zorgverzekering bestaat volledig is voldaan of waarin deze schuld tenietgaat,
- b. de rechter de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen als bedoeld in de Faillissementwet op de verzekeringnemer van toepassing heeft verklaard, of
- c. de verzekeringnemer gaat deelnemen aan een minnelijke, door tussenkomst van een professionele schuldhulpverlener tot stand gekomen schuld(sanerings)regeling, waaraan ten minste ook zijn zorgverzekeraar deelneemt.

ad a

Wat betreft het tenietgaan kan worden gedacht aan gevallen waarin de verzekeringnemer en zijn zorgverzekeraar een schikking of een afbetalingsregeling hebben getroffen en de verzekeringnemer het in de schikking overeengekomen bedrag heeft betaald respectievelijk het overeengekomen bedrag heeft afbetaald. Ook kan gedacht worden aan de situatie waarin de verzekeringnemer na een aantal jaren schuldhulpverlening schuldenvrij wordt verklaard.

Het gaat bij het einde van het bestuursrechtelijke regiem wegens aflossen of tenietgaan van de schulden overigens niet alleen om aflossen of tenietgaan van de premieschulden die voorafgaande aan de ingang van het bestuursrechtelijke regiem waren ontstaan, maar om de aflossing van *alle* schulden die ten aanzien van de zorgverzekering (maar dus niet ten aanzien van aanvullende verzekeringen) jegens de verzekeraar zijn opgebouwd. Dus bijvoorbeeld ook om een schuld ten aanzien van de rente en door de verzekeraar gemaakte incassokosten op de premieschuld of een schuld wegens niet voldane eigen betalingen (waaronder onder het verplicht of onder een vrijwillig eigen risico vallende betalingen), de rente daarover en de incassokosten daarvan. Aldus zal de verzekeringnemer weer met een «schone lei» bij de zorgverzekeraar beginnen, terwijl deze op zijn beurt niet met openstaande vorderingen blijft zitten. Voorts speelde bij deze keuze een rol dat de artikelen 6:43 en 6:44 van het BW anders tot ingewikkelde, aan de zorgverzekeraars gerichte, toerekeningsregels zouden nopen. Dat past niet goed bij een Zvw die verzekeraars, zeker wat betreft administratieve procedures, zoveel mogelijk beleidsvrijheid wil laten.

Ingevolge artikel 6:44 van het BW is de zorgverzekeraar overigens bevoegd van de verzekeringnemer binnenkomende gelden eerst in mindering te brengen op de incassokosten, dan op opeisbare rente en pas daarna op de premieschuld (en de lopende rente).

Vanaf de eerste dag van de maand volgende op de dag waarop dat volgens een afmelding van de verzekeraar het geval is, gaat de plicht de nominale premie aan de verzekeraar te betalen, weer lopen (artikel 18d, eerste lid, juncto artikel 16, tweede lid, onderdeel b, Zvw). In het Besluit zorgverzekering zal bovendien worden bepaald dat vanaf dat moment de zorgverzekeraar geen recht meer heeft op de financiële bijdrage. De zorgverzekeraar dient het CVZ, de verzekeringnemer en, als deze een ander is dan de verzekerde, de verzekerde de dag waarop de schuld is afgelost te melden. Net als bij de aanmelding geldt, kan het CVZ ervan uitgaan dat de afmelding juist is, zij het dat de afmelding, anders dan de melding, zonedig terugwerkt tot en met de in de afmelding genoemde datum. De reden hiervoor is dat de zorgverzekeraar er – gezien de groep waar het om gaat – om goede reden toe kan besluiten de afmelding pas te doen nadat hij zich ervan heeft vergewist dat de schuld aan hem ook daadwerkelijk volledig is voldaan.

Indien een verzekeringnemer of verzekerde van mening is dat zijn zorgverzekeraar hem ten onrechte (nog) niet bij het CVZ heeft afgemeld of meent zijn schuld eerder te hebben afgelost dan in de afmelding is vermeld, dient hij zijn zorgverzekeraar en niet het CVZ daar op aan te spreken. Het CVZ heeft immers geen inzicht in de totale omvang van de privaatrechtelijke zorgverzekeringsschulden, noch ook in de vraag of en met ingang van welke datum deze geheel zijn gedelgd. Ook hier kan de verzekeringnemer of de verzekerde weer na een interne procedure bij de zorgverzekeraar een geschil bij de SKGZ of een procedure bij de civiele rechter instellen. Krijgt hij gelijk en is er nog geen afmelding, dan zal hij alsnog door zijn zorgverzekeraar bij het CVZ moeten worden afgemeld, waarbij de in deze melding te noemen datum de dag zal moeten zijn, waarop de verzekeringnemer zijn schulden jegens zijn verzekeraar had voldaan of deze schulden zijn tenietgegaan. Onder omstandigheden kan dit ertoe leiden, dat het CVZ over een aanzienlijke periode reeds geïnde bestuursrechtelijke premie aan de verzekeringnemer zal moeten terugbetalen, dat over dezelfde periode de in het voorgestelde artikel 34a Zvw bedoelde bijdrage aan de verzekeraar zal moeten worden teruggevorderd (in de praktijk zal overigens verrekend worden) en dat de verzekeraar over die periode alsnog van de verzekerde nominale premie zal moeten vragen. Met name dit laatste zal de verzekeraar een prikkel geven, verzekeringnemers die niet meer in het bestuursrechtelijke regiem thuis horen, zo snel mogelijk bij het CVZ te melden. Overigens kan een verzekeringnemer in dit geval het CVZ vragen de aan hem terug te betalen bestuursrechtelijke premie tot aan het bedrag dat de zorgverzekeraar van hem tegoed heeft, ter voldoening van zijn privaatrechtelijke premieschuld aan de zorgverzekeraar over te maken (en de rest aan hem). Aldus komt de verzekeringnemer minder snel in de verleiding het van het CVZ terug te ontvangen geld geheel aan iets anders te besteden en zijn nieuwe schuld aan zijn zorgverzekeraar niet te voldoen (wat hem vervolgens weer in het bestuursrechtelijke regiem zou kunnen doen belanden).

Vervoegt een verzekeringnemer of verzekerde zich bij het CVZ met het verzoek de heffing van de bestuursrechtelijke premie stop te zetten omdat de schuld aan de zorgverzekeraar geheel voldaan is, dan kan het CVZ in geval van ontbreken van de afmelding door de zorgverzekeraar dit verzoek zonder onderzoek afwijzen en betrokkene naar de zorgverzekeraar doorverwijzen. Slechts indien de verzekeringnemer of verzekerde (of een nabestaande) aantoont dat de verzekeraar evident onjuist heeft gehandeld door niet af te melden, zal het CVZ indien een marginale toets aan de juistheid van het uitblijven van een afmelding of van de in een afmelding genoemde datum doet twijfelen, contact dienen op te nemen met de verzekeraar. Het zal echter niet gemakkelijk zijn om bij het CVZ aan te tonen dat ten onrechte niet is afgemeld. Overlegging – aan het CVZ – van

acceptgiro's waaruit blijkt dat een bepaald bedrag aan de zorgverzekeraar is betaald, volstaat niet. Dat een bepaald bedrag is afbetaald, wil immers niet zeggen dat de gehele zorgverzekeringsschuld aan de zorgverzekeraar – waarvan de hoogte bij het CVZ niet bekend is – is afbetaald. Het voorgaande geldt mutatis mutandis ook als er weliswaar een afmelding is, maar de verzekeringnemer of verzekerde stellen dat deze in een eerdere maand gedaan had moeten worden. Kortom, het is verstandiger hierover met de zorgverzekeraar in discussie te gaan.

