

Eindrapportage

Evaluatie van de wanbetalersregeling

“Kort op de bal”

Opdrachtgever: Ministerie van VWS

Onderzoekers: Piet de Bekker, Arjo Boendermaker, Fred Landwaart, Ed Maagdelyjn, Kim van Wilgenburg

Datum: 28 juli 2011

Inhoudsopgave

Managementsamenvatting.....	5
1 Inleiding.....	9
1.1 Aanleiding tot dit onderzoek.....	9
1.2 Centrale vraag	9
1.3 Opzet van het onderzoek	10
1.4 Leeswijzer.....	10
2 Beschrijving van de wanbetalersregeling.....	11
2.1 Inleiding.....	11
2.2 Aanleiding en totstandkoming van de wet.....	11
2.3 Doelen	13
2.4 Ontwikkelingen sinds de invoering.....	15
3 Keten en knooppunten	19
3.1 Inleiding.....	19
3.2 Organisatie van de keten.....	19
3.3 Primaire gegevensstroom	19
3.4 Secundaire informatiestroom	23
3.5 Overleg en coördinatie in de keten	25
3.6 Informatie over de gehele keten.....	26
3.7 Conclusies.....	26
4 Preventieve werking	29
4.1 Inleiding.....	29
4.2 De zorgverzekeraar	29
4.3 De gemeente en de schuldhulpverlening.....	36
4.4 De organisatie van de preventieve taken en de impact op de doelgroep.....	37
4.5 Conclusies.....	41

5 Bestuursrechtelijk regime	43
5.1 Inleiding	43
5.2 Wanbetalers en de systematiek van de wanbetalersregeling.....	43
5.3 Uitvoering bronheffing door College voor zorgverzekeringen (CVZ)	46
5.4 Uitvoering incasso door Centraal Justitieel Incassobureau (CJIB)	51
5.5 Terugkeer vanuit de bronheffing naar het normale betalingsregime	53
5.6 Conclusies.....	55
6 Conclusies en aanbevelingen.....	57
6.1 Inleiding.....	57
6.2 Algemene conclusie.....	57
6.3 Conclusies en aanbevelingen over preventieve werking	58
6.4 Conclusies en aanbevelingen over het bestuursrechtelijke premiereregime.....	60
6.5 Conclusies en aanbevelingen over terugkeer naar het normale premiereregime	63
Bijlage 1: Internationale ervaringen	65
Bijlage 2: Proces tot en met aanmelding bij het CVZ als wanbetaler	69
Bijlage 3: Proces richting afmelding bij het CVZ als wanbetaler	71
Bijlage 4: Lijst met gesprekspartners.....	73
Bijlage 5: Literatuurlijst.....	75
Bijlage 6: Protocol incassotraject wanbetalers Zorgverzekeringswet (oktober 2006)	77
Bijlage 7: Protocol incassotraject wanbetalers Zorgverzekeringswet (meest recent)	91
Bijlage 8: Grote convenant.....	97

Managementsamenvatting

Per 1 september 2009 is de Wet Structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering (wanbetalersregeling) in werking getreden. Het Ministerie van VWS heeft verzocht een evaluatieonderzoek uit te voeren waarin drie hoofdvragen centraal staan:

- Wat is de effectiviteit van de wanbetalerswet en de uitvoeringspraktijk in het voorkomen van wanbetaling (preventie) en het verbeteren van betaalgedrag van burgers?
- Hoe kan de effectiviteit van de wanbetalerswet en de uitvoeringspraktijk vergroot worden?
- Welke (aanvullende) middelen kunnen bijdragen aan het verder verbeteren van de werking van de wanbetalersregeling?

Bij het onderzoeken van de effectiviteit hebben wij onderscheid gemaakt in onderstaande doelen van de wanbetalerswet:

1. Voorkomen dat mensen wanbetaler worden (preventie).

Na twee maanden betalingsachterstand stuurt de zorgverzekeraar een brief waarin hij de verzekerde een betalingsregeling aanbiedt, wijst op de mogelijkheid van hulpverlening bij betalingsproblemen en aanbiedt dat eventueel door hem verzekerde personen een eigen polis nemen. Een vierdemaandsbrief waarschuwt voor het bestuursrechtelijke premieregime van het CVZ en geeft opnieuw suggesties voor hulp of een betalingsregeling.

2. Zorgen dat wanbetalers toch premie betalen (bestuursrechtelijke premie met bronheffing).

De verzekeraar meldt de wanbetaler aan voor het bestuursrechtelijke regime zodra de schuld een bedrag betreft ter grootte van zes maanden nominale premie. De bestuursrechtelijke premie is hoger dan de reguliere premie voor het basispakket en wordt door CVZ rechtstreeks ingehouden op loon, pensioen of uitkering van de wanbetaler. Als bronheffing niet (geheel) mogelijk is, wordt de premie met behulp van het Centraal Justitieel Incasso Bureau (CJIB) geïncasseerd. De verzekeraar ontvangt ter compensatie van het verzekerd houden van de wanbetaler een vergoeding (standaardpremie conform vergoedingsregeling).