Omdat ook hier voldoende rechtsbescherming aan de civielrechtelijke kant bestaat, en het CVZ niet in staat is om na te gaan of ten onrechte niet of te laat is afgemeld, is in artikel III van dit wetsvoorstel geregeld dat tegen beschikkingen van het CVZ over het einde van de heffing van de bestuurlijke premie geen administratieve rechtsgang en daarmee ook geen bezwaar open staat.

ad b

Op grond van titel III van de Faillissementswet kan de rechter op verzoek van een schuldenaar de zogenoemde «schuldsaneringsregeling natuurlijke personen» op een schuldenaar van toepassing verklaren. Deze regeling duurt drie tot vijf jaar, gedurende welke een door de rechter aangevozen bewindvoerder uit de periodieke inkomsten van de schuldenaar alsmede, indien aanwezig, uit de opbrengst van de verkoop van zijn bezittingen, de opkomende periodieke verplichtingen van de schuldenaar, alsmede zijn bestaande schulden zoveel mogelijk voldoet. Gedurende deze periode dient de schuldenaar voor zijn levensbehoeften genoeg te nemen met het sociale minimum. Schuldeisers kunnen worden verplicht hun schulden in deze regeling in te brengen. Nadat de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen regulier is beëindigd, is de schuldenaar schuldenvrij, zelfs als niet alle schulden zijn afbetaald.

Om structurele wanbetalers wier schulden zo hoog zijn opgelopen, dat aflossing van de schulden aan de zorgverzekeraar niet te verwachten valt, toch perspectief te geven op het einde van het bestuursrechtelijke regiem, wordt in onderdeel b (juncto het eerste lid) bepaald dat dat regiem eindigt met ingang van de eerste dag van de maand waarin de hierboven beschreven schuldsaneringsregeling ingaat. Vanaf dat moment wordt de verzekeringnemer derhalve weer nominale premie aan zijn zorgverzekeraar verschuldigd. De bewindvoerder zal er gedurende de looptijd van de regeling voor zorgen dat opkomende premies worden voldaan, zodat de zorgverzekeraar in ieder geval enkele jaren van premiebetaling verzekerd is. Daarnaast heeft hij perspectief op aflossing van een deel van de schuld die reeds bij hem was opgebouwd voordat de toepassing van de regeling werd uitgesproken.

ad c

Een structurele wanbetaler kan ook besluiten het niet zo ver als een rechterlijk vonnis tot toepassing van de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen te laten komen, en zelf een (derhalve: minnelijke) schuldsanerings- of afbetalingsregeling met zijn schuldeisers overeen te komen. Dergelijk initiatief valt te prijzen, en ook wanbetalers die zo'n regeling met hun zorgverzekeraar en eventuele andere schuldeisers afspreken, dient het perspectief op het einde van het bestuursrechtelijke regiem te worden geboden. Wel dient daarbij dan enige zekerheid te bestaan dat de met de zorgverzekeraar afgesproken afbetalingsregeling van de opgebouwde schulden wordt nagekomen, en bovendien dat de verzekeringnemer zijn aldan weer opkomende zorgverzekeringspremies aan de zorgverzekeraar voldoet. Anders zou een kwaadwillende

verzekeringnemer zich eenvoudig aan het bestuursrechtelijke premieregime kunnen onttrekken door een afbetalingsafpraak met de verzekeraar te maken, en zich daar vervolgens onmiddellijk niet aan te houden of al de eerste opkomende premie weer niet aan zijn verzekeraar te betalen. Met het oog hierop is bepaald dat alleen een minnelijke schuldregeling die door tussenkomst van een (professionele) schuldhulpverlener als bedoeld in artikel 48 van de Wet op het consumentenkrediet tot stand is gekomen, aanleiding kan zijn voor het einde van het bestuursrechtelijke systeem. De schuldhulpverlener zal er doorgaans voor zorgen, dat de opkomende premies worden voldaan, en de afspraken over de afbetaling van de schulden worden nagekomen. Aan de minnelijke schuldregeling dient uiteraard in ieder geval de zorgverzekeraar deel te nemen.

vierde lid

Op grond van artikel 18d, derde lid kan een structurele wanbetaler niet alleen uit het bestuursrechtelijke premieregime komen als hij al zijn uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden jegens zijn zorgverzekeraar heeft voldaan, dan wel deze schulden tenietgegaan zijn (derde lid, onderdeel a), maar ook als er alleen nog maar een vooruitzicht op (gedeeltelijke) afbetaling is (derde lid, onderdelen b en c). Weliswaar bevatten laatstgenoemde onderdelen voorwaarden die erop gericht zijn dat er ook daadwerkelijk volgens de afspraken (derhalve mogelijk slechts gedeeltelijk) afbetaald wordt (en dat bovendien de nieuw opkomende premies aan de zorgverzekeraar worden voldaan), maar een garantie daarop geven die voorwaarden niet. Dat blijkt ook wel uit het feit dat de rechter een opgelegde schuldsaneringsregeling soms moet beëindigen om reden van (drievoudige) onvoldoende medewerking van de schuldenaar¹ (zie art. 350, eerste lid en derde lid, onderdelen c tot en met g, van de Faillissementswet; FW) en uit het feit dat de uitvoering van een minnelijke schuldsaneringsregeling regelmatig om deze reden moet worden stopgezet. Het is uiteraard de bedoeling dat zo'n schuldenaar zo snel mogelijk weer in het bestuursrechtelijke premieregime terechtkomt. Het vierde lid van artikel 18d bewerkstelligt dit. Aangezien in het geval, bedoeld in het vierde lid, onderdeel a, sprake is van een beëindigingsvonnis van de rechtbank, waartegen de schuldenaar zonedig in hoger beroep kan komen (art. 351 Fw), is het niet nodig ook nog bij het CVZ (bestuursrechtelijke) rechtsbescherming te regelen tegen het feit dat betrokkene opnieuw in het bestuursrechtelijke premieregime terechtkomt (zie dan ook artikel III). Ook tegen het wederom van toepassing worden van het bestuursrechtelijke premieregime op basis van een mededeling van een zorgverzekeraar, dat de schuldenaar zich aan de afspraken van een minnelijke regeling heeft onttrokken, is geen rechtsbescherming bij het CVZ mogelijk (zie artikel III). De bescherming van de verzekeringnemer tegen een onterechte wederaanmelding van de zorgverzekeraar (dat wil zeggen: de verzekeringnemer stelt zich jegens zijn zorgverzekeraar op het standpunt dat hij wel degelijk aan de overeengekomen betalingsafspraken heeft voldaan en nog steeds voldoet), wordt hier gevonden in het feit dat de schuldhulpverlener deze melding mede moet ondertekenen.

Ten slotte

Na afmelding zal de naam van de verzekeringnemer worden verwijderd uit het zorgverzekeraarsregister van personen met betalingsachterstand. Immers, betrokkene heeft al zijn schulden aan zijn zorgverzekeraar voldaan.

¹ Voorbeelden: de schuldenaar zegt zijn baan op, zodat de bron van waaruit de bewindvoerder de schulden kan voldoen, opdroogt, of de schuldenaar blijft dure dingen kopen, waardoor hij steeds nieuwe schulden maakt.

eerste lid

Het eerste lid van artikel 18b bepaalt dat het CVZ de bestuursrechtelijke premie heft en int. Dit geschiedt bij de verzekeringnemer. Het CVZ brengt hiertoe een beschikking aan de verzekeringnemer uit, waarin staat dat bestuursrechtelijke premie wordt geheven, hoe hoog deze is en, indien de verzekeringnemer meerdere verzekerden heeft verzekerd, voor welke verzekeringen de bestuursrechtelijke premie wordt geheven. Tegen het feit *dat* voor een zorgverzekering vanaf een bepaalde datum de bestuursrechtelijke premie wordt opgelegd – wat in wezen wil zeggen: dat er sprake is van structurele wanbetaling – kan jegens het CVZ geen bezwaar of beroep worden ingesteld (zie artikel III). Een verzekeringnemer die van mening is dat zijn zorgverzekering(en) ten onrechte bij het CVZ is (zijn) gemeld, had daarover immers bij zijn verzekeraar en vervolgens bij de SKGZ of de burgerlijke rechter in het geweer kunnen komen (zie de toelichting op de artt. 18b en 18c). Tegen de hoogte van de bestuursrechtelijke premie kan ook niet worden opgekomen, nu deze bij de wet gefixeerd is op 130% van de standaardpremie Wzt per aangemelde zorgverzekering, en het CVZ derhalve in dezen geen beleidsvrijheid heeft.

tweede lid

Het CVZ wordt in het eerste lid niet alleen belast met de heffing van de bestuursrechtelijke premie, maar ook met de inning daarvan. Doorgaans bestaat de inning uit het verrichten van feitelijke handelingen, die erop gericht zijn de geheven premie ook daadwerkelijk binnen te krijgen. De meest gebruikelijke inningswijze is verzending van een acceptgiro of automatische incasso nadat de schuldenaar daartoe een machtiging heeft afgegeven. Op grond van het tweede lid krijgt het CVZ echter daarnaast de bevoegdheid de bestuursrechtelijke premie (mede) door inhoudingsplichtigen te laten innen, door deze de opdracht te geven de premie of een deel van het CVZ aan te geven daarvan op het loon in de zin van de Wet op de loonbelasting 1964 te laten inhouden en aan zich te laten afdragen. Dit wordt in het kader van voorliggend wetsvoorstel ook wel «bron-inhouding» genoemd. Het zal hierbij vooral gaan om inhouding op het loon (inhouding en afdracht door werkgevers), op uitkeringen ingevolge de sociale zekerheid (inhouding en afdracht door uitkeringsinstanties) of op aanvullend pensioenen (inhouding en afdracht door pensioenfondsen).