3. Bewerkstelligen dat wanbetalers terugkeren naar een normaal patroon van premiebetaling.

De zorgverzekeraar meldt de wanbetaler af bij het CVZ (of meldt niet aan) wanneer hij of zij de schuld bij de zorgverzekeraar heeft voldaan, een stabilisatieovereenkomst sluit of een schuldregeling treft. De bestuursrechtelijke premieheffing vervalt en de betrokkene hervat de reguliere nominale premiebetaling.

De maatregelen in de wanbetalersregeling zijn primair in het leven geroepen voor nieuwe gevallen van wanbetaling, voor het stuwmeer – verzekerden die al geruime tijd als wanbetaler te boek stonden en een bestaande premieschuld hadden – waren overgangsbepalingen van toepassing. De wanbetalersregeling lijkt na de opstartfase en verwerking van het stuwmeer beter te gaan functioneren. Bij het stuwmeer was een succesvolle instroom in het bestuursrechtelijk regime van groter belang dan de preventiedoelstelling.

Met betrekking tot het doel *preventieve werking* van de wanbetalersregeling concluderen wij dat dit – zeker bij nieuwe premie-achterstanden – duidelijk kan worden aangetoond.

Bij de verwerking van het stuwmeer ontving ruim tweederde van de groep die een tweedemaandsbrief ontving ook een vierdemaandsbrief. Van die groep schoof ruim 90% door naar het bestuursrechtelijk premiereregime. In de structurele situatie (na afronding van de verwerking van het stuwmeer) gaan veel ontvangers van een tweedemaandsbrief (ruim driekwart) alsnog over tot betaling van de reguliere premie.

Veel verzekeringnemers komen dus in actie na een tweedemaandsbrief en (in mindere mate) een vierdemaandsbrief. Voor een effectievere werking zijn er echter randvoorwaarden waarmee in de huidige regeling onvoldoende rekening is gehouden. Ten eerste zijn wanbetalers veelal mensen met een laag inkomen waarbij het van belang is om snel te reageren zodra een betalingsachterstand ontstaat, anders wordt de schuldsituatie in korte tijd problematisch. Wij adviseren daarom de periode vanaf de eerste factuur tot aanmelding bij het CVZ te verkorten van zes maanden naar vier maanden, in combinatie met het aanscherpen van afspraken rond preventief beleid door zorgverzekeraars. Het advies wordt daarmee: een eenvoudig traject met korte termijnen, snel hulp bieden, en als dat geen gehoor vindt snel door naar het bestuursrechtelijk premiereregime. Ten tweede heeft brieven sturen maar een beperkte werking voor een deel van de wanbetalers. De doelgroep krijgt vaak zoveel post van schuldeisers dat zij 'door de bomen het bos niet zien'. Profileren en directe communicatie (de wanbetaler zelf opbellen, inzetten van een incassobureau of deurwaarder) heeft een veel groter effect.

Wij constateren dat een aantal verzekeraars hier proactief beleid op voert en handelt naar de geest van de wanbetalersregeling, waar anderen zich strikter aan de letter van de wanbetalersregeling houden. Eén van de aanbevelingen is het incassoprotocol aan te scherpen en beter toe te zien op naleving van het protocol. Bijvoorbeeld door de business case van verzekeraars voor de inzet van preventieve middelen positief te maken. Dit kan door het compensatiebedrag voor nieuwe wanbetalers die worden aangemeld bij het CVZ met een nog nader te bepalen percentage te verlagen. Dit percentage is aanvullend beschikbaar als vergoeding aan de zorgverzekeraar mits men aanwijsbare preventieve activiteiten heeft ondernomen. Het verzamelen van best practices van succesvolle preventieve activiteiten kunnen hiertoe worden verspreid. De publiekrechtelijke compensatieregeling voor de zorgverzekeraars wordt daarmee als instrument ingezet ter verbetering van de preventieve activiteiten in het voorafgaande privaatrechtelijk uitvoeringstraject.

In samenhang met de verkorting van het voortraject zal dit voorstel moeten worden uitgewerkt op financiële consequenties en gevolgen voor de uitvoering. Verkorten van het voortraject heeft immers tot gevolg dat het debiteurenrisico voor zorgverzekeraars kleiner wordt. Het is te overwegen om het niveau van compensatie daarmee in overeenstemming te brengen.

Er blijkt een groep verzekerden te zijn die de verantwoordelijkheid van zelfstandig premie betalen onvoldoende aan kan. Voor die groep zijn initiatieven ontstaan van onder andere gemeenten die voor uitkeringsgerechtigden en andere minima collectieve verzekeringen aanbieden waarbij de premie via automatische machtiging op de uitkering wordt ingehouden. Deze directe inhouding door gemeenten van de zorgverzekeringspremie voorkomt een toename van het aantal wanbetalers binnen deze groep.

Met betrekking tot het *bestuursrechtelijke premiereregime* blijkt de succesratio te variëren, zowel per bron als in de tijd. Er zit een duidelijke vertraging in het binnenkomen van betalingen. Daarnaast kunnen we constateren dat bronheffing bij de Sociale Verzekeringsbank zeer succesvol is en dat de bronheffing bij werkgevers en de broninhouding via het UWV een redelijke betalingsdiscipline kennen.