Voorkomen moet worden dat verzekeringnemers met een periodiek inkomen tot net boven het voor hun gezin geldende sociale minimum, ten gevolge van de bronheffing beneden dat minimum geraken. In de ministeriële regeling, bedoeld in het voorgestelde artikel 18f, vierde lid, Zvw, zal worden geregeld dat het CVZ in dergelijke gevallen – voor zover zij voor het CVZ traceerbaar zijn – slechts maximaal 100% van de standaardpremie laat inhouden en dat het CVZ ook de zorgtoeslag niet naar zich zal laten overmaken (zie voor het overmaken van de zorgtoeslag de toelichting op het vijfde lid). Het sociaal minimum wordt immers zo vastgesteld, dat iedereen uit zijn loon of uitkering, in combinatie met de zorgtoeslag, ten minste de standaardpremie moet kunnen betalen. Het verschil tussen de bestuursrechtelijke premie en het ingehouden bedrag zal het CVZ (doorgaans 30% van de standaardpremie) dan op andere manier proberen te innen, bijvoorbeeld door deze bedragen over een aantal maanden te laten cumuleren, en daarvoor vervolgens een acceptgiro te sturen, met de mogelijkheid van dwangbevel en beslag na aanmaning.

derde lid

Doorgaans worden op loon in de zin van de Wet op de loonbelasting 1964 loonbelasting, premies sociale verzekeringen en de inkomensafhankelijke bijdrage Zvw ingehouden en aan de Belastingdienst afgedragen. Vervolgens worden veelal ook andere uit een (collectieve) arbeidsovereenkomst voortvloeiende premies afgedragen, zoals voor aanvullende pensioenen en bovenwettelijke uitkeringen. De bestuursrechtelijke premie zal op het loon, de uitkering of het aanvullende pensioen moeten worden ingehouden nadat daarvan de bedragen zijn ingehouden die een werkgever op grond van een wettelijk voorschrift of een (collectieve) arbeidsovereenkomst dient in te houden. Zou ervoor zijn gekozen de bestuursrechtelijke premie na de loonbelasting, de premies sociale verzekeringen en de inkomensafhankelijke bijdrage, maar voor de premies aanvullende pensioenen en aanvullende verzekeringen te laten innen (waar op zich wel wat voor zou zijn te zeggen, nu de bestuursrechtelijke premie een premie voor een sociale verzekering is), dan zou dat betekenen dat werkgevers hun loonadministraties moeten aanpassen. Gezien het naar verwachting relatief kleine aantal structurele wanbetalers per werkgever, zou dat voor werkgevers tot een disproportionele belasting leiden.

De bestuursrechtelijke premie zal derhalve moeten worden ingehouden op wat in het spraakgebruik het netto-loon, de netto-uitkering of het netto-pensioen wordt genoemd. De bestuursrechtelijke premie zal wel als *eerste* op dit netto-inkomen worden ingehouden. Het socialeverzekeringskarakter van de zorgverzekering rechtvaardigt dit. De inhouding geschiedt dus vóór vorderingen die derden op het netto-loon kunnen hebben. Daarbij kan gedacht worden aan een maandelijks afdracht aan een personeelsvereniging of de bedrijfs-fitnessclub (tenzij dit in de arbeidsovereenkomst is opgenomen), maar óók aan bedragen die ingevolge een beslag van derden (waaronder de Belastingdienst, bijvoorbeeld wegens een niet voldane aanslag inkomstenbelasting) aan die derden moeten worden gestort. Artikel 475a, tweede lid, van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering (Rv) leidt ertoe dat beoogde bronheffing voorgaat op dergelijke beslagen.

vierde lid

Dit lid bevat de sanctie op broninhouders die niet aan de broninhouding meewerken: zij dienen nog steeds het door het CVZ aan te geven bedrag aan dat college af te dragen, en moeten dat dan uit eigen middelen financieren.

vijfde lid

Naast het verzenden van acceptgiro's en het laten inhouden van de bestuursrechtelijke premie op loon, uitkering of aanvullend pensioen, krijgt het CVZ ook de mogelijkheid om de BD/T op te dragen een (voorschot op een) zorgtoeslag aan dat college over te maken. Dat verrekent het CVZ dan met de bestuursrechtelijke premie die de structurele wanbetaler jegens hem verschuldigd is. Op zich is zorgtoeslag te beschouwen als bron bij uitstek voor de betaling van een premie voor een zorgverzekering (zie ook de definitie van zorgtoeslag in artikel 1, onderdeel d, Wzt: een zorgtoeslag is een tegemoetkoming in de premie voor een zorgverzekering). Het zou derhalve conceptueel logisch zijn, dat het CVZ de zorgtoeslag *altijd* naar zich over zou laten maken. Daarmee zou bovendien het in de beeldvorming hinderlijke idee dat wanbetalers zorgtoeslag blijven ontvangen, tot het verleden gaan behoren. Desondanks wordt in dit wetsvoorstel niet geregeld dat de bestuursrechtelijke premie eerst uit

de zorgtoeslag en pas voor zover dat niet kan, via broninhouding of via betaling op een acceptgiro wordt voldaan. Daar zijn twee redenen voor. De eerste reden is, dat de bestuursrechtelijke premie doorgaans hoger is dan de zorgtoeslag. Naast de overmaking van de zorgtoeslag door de BD/T zou derhalve vaak nog een andere actie van het CVZ nodig zijn: een werkgever, uitkeringsinstantie of pensioenfonds zou verzocht moeten worden het restant over te maken, dan wel er zou voor het restant een acceptgiro aan de wanbetaler moeten worden gezonden, met een aanmaning, dwangbevel en beslag indien – wat gezien de groep waar het hier om gaat te verwachten is – deze die acceptgiro vervolgens niet betaalt (meer over een dergelijk beslag in de toelichting op het derde lid). De tweede reden is, dat het voor werkgevers, uitkeringsinstanties en pensioenfondsen eenvoudiger is om een vast bedrag – te weten 130% van de standaardpremie of, in bijzondere gevallen (zie de toelichting op het tweede lid) 100% daarvan – op het loon of de uitkering (of de andere periodiek uit te keren bedragen) in te houden, dan een bedrag dat per structurele wanbetaler verschilt. Omdat de zorgtoeslag afhankelijk is van het huishoudeninkomen, zou van dat laatste sprake zijn indien de bronhouders gevraagd zou moeten worden het verschil tussen de verschuldigde bestuursrechtelijke premie en de zorgtoeslag in te houden en af te dragen.

Al met al zal het meestal het best zijn de bestuursrechtelijke premie zoveel mogelijk via broninhouding te laten inhouden, en slechts indien er geen bron is dan wel de bron onvoldoende is om er de bestuursrechtelijke premie op in te houden, de BD/T de zorgtoeslag over te laten maken.

Doet het CVZ inderdaad een verzoek om de toeslag aan hem over te maken, dan geldt het volgende. De over te maken toeslag betreft in principe het totale bedrag dat aan de verzekerde of zijn partner aan zorgtoeslag is toegekend, dat wil zeggen, in geval van een partnerhuishouden, de zorgtoeslag voor het gehele huishouden. Dit geldt zelfs in het – overigens waarschijnlijk vooral theoretische geval – waarin binnen een toeslaggerechtigd huishouden de ene verzekeringnemer zijn nominale premie wel heeft betaald (en dus niet in het bestuursrechtelijke regiem is terechtgekomen), en zijn partner niet. De zorgtoeslag voor twee partners binnen een huishouden is immers een ondeelbare aanspraak (zie artikel 2, eerste lid, Wzt), die wordt toegekend aan de partner die deze heeft aangevraagd (zie artikel 14 van de Algemene wet inkomensafhankelijke regelingen). Overigens zal de automatisering van de BD/T het ook niet mogelijk maken slechts een de helft of een door het CVZ aan te geven ander gedeelte van de uit te betalen zorgtoeslag van een geheel huishouden over te maken.

Een uitzondering op het geheel overmaken van de huishoudenstoeslag geldt slechts dan, indien op de toegekende zorgtoeslag door de BD/T een bedrag wordt ingehouden wegens eerder door BD/T gedane onverschuldigde betalingen. In dat geval wordt op verzoek van het CVZ de huishoudenstoeslag overgemaakt die de BD/T aan de verzekeringnemer of partner zou hebben uitbetaald indien het CVZ niet om overmaking op zijn rekening zou hebben verzocht. Dat wil zeggen: het over te maken bedrag is het bedrag van de toegekende zorgtoeslag minus het wegens een eerdere onverschuldigde betaling (van zorgtoeslag of van andere door BD/T uit te keren toeslagen) door BD/T daarop ingehouden bedrag.

Het CVZ zal dat deel van de ontvangen zorgtoeslag afhouden, dat nodig is om de bestuursrechtelijke premie te voldoen en zal een restant alsnog aan de verzekeringnemer overmaken. Dit laatste zal bij ministeriële regeling worden geregeld.

Het is derhalve het CVZ dat voor iedere wanbetaler beslist of tot broninhouding wordt overgegaan dan wel de zorgtoeslag moet worden overgemaakt dan wel beide instrumenten moeten worden ingezet en in welke volgorde. Hier is één uitzondering op: indien het CVZ broninhouder heeft opgedragen slechts 100% van de standaardpremie in te houden en af te dragen, omdat het inkomen van de wanbetaler anders onder het sociaal minimum zou komen, zal het CVZ tevens af moeten zien van een opdracht aan BD/T om de zorgtoeslag over te maken. Het sociaal minimum wordt namelijk, zoals ook hiervoor al is aangegeven, zodanig vastgesteld, dat dat minimum tezamen met de zorgtoeslag voldoende is om de standaardpremie te betalen. Zou het CVZ in het hier bedoelde geval de zorgtoeslag naar zich over laten maken, dan zou (het gezin van) de wanbetaler alsnog beneden het sociaal minimum belanden.

Besluit het CVZ te innen door middel van een opdracht tot broninhouding en/of tot het naar zich laten overmaken van de zorgtoeslag, dan is dat een op rechtsgevolg gericht besluit en daarmee een beschikking van het CVZ, waartegen de verzekeringnemer in bezwaar (bij het CVZ) en beroep kan komen. De broninhouder en BD/T hebben geen beslissingbevoegdheid en zijn in dezen dan ook slechts te zien als uitvoerders van de beschikking van het CVZ, inhoudende dat zij een bepaalde som op het loon of de uitkering moeten inhouden en afdragen of dat zij de zorgtoeslag moeten overmaken.

zesde lid

Een andere mogelijkheid voor het CVZ om de bestuursrechtelijke premie geïnd te krijgen, betreft het leggen van beslag op de saldi van bankrekeningen, op het loon of een uitkering, of op goederen van de structurele wanbetaler, waarna de schuld uit het saldo dan wel uit de executoriale verkoop van die goederen wordt voldaan. Het CVZ kan dit instrument zowel toepassen gedurende de periode waarin iemand in het bestuursrechtelijke premieregime zit, als nadat iemand, met achterlating van een restschuld ten aanzien van de bestuursrechtelijke premie, ten gevolge van afbetaling van zijn schulden aan zijn zorgverzekeraar in het privaatrechtelijke premieregime is teruggekeerd.

Anders dan niet-bestuursorganen (zoals de zorgverzekeraars voor zover zij zorgverzekeringen aanbieden en uitvoeren), hebben bestuursorganen, indien dit althans bij de wet geregeld is, geen vonnis van de kantonrechter nodig, willen zij tot een dergelijk beslag kunnen overgaan. Met het oog daarop is in het derde lid van artikel 18b Zvw geregeld, dat het CVZ de bestuursrechtelijke premie bij dwangbevel kan invorderen. Dat dwangbevel levert, zo zal de Awb na inwerkingtreding van het wetsvoorstel Vierde tranche van de Algemene wet bestuursrecht (Kamerstukken I 2006/07, 29 702, A) bepalen, een executoriale titel op als bedoeld in het tweede boek van het Rv. De voorwaarden waaronder het dwangbevel wordt uitgebracht, zullen met bovengenoemde vierde tranche ook in de Awb te vinden zijn.

Kort gezegd, komen deze voorwaarden op het volgende neer. Nadat een bestuursorgaan een beschikking tot betaling heeft uitgebracht waarin staat dat een geldsom aan dat orgaan moet worden betaald en in dat verband een acceptgiro heeft verzonden, heeft de schuldenaar zes weken om die geldsom te voldoen. Is binnen die termijn niet betaald, dan dient het bestuursorgaan de schuldenaar een aanmaning te sturen, waarin staat dat deze twee weken, gerekend vanaf de datum waarop de aanmaning is toegezonden, heeft om alsnog te betalen en waarin bovendien staat dat bij niet betalen betaling kan worden afgedwongen door op kosten van de schuldenaar uit te voeren invorderingsmaatregelen. Is na deze twee

weken nog niet betaald, dan zal, indien dat bij wet is geregeld, een dwangbevel kunnen worden uitgebracht. Dat dwangbevel levert vervolgens een executoriale titel op, die met toepassing van de voorschriften van het Rv ten uitvoer kan worden gelegd.

Gezien deze voorwaarden, is te verwachten, dat het CVZ slechts van de mogelijkheid van beslaglegging gebruik maakt, voor zover de bestuursrechtelijke premie niet via broninhouding of uit de zorgtoeslag kan worden voldaan. Evenzo is te verwachten dat het CVZ eerder een opdracht tot broninhouding op het loon zal geven, dan tot loonbeslag zal overgaan. Het CVZ bepaalt echter zelf welke inningsinstrumenten het voor de bestuursrechtelijke premie gebruikt en in welke volgorde. De enige uitzondering daarop vormen de nog in de ministeriële regeling op te nemen bepalingen ter zake van de broninhouding op inkomens rond het sociale minimum en het niet laten overmaken van de zorgtoeslag van de desbetreffende wanbetalers (zie boven).

Ten slotte wordt hier nog opgemerkt dat het CVZ de via broninhouding te innen premie met een dwangbevel bij de broninhouder zal kunnen invorderen, indien deze het door het CVZ aan te geven bedrag niet of niet geheel op de bron heeft ingehouden en afgedragen.

zevende lid

Komt de bestuursrechtelijke premie met behulp van broninhouding niet (geheel) binnen, dan heeft het CVZ een (restant)vordering. Het zesde lid zorgt ervoor dat deze vordering het CVZ een voorrecht geeft op alle goederen van de structurele wanbetaler, welk voorrecht onmiddellijk na het voorrecht, bedoeld in artikel 21 van de Invorderingswet, uitgeoefend kan worden. Dit betekent dat een aantal in het BW genoemde voorrechten, alsmede de vorderingen ter zake van de belastingen (art. 21 Invorderingswet 1990), de premies sociale verzekeringen (art. 60 Wet financiering sociale verzekeringen juncto art. 21 Invorderingswet 1990) en de inkomensafhankelijke bijdrage (art. 52 Zvw juncto art. 21 Invorderingswet 1990) voorgaan op het voorrecht dat het CVZ ter zake van de bestuursrechtelijke premie heeft, maar vorderingen van private partijen – enkele gevallen van voorrechten op bepaalde goederen daargelaten – niet. Legt het CVZ dus bijvoorbeeld beslag op een auto van een structurele wanbetaler en blijken ook de Belastingdienst en een postorderbedrijf beslag te hebben gelegd, dan wordt, na verkoop van de auto, eerst de vordering van de Belastingdienst uit de opbrengst voldaan, vervolgens de vordering van het CVZ en dan pas de vordering van het postorderbedrijf. Ook hier volgt de hoge rang van het voorrecht van het CVZ (onmiddellijk na dat van de Belastingdienst voor de inning van belastingen, premies (overige) sociale verzekeringen en de inkomensafhankelijke bijdrage) uit het feit dat de zorgverzekering een sociale verzekering is die behoort tot de Nederlandse sociale zekerheid.

Artikel 18e, zevende lid, leidt er overigens ook toe, dat het verzoek van het CVZ aan de BD/T om de zorgtoeslag over te maken (art. 18d, vierde lid), voorgaat op een door de zorgverzekeraar op de zorgtoeslag gelegd beslag. Beslagen van de zorgverzekeraar die reeds op de zorgtoeslag liggen op het moment dat het CVZ zijn verzoek aan de BD/T doet, kunnen vanaf dat moment derhalve niet worden geëffectueerd. De in dit onderdeel geregelde volgorde ligt in de rede, nu ook de bestuursrechtelijke premie een door een bestuursorgaan geheven premie voor een sociale verzekering is.

Ten slotte wordt opgemerkt dat de Commissie Insolventierecht (Commissie Kortmann) heeft geadviseerd het insolventierecht te herzien

en in dat verband ook het stelsel van voorrechten te wijzigen. In het kader van een nieuwe Insolventiewet zal zonnodig ook het hier gecreëerde voorrecht voor het CVZ kunnen worden heroverwogen.

artikel 18f Zvw

eerste en tweede lid

Op grond van artikel 24 van de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) is gebruik van een persoonsidentificerend nummer, zoals het burgerservicenummer of het sociaal-fiscaalnummer, slechts toegestaan indien dat bij de wet (of bij de amvb, bedoeld in het tweede lid artikel 24, Wbp) is bepaald. Het eerste lid regelt dat het CVZ eerdergenoemde nummers bij de uitvoering van zijn taken inzake de bestuursrechtelijke premie gebruikt. De redactie van deze bepaling is afgestemd op artikel 86, derde lid, Zvw.

Ook de zorgverzekeraars en de personen en instanties, bedoeld in het tweede en vijfde lid van artikel 18e, dienen deze nummers te gebruiken bij de uitvoering van hun taken. Artikel 18f, tweede lid, regelt dat zij de persoonsgegevens die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van afdeling 3.3.2, op basis van het voor de betreffende verzekeringnemer of verzekerde geldende nummer met elkaar uitwisselen.

derde lid

Indien een zorgverzekeraar het CVZ meldt dat de verzekeringnemer de jegens die zorgverzekeraar opgebouwde schuld heeft voldaan (of de zorgverzekeraar deze kwijtscheldt), is de verzekeringnemer geen bestuursrechtelijke premie meer verschuldigd. Het is mogelijk dat bij het einde van het bestuursrechtelijke premierégiem een restschuld bij het CVZ (bestuursrechtelijke premie, rente daarop, door of namens CVZ gemaakte incassokosten) resteert. Ingevolge de Awb zoals deze na inwerkingtreding van het wetsvoorstel vierde tranche Awb zal komen te luiden, verjaart een dergelijke schuld – als het CVZ geen handelingen verricht die de verjaring stuiten – na vijf jaar. Gedurende deze periode dient het CVZ in principe pogingen te ondernemen deze restschuld te innen. Het voornemen is overigens, in de ministeriële regeling, bedoeld in het vierde lid (zie hierna) te bepalen dat een restschuld niet met behulp van nog enige tijd voortgaande broninhouding of overmaking van de zorgtoeslag zal kunnen worden geïnd. De reden daarvoor is dat een verzekeringnemer die weer in het privaatrechtelijke premierégiem is terechtgekomen, zijn inkomen en zorgtoeslag nodig zal hebben om de nominale premie aan zijn zorgverzekeraar te voldoen. Voorkomen moet worden dat iemand ten gevolge van voorrang van delging van een restschuld bij het CVZ zijn nominale premie weer niet kan voldoen en derhalve na korte tijd wederom in het bestuursrechtelijke régiem terechtkomt. Het CVZ zal de restschuld derhalve kunnen proberen te innen door een acceptgiro te zenden dan wel – nadat de acceptgiro niet is betaald, onverrichter zake is aangemaand en een dwangbevel is uitgebracht – door beslag te leggen op goederen van de verzekeringnemer. Op grond van het voorgestelde artikel 18f, derde lid, krijgt het CVZ echter ook de mogelijkheid de schuld kwijt te schelden. Het CVZ zal hiertoe beleidsregels dienen te ontwikkelen. Het artikellid is zo opgesteld dat kwijtschelding niet alleen mogelijk is indien de betrokken verzekeringnemer weer in het normale, privaatrechtelijke premierégiem terechtkomt, maar ook indien er na het einde van het bestuursrechtelijke régiem, bijvoorbeeld wegens emigratie of overlijden, in het geheel geen zorgverzekering meer zal zijn.

vierde lid

Bij ministeriële regeling worden nadere regels gesteld over de wijze waarop het CVZ de bestuursrechtelijke premie int. Daarbij gaat het naast het onderwerp, genoemd in de toelichting op artikel 18e, tweede en vijfde lid, bijvoorbeeld om de wijze waarop het CVZ eventueel teveel ontvangen zorgtoeslag aan de rechthebbenden uitbetaalt en om de wijze waarop een restschuld wordt geïnd. Voortgaan met broninhouding of het naar zich laten overmaken van de zorgtoeslag liggen namelijk niet voor de hand indien een verzekeringnemer zijn inkomensbron en zorgtoeslag nodig heeft om aan zijn hernieuwde premieplicht jegens zijn zorgverzekeraar te voldoen.

Onderdelen H en I

Zoals uitgebreid aan de orde is gekomen tijdens de parlementaire behandeling van het wetsvoorstel tot Wijziging van de Zorgverzekeringswet en andere wetten met het oog op het verzwaren van het premie-incasso-regime en andere maatregelen om de werking van het met die wet en de Wet op de zorgtoeslag in het leven geroepen stelsel te optimaliseren (verzwaren incassoregime premie en nadere maatregelen zorgverzekering; Kamerstukken 2006/07, 30 918) werd het ook toen al wenselijk geacht dat zorgverzekeraars de (dekking van) zorgverzekeringen van wanbetalers niet beëindigden of beperkten. In dat verband is toen onder meer met de zorgverzekeraars afgesproken, dat zij in ruil voor het onverminderd verzekerd houden van wanbetalers, ten laste van het Zorgverzekeringsfonds een compensatiebijdrage zouden ontvangen vanaf het moment waarop de premieschuld zes maanden bedroeg. Voorwaarde daarvoor was wel, dat de verzekeraars voldoende incasso-inspanningen verrichtten (dat wil zeggen, zich aan het door ZN opgestelde «Protocol incassotraject wanbetalers Zorgverzekeringswet» houden of gelijkwaardige incasso-inspanningen verrichtten) en dat zij, nadat de schuld van zes maanden eenmaal was ontstaan, betrokkenen gedurende ten minste de rest van het kalenderjaar (onverminderd) verzekerd hielden. Een en ander was in de paragraaf respectievelijk het hoofdstuk over de vereveningsbijdragen in het Besluit zorgverzekering respectievelijk de Regeling zorgverzekering geregeld.

Nu voorliggend wetsvoorstel de structurele maatregelen om wanbetaling aan te pakken bevat, ligt het in de rede de hier bedoelde bijdrage voor het onverminderd verzekerd houden van structurele wanbetalers een basis in de wet zelf te geven. Daartoe wordt voorgesteld in paragraaf 4.2 Zvw een artikel 34a toe te voegen (onderdeel I). Aangezien de bijdrage geen vereveningsbijdrage is, wordt in onderdeel H tevens voorgesteld het opschrift van paragraaf 4.2 («De vereveningsbijdrage») te wijzigen («De vereveningsbijdrage en de bijdrage voor het verzekerd houden van wanbetalers»)

Artikel 34a Zvw

eerste lid

Artikel 34a, eerste lid, Zvw stipuleert dat zorgverzekeraars voor zorgverzekeringen ten aanzien waarvan bestuursrechtelijke premie verschuldigd is, jegens het CVZ recht hebben op een bijdrage zolang zij de dekking van die verzekeringen niet hebben beperkt. Dat wil zeggen: zolang zij de desbetreffende zorgverzekeringen of de dekking daarvan niet hebben ontbonden, opgezegd, geschorst, opgeschort of anderszins beperkt. De bijdrage voor het jaar t wordt na het jaar t, op basis van het aantal zorg-

verzekeringen waar de hier bedoelde premie-achterstand zich daadwerkelijk heeft voorgedaan, verstrekt.

tweede lid

Dit lid bevat de voorwaarden waaraan de zorgverzekeraar voorts moet voldoen, wil hij voor de bijdrage in aanmerking komen:

- a. hij moet tijdig het aanbod, bedoeld in artikel 18a, hebben gedaan, hij moet de mededeling, bedoeld in 18b hebben verzonden, en hij moet zich hebben gehouden aan de voorwaarde dat een zorgverzekering niet bij het CVZ mag worden aangemeld zolang de verzekeringnemer (of, indien dit een ander is, ook de verzekerde) nog tegen de voorgenomen melding bij het CVZ op kan komen dan wel tijdig tegen die melding opgekomen is en daar nog niet onherroepelijk op is beslist. Overigens zal de verzekeraar zich daarnaast moeten hebben gehouden aan artikel 18c, eerste lid, Zvw maar dat volgt al uit het eerste lid van artikel 34a: zonder de melding aan het CVZ, bedoeld in artikel 18c, eerste lid, kan een zorgverzekering immers niet onder het bestuursrechtelijke regiem vallen;
- b. de zorgverzekeraar moet daarnaast ook voldoende andere op incasso gerichte inspanningen hebben verricht, dat wil zeggen, zich hebben gehouden aan het nieuwe wanbetalersprotocol, dan wel gelijkwaardige inspanningen hebben verricht;
- c. de zorgverzekeraar moet een verzekeringnemer die zijn schulden jegens hem heeft afbetaald tijdig bij het CVZ afmelden en pogingen van de verzekeringnemer of derden – bijvoorbeeld een schuld-hulpverlener – om dergelijke schulden jegens hem af te betalen, ondersteunen.

Het is de NZa, die zal moeten bepalen of de zorgverzekeraar voldoende aan bovenstaande voorwaarden heeft voldaan (met uitzondering van de vraag of de melding, bedoeld in artikel 18b gedaan is: bij het ontbreken van de verklaring, bedoeld in artikel 18c, zal het CVZ immers in het geheel niet overgaan tot heffing van de bestuursrechtelijke premie omdat er geen geldige aanmelding voor de bestuursrechtelijke premie is gedaan, in welk geval er voor de desbetreffende verzekering, ingevolge het eerste lid, ook geen recht op een bijdrage bestaat). Is dat naar haar mening niet het geval, dan zal zij dat aan het CVZ kunnen melden, dat een zorgverzekeraar in een bepaald jaar niet aan de voorwaarden, bedoeld in het tweede lid, heeft voldaan, waarna het CVZ zal besluiten de bijdrage niet te verstrekken.

derde en vierde lid

De hoogte van de bijdrage en de periode waarover deze zal worden verstrekt, zal in de Regeling zorgverzekering worden bepaald. Wat betreft dat laatste: in principe bestaat recht op de bijdrage zolang op een zorgverzekering het bestuursrechtelijke regiem van toepassing is. Indien echter het bestuursrechtelijke regiem later ingaat dan het moment waarop de premieschuld zes maandpremies is gaan bedragen en dit niet aan de zorgverzekeraar ligt, zal wat betreft de bijdrage voorzien worden in terugwerkende kracht tot de maand waarin de premieschuld zes maandpremies bereikte. Dit zal bijvoorbeeld het geval kunnen zijn als de verzekeringnemer naar aanleiding van een melding als bedoeld in artikel 18b, zijn geschil aan de burgerlijke rechter heeft voorgelegd en onherroepelijk in het ongelijk wordt gesteld.

Ook de wijze waarop de bijdrage wordt verstrekt, zal in de Regeling zorgverzekering worden neergelegd. Het is goed mogelijk dat er bij de vaststelling van de bijdrage of bij de betaling daarvan samenloop ontstaat met

de vaststelling en uitbetaling van de vereveningsbijdrage. Omdat dat efficiënt kan zijn, bepaalt het vierde lid dat het CVZ bevoegd is tot verrekening met terug te vorderen vereveningsbijdragen.

Onderdeel J

Deze wijziging zorgt ervoor dat het CVZ de ontvangen bestuursrechtelijke premies aan het Zorgverzekeringsfonds toevoegt (eerste onderdeel). Aan de andere kant zullen ook de aan de verzekeraars te betalen bijdragen uit dat fonds worden gefinancierd (tweede onderdeel). Dat laatste is nu ook al het geval, maar op dit moment wordt het verstrekken van de bijdrage beschouwd als onderdeel van de vaststelling van de risicovereveningsbijdrage, waarvoor op grond van de verwijzing, in artikel 39, derde lid, onderdeel a, Zvw naar artikel 34 Zvw een basis bestaat. Doordat het verstrekken van de bijdrage na inwerkingtreding van voorliggend wetsvoorstel geen onderdeel meer uitmaakt van de risicoverevening, was verwijzing in laatstgenoemd onderdeel, naar het nieuwe artikel 34a Zvw nodig.

Onderdeel K en artikel IV

Net zoals dat geldt voor andere zaken waarin het CVZ op grond van de Zvw beschikkingen jegens burgers neemt, wordt met voorliggende wijzigingen bereikt dat tegen de beschikkingen inzake de heffing en de inning van de bestuursrechtelijke premie en beschikkingen over het kwijtschelden van restschulden daarvan nadat een verzekeringnemer weer in het privaatrechtelijke premierégiem terecht is gekomen, geen beroep openstaat bij de Afdeling bestuursrechtspraak bij de Raad van State, maar bij de rechtbank. Hoger beroep kan worden ingesteld bij de Centrale Raad van Beroep. Beroep bij de rechtbank en hoger beroep bij de Centrale Raad van Beroep zijn echter slechts mogelijk voor zover dat op grond van de artikelen III en IV niet is uitgesloten.

Artikel II

Onderdeel A

De zorgtoeslag is gelijk aan het verschil tussen de standaardpremie en de normpremie, bedoeld in de Wzt. De standaardpremie is gelijk aan de geraamde gemiddelde premie voor een zorgverzekering, vermeerderd met het geraamde gemiddelde bedrag dat een verzekerde die geen recht heeft op een compensatie als bedoeld in artikel 118a Zvw, als verplicht eigen risico betaalt. Zoals eerder uiteengezet, bedraagt de bestuursrechtelijke premie 130% van het bedrag van de standaardpremie. Onderdeel A voorziet in enkele technische wijzigingen van artikel 1 Wzt, die ertoe strekken helder te regelen dat bij de berekening van de standaardpremie slechts naar de geraamde gemiddelde *aan de zorgverzekeraar verschuldigde* (privaatrechtelijke) premie wordt gekeken. Er wordt dus geen rekening gehouden met de (30% hogere) bestuursrechtelijke premie. Zou dat wel worden gedaan, dan zouden structurele wanbetalers die recht hebben op een zorgtoeslag, de in de bestuursrechtelijke premie besloten liggende verhoging gedeeltelijk via de zorgtoeslag gecompenseerd krijgen. Dat is uiteraard niet de bedoeling. Bovendien zouden ook andere verzekerden door het meenemen van de bestuursrechtelijke premie in het bedrag van de standaardpremie een hogere zorgtoeslag krijgen. Daar is geen aanleiding voor.

Onderdeel B

Dit onderdeel verplicht de BD/T in opdracht van het CVZ, een (voorschot

op) de zorgtoeslag aan het CVZ over te maken. Uiteraard zullen dan wel eerst de regels, bedoeld in artikel 18b, tweede lid, onderdeel b, Zvw getroffen moeten zijn. De BD/T handelt wat dit betreft in opdracht van het CVZ, dat wil zeggen heeft geen beleidsvrijheid. Het in opdracht van het CVZ overmaken van de zorgtoeslag impliceert dan ook geen beschikking van de BD/T.

Onderdeel C

Deze wijziging is nodig nu het artikel over het verplicht eigen risico in de Zvw, artikel 18a, vernummerd wordt tot artikel 19.

Artikel III

Op grond van artikel 8:1 Awb staat tegen besluiten beroep open bij de rechtbank. Zonder nadere regelgeving geldt dit ook voor beschikkingen van het CVZ, inhoudende dat iemand een bestuursrechtelijke premie verschuldigd is of juist niet meer verschuldigd is, en met ingang van welke datum dat het geval is. Zoals in de toelichting op artikel I, onderdeel F uitvoerig is betoogd, heeft het CVZ wat betreft de verschuldigdheid van de bestuursrechtelijke premie geen beleidsvrijheid: het moet die premie gaan heffen vanaf de eerste dag van de maand volgende op de maand waarin hij de melding, bedoeld in artikel 18c, krijgt. Hetzelfde geldt voor het einde van het bestuursrechtelijke regiem: het CVZ moet met premieheffing stoppen als hij een afmelding krijgt. Omdat tegen onjuistheid van deze meldingen voldoende rechtsbeschermingsmogelijkheden tegen de zorgverzekeraar zijn geregeld en omdat bovendien het CVZ niet in staat is telkens na te gaan of een gemelde verzekeringnemer werkelijk structurele wanbetaler is, respectievelijk of aan artikel 18d, derde lid, onderdelen a, b of c, Zvw is voldaan, wordt in artikel III een beroep op de administratieve rechter tegen CVZ-beschikkingen, inhoudende dat iemand (met ingang van een bepaalde datum) bestuursrechtelijke premie is verschuldigd of juist niet meer is verschuldigd, uitgesloten. Hoewel het, nu de hoogte van de bestuursrechtelijke premie een gefixeerd bedrag is (130% van de standaardpremie) niet strikt noodzakelijk is dit te bepalen, is voor de overzichtelijkheid ook geregeld dat geen beroep open staat tegen de hoogte van de opgelegde bestuursrechtelijke premie.

De uitsluiting van het beroep geschiedt door bovenbedoelde beschikkingen te plaatsen op de bijlage bij de Awb, bedoeld in artikel 8:5 van die wet. Dit laat onverlet de mogelijkheid van een verzekeringnemer of een verzekerde het CVZ bij de civiele rechter te dagen (artikel 6 van het Europees Verdrag van de Rechten van de Mens). Zoals in de toelichting op artikel I, onderdeel F, is gesteld, kan het CVZ dit zoveel mogelijk voorkomen door kennelijke misslagen in meldingen van de verzekeraar, bovengekomen na marginale toetsing, bij die verzekeraar te melden, opdat deze zijn melding kan intrekken of wijzigen.

Aangezien artikel 7:1 van de Awb regelt dat tegen beschikkingen waar tegen beroep op de administratieve rechter open staat eerst bezwaar moet worden gemaakt, wordt hiermee tegelijkertijd de bezwaarprocedure voor deze beschikkingen buiten werking gesteld.

Ten slotte nog het volgende. Indien het CVZ in één beschikking opneemt dat iemand (a) met ingang van een bepaalde datum bestuursrechtelijke premie verschuldigd is omdat hij door zijn zorgverzekeraar bij het CVZ als structurele wanbetaler is gemeld, (b) dat die premie 130% van de standaardpremie bedraagt, en (c) op welke wijze deze geïnd zal worden (zie art. 18e, tweede lid), is wel bezwaar en beroep mogelijk tegen het

door het CVZ voorgenomen inhoudingsbesluit (c), niet tegen de heffingsbesluiten (a) en (b).

Artikel V

Privaatrechtelijke en publiekrechtelijke schuldeisers kunnen onder meer beslag leggen op periodieke inkomsten van de schuldenaar, zoals loon, uitkeringen, pensioenen en alimentatie. Gebeurt dat, dan geldt ingevolge het Rv dat de schuldeiser een bedrag vrij van beslag moet laten, de zogenoemde «beslagvrije voet». Met dit bedrag kan de schuldenaar in zijn noodzakelijke levensbehoeften voorzien. De beslagvrije voet is gelijk aan 90% van de bijstandsnorm die voor de schuldenaar zou hebben gegolden indien deze voor zijn levensonderhoud volledig op bijstand zou zijn aangewezen, met dien verstande dat deze norm nog kan worden verhoogd met enkele posten. Eén van die posten zijn de premies voor een door de schuldenaren gesloten zorgverzekering en een aanvullende ziektekostenverzekering (art. 475a, vijfde lid, onderdeel a, Rv). Aangezien er bij het vaststellen van de bijstandsnorm al rekening mee wordt gehouden dat de bijstandsgerechtigde uit zijn bijstand, in combinatie met de zorgtoeslag, zijn premie aan zijn zorgverzekeraar moet kunnen betalen, is in laatstgenoemd artikelonderdeel vervolgens weer geregeld dat van de bijtelling voor het kunnen betalen van de premies voor een ziektekostenverzekering (waaronder de zorgverzekering valt) het in de bijstandsnorm voor die premiebetaling besloten bedrag alsmede door de schuldenaar ontvangen zorgtoeslag, worden afgetrokken. Samengevat is de bijtelling beperkt tot de premie voor een aanvullende ziektekostenverzekering plus het verschil tussen de werkelijk verschuldigde premie voor een zorgverzekering enerzijds (dit is voor structurele wanbetalers derhalve de bestuursrechtelijke premie) en het in de bijstandsnorm besloten bedrag alsmede, indien de verzekerde deze ontvangt, de zorgtoeslag anderzijds.

Toch laat zelfs deze beperkte bijtelling de schuldenaar teveel vrij besteedbaar geld, indien de bestuursrechtelijke premie voor een zorgverzekering reeds door middel van bronheffing is ingehouden. In dat geval is er bij het – later komend – beslag immers geen reden om nog een bedrag vrij te houden voor het kunnen betalen van die premie. Daarom wordt voorgesteld artikel 475d, vijfde lid, onderdeel a, Rv zodanig te herformuleren, dat de bijtelpost ten aanzien van (een deel van) de premie voor een zorgverzekering niet geldt, indien deze premie al op grond van afdeling 3.3.2 van de Zvw is ingehouden.

Artikelen VI en VII

De wijzigingen in de Wet uitkeringen burger-oorlogsslachtoffers 1940–1945 en in de Wet uitkeringen vervolgingsslachtoffers 1940–1945 zijn van louter technische aard. Zij zijn noodzakelijk ten gevolge van het invoegen van een onderdeel d aan artikel 1, eerste lid, Wzt (zie artikel II, onderdeel A).

Artikel VIII

Verwezen wordt naar de toelichting op artikel I, onderdelen E, G, M en N.

Artikel IX

Dit artikel bevat het overgangsrecht. Zoals in het algemene deel van deze toelichting is aangegeven, waren er op 31 december 2007 rond de 240 000 zorgverzekeringen ten aanzien waarvan de premie niet was voldaan. Derhalve zullen er bij de inwerkingtreding van deze wet zeer veel verzekeringnemers zijn, die gedurende (zeer) lange tijd hun premie niet

hebben betaald en derhalve bij hun zorgverzekeraar ruimschoots een premie-achterstand ter hoogte van zes maandpremies hebben opgebouwd. Het is van belang hun zorgverzekeringen zo snel mogelijk aan te melden voor het bestuursrechtelijke regiem. Aan de andere kant dienen ook zij de gelegenheid te krijgen een betalingsregeling te treffen en, voor zover verzekerden door een wanbetalende verzekeringnemer zijn verzekerd, zichzelf te verzekeren, terwijl daarnaast de mogelijkheid moet worden gegeven het bestaan van de schuld bij de zorgverzekeraar aan te vechten. Voorliggend artikel voorziet hierin.

eerste lid

Op grond van dit lid biedt de zorgverzekeraar wanbetalers die volgens de administratie van de zorgverzekeraar bij inwerkingtreding van deze wet al een premie-achterstand van twee of meer maandpremies zullen hebben, uiterlijk tien werkdagen na inwerkingtreding van voorliggend wetsvoorstel een betalingsregeling als bedoeld in artikel 18a aan. De formulering «uiterlijk tien dagen na inwerkingtreding van deze wet» geeft de zorgverzekeraar de mogelijkheid, om het aanbod zelfs voor de datum van inwerkingtreding van deze wet te doen.

tweede en derde lid

Is sprake van een verzekeringnemer die anderen heeft verzekerd en ook voor hen de premie niet heeft voldaan, dan geldt krachtens artikel 18a, derde lid, Zvw in de structurele situatie, dat hij die verzekeringnemer in de gelegenheid stelt de desbetreffende zorgverzekeringen op te zeggen, onder de voorwaarde dat deze verzekerden zichzelf verzekeren en, indien dit bij dezelfde zorgverzekeraar gebeurt, een machtiging tot automatische incasso afgeven dan wel een opdracht aan een werkgever, pensioenfonds of uitkeringsinstantie, om de verschuldigde premie maandelijks aan de zorgverzekeraar over te maken. Zelfs als de verzekeringnemer hen hiervan niet op de hoogte stelt, komen de verzekerden hiervan op de hoogte doordat de zorgverzekeraar hen een kopie van het aanbod zendt (art. 18a, vijfde lid, Zvw). Verzekerden die dachten dat hun verzekeringnemer netjes de premie voor hun zorgverzekering betaalde, kunnen dan alsnog besluiten zichzelf te verzekeren. Deze mogelijkheid vloeit reeds uit de Zvw voort en geldt zelfs indien de verzekeringnemer geen gebruik maakt van het aanbod van zijn zorgverzekeraar om de zorgverzekering die hij voor dezelfde verzekerden heeft, op te zeggen. (Maakt de verzekerde gebruik van het aanbod en de verzekeringnemer niet, dan zal de verzekerde tweemaal verzekerd zijn, waarbij hij zelf – als verzekeringnemer op zijn eigen, nieuwe polis – de premie voor de door hem gesloten verzekering verschuldigd is, terwijl de oude verzekeringnemer de premie voor de niet opgezegde zorgverzekering verschuldigd blijft. Indien die laatste premie niet betaald wordt, heeft de verzekerde daar geen last van.)

In het overgangsrecht is voor een enigszins afwijkende constructie gekozen. In plaats van de verzekeringnemer, krijgen zijn verzekerden direct van de zorgverzekeraar het aanbod om zelf een zorgverzekering te sluiten (tweede lid, onderdeel b). Verwerpen zij dit niet voor de eerste van de maand, volgende op de maand waarin het aanbod is gedaan, dan geldt het als geaccepteerd (derde lid). In dezen is voor dezelfde constructie gekozen als bij de invoering van de Zvw: toen gold dat iedereen die bij een voormalig ziekenfonds of een voormalige particuliere ziektekostenverzekeraar verzekerd was, een aanbod van hun rechtsopvolger (zorgverzekeraar in de zin van de Zvw) ontving en volgens dat aanbod verzekerd raakte, indien het niet voor een bepaalde termijn verworpen was (zie art. 2.5.1 Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet). Blijft tijdige verwerping achterwege en raakt de verzekerde derhalve met

ingang van de eerste dag van de tweede maand volgende op de maand waarin hem het aanbod is gedaan zelf op een nieuwe zorgverzekering als verzekeringnemer verzekerd, dan zal de zorgverzekeraar met ingang van dezelfde dag de door de oorspronkelijke verzekeringnemer voor die verzekerde gesloten verzekering beëindigen (tweede lid, onderdeel c). Aangezien de verzekerde zelf, als verzekeringnemer, een nieuwe zorgverzekering krijgt, is er geen sprake van schuldovername. De nieuwe verzekeringnemer kan «met een schone lei» beginnen. Betaalt ook hij de premie niet, dan krijgt hij na twee maanden het aanbod, bedoeld in artikel 18a, Zvw en na vier maanden de mededeling, bedoeld in artikel 18b, Zvw waarna bij voortgezette wanbetaling (tenzij hij de juistheid van de mededeling van zijn zorgverzekeraar tijdig heeft betwist) na zes maanden de melding aan het CVZ, bedoeld in artikel 18c, eerste lid, Zvw in zal gaan en het bestuursrechtelijke regiem op hem van toepassing zal worden. De schuld die de oude verzekeringnemer ten aanzien van de eerdere verzekering van de verzekerde heeft opgebouwd, blijft bij die verzekeringnemer. Hij zal meegenomen worden in de afbetalingsregeling die deze verzekeringnemer ingevolge het eerste lid juncto artikel 18b, tweede lid, onderdeel b, Zvw met de zorgverzekeraar zal kunnen sluiten.

Willen verzekerden die niet op het aanbod van hun verzekeraar reageren slechts op basis van de wet (derde lid) toch verzekeringnemer bij een eigen, nieuwe verzekering kunnen worden, dan zal eerst het derde lid in werking moeten zijn getreden. Gezien de termijn die een verzekerde heeft om het aanbod van zijn verzekeraar te aanvaarden, betekent dat, dat de verzekeraar het aanbod op zijn vroegst in de tweede maand voorafgaande aan de maand van inwerkingtreding van deze wet kan doen. Dit in tegenstelling tot het aanbod tot het treffen van een betalingsregeling aan verzekeringnemers die alleen zichzelf verzekerd hebben, dat al eerder kan worden gedaan.

vierde lid

Reageert de verzekeringnemer niet binnen vier weken op het aanbod tot het treffen van een betalingsregeling als bedoeld in het eerste lid juncto artikel 18a, tweede lid, Zvw dan zal zijn zorgverzekeraar hem, indien de schuld volgens zijn administratie vier of meer maandpremies beslaat, direct de melding, bedoeld in artikel 18b Zvw doen. Hetzelfde geldt als het aanbod wel is aanvaard en een machtiging tot automatische incasso is gegeven voor een rekening waar zo weinig geld op staat, dat de nieuwe opkomende premietermijn er niet van kan worden afgeschreven.

Artikel X

Zelfs als artikel IX juncto het in artikel 18a Zvw bedoelde aanbod ertoe leidt dat een fors aantal zorgverzekeringen buiten het bestuursrechtelijke regiem blijft, zal er naar verwachting nog een aanzienlijk aantal zorgverzekeringen overblijven dat in het eerste halfjaar na inwerkingtreding van voorliggend wetsvoorstel wél voor het bestuursrechtelijke regiem zal worden aangemeld. Deze toevloed van aanmeldingen, zal, zo leert de ervaring, naar verwachting ook leiden tot een – zij het kleinere – toevloed van bezwaarschriften. Te verwachten is dat een aanzienlijk deel van deze bezwaarschriften gericht zal zijn tegen de heffing van de bestuursrechtelijke premie an sich of de hoogte daarvan. Dergelijke bezwaarschriften zal het CVZ simpelweg niet-ontvankelijk kunnen verklaren (zie art. III en de toelichting daarop). Echter, er zullen ook bezwaarschriften zijn tegen de wijze van inning en – later in het jaar en in het jaar daarop – inzake kwijtschelding van restschulden. In de structurele situatie, als de aanmeldingen van de overgangsgevallen volledig verwerkt zijn, moet het CVZ in staat worden geacht dergelijke bezwaren binnen de in artikel 7:10,

eerste lid, Awb genoemde termijn van zes weken (eventueel met verdaging van enkele weken), af te doen. Het CVZ zal echter wegens capaciteitsgebrek naar verwachting niet in staat zijn de in het kader van het overgangsrecht te verwachten bezwaarschriften binnen zes weken af te doen. Dit knelt te meer vanaf het moment waarop de Wet dwangsom bij niet tijdig beslissen (Kamerstukken I 2005/2006, 29 934, A) in werking treedt, aangezien dat zou betekenen dat het CVZ voor iedere dag waarop het zijn beslissing op bezwaar te laat heeft gegeven (doch voor ten hoogste 42 dagen) een dwangsom aan de structurele wanbetaler zou verbeuren. Met het oog hierop wordt de termijn voor het geven van een beslissing op bezwaar voor bezwaarschriften, bij het CVZ ingediend binnen twee jaar na de datum van inwerkingtreding van deze wet, in artikel X op twaalf weken gesteld. Voor bezwaarschriften die daarna bij het CVZ binnenkomen – wanneer de structurele situatie zal zijn ingetreden en de overgangsgevallen zullen zijn verwerkt – zullen de alsdan in artikel 7:10 Awb geregelde termijnen gelden. Omdat artikel X dan niet meer nodig is, regelt het tweede lid van dat artikel dat het met ingang van het derde jaar na inwerkingtreding van deze wet vervalst.

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