De incasso via het CJIB loopt in vergelijking hiermee sterk achter. Er zijn daarnaast andere bronnen beschikbaar, zoals bijvoorbeeld de zorgtoeslag. Om het mogelijk te maken dat de zorgtoeslag wordt omgeleid naar het CVZ moet het nieuwe toeslagensysteem (NTS) van de Belastingdienst zijn geïmplementeerd. De verwachting is dat dit eind 2011 live zal gaan waarna de systemen van het CVZ nog moeten worden aangesloten op het NTS. Om deze reden is tot op heden geen gebruik gemaakt van deze mogelijkheid. Daarbij komt dat het bij (resterende) wisselende bedragen administratief lastiger is om een broninhouding bij werkgevers te realiseren.

In de praktijk blijkt het correspondentieadres bij de zorgverzekeraar betrouwbaarder dan het GBA-adres. Verzekeraars hebben met de Basisadministratie Persoonsgegevens en Reisdocumenten (BPR) afspraken gemaakt over een terugmeldplicht richting GBA. Gebruik van het correspondentieadres is echter niet goed afgestemd tussen verschillende organisaties in de keten. Wij adviseren dat verzekeraars bij aanmelding van een wanbetaler bij het CVZ het adres vermelden dat volgens het incassobureau of deurwaarder het geverifieerde woonadres is. Er is een groep “onvindbare wanbetalers” in het systeem terechtgekomen van wie de premieschuld oploopt zonder dat zij een betalingsverzoek krijgen. Deze mensen moeten uit het CVZ-systeem en terug naar verzekeraars. Formeel voldoen zij niet aan de eisen van de privaatrechtelijke zorgverzekeringsovereenkomst hetgeen grond kan zijn voor de eenzijdige beëindiging daarvan door de zorgverzekeraar.

Zoals in iedere informatieketen komen fouten voor in de informatieketen zorgverzekeraar-CVZ(-CJIB). Het herstel van deze fouten is echter onvoldoende ingeregeld. Wij adviseren dit aan te pakken door bijvoorbeeld mutaties met terugwerkende kracht mogelijk te maken en zoveel mogelijk correctiegegevens te gebruiken of door te sturen. Tenslotte vindt coördinatie binnen de keten over de uitvoering van de bestuursrechtelijke premie-inning op dit moment beperkt plaats. Wel vindt er structureel overleg plaats tussen CVZ, ZN en de NVVK. Geen van de partijen is momenteel verantwoordelijk voor het geheel van de privaatrechtelijke en publiekrechtelijke uitvoeringsketen. Informatie over de prestaties van de totale keten is versnipperd aanwezig. Wij bevelen daarom aan om ten behoeve van een betere uitvoering van de wanbetalersregeling een regierol in de informatieketen te organiseren en in kaart te brengen welke informatie van ketenpartners nodig is om de prestaties van de keten te verbeteren.

De belangrijkste conclusie met betrekking tot de *terugkeer naar het normale premieregime* is dat er een duidelijk onderscheid is tussen nieuwe wanbetalers en wanbetalers uit het stuwmeer (‘oude gevallen, de harde kern van de wanbetalers’). De ‘afschrikwekkende werking’ van het bestuursrechtelijk premieregime waaronder de (extra) financiële prikkel van 30% opslag, lijkt voor nieuwe gevallen ook als zodanig te werken. Over de totale populatie bezien is de terugkeer naar het normale premieregime echter zorgwekkend laag. Wij bevelen aan om de focus meer dan voorheen te richten op de groep die te helpen is en geholpen wil worden. Verzekeraars, schuldhulpverleners, maar ook gemeenten en de wanbetalers zelf hebben daarbij een rol en verantwoordelijkheid. Ook raden wij aan de harde kern actief te benaderen en een “way out” te bieden aan die mensen die zich onderwerpen aan schuldsanering, waarna zij met een schone lei kunnen beginnen. Mocht terugkeer in het reguliere traject van premiebetaling niet succesvol verlopen dan kan de minister van VWS de situatie in Zwitserland bestuderen. Daar kan de zorgverzekeraar in geval van wanbetaling uiteindelijk overgaan tot het opschorten van de betaling voor genoten zorg.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding tot dit onderzoek

Sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) in 2006 zijn alle ingezetenen verplicht een zorgverzekering af te sluiten. Zorgverzekeringen zijn privaatrechtelijke verzekeringsovereenkomsten, dus verzekeraars kunnen polissen beëindigen bij wanbetaling. Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft echter in de loop van 2006 met zorgverzekeraars afgesproken dat zij polissen bij wanbetaling in principe niet zullen beëindigen en dat verzekeraars voor de premie die zij daardoor mislopen door de overheid worden gecompenseerd. Daarnaast is aan verzekerden met een betalingsachterstand het recht ontzegd hun lopende verzekering te beëindigen.

Als sluitstuk van deze afspraak is per 1 september 2009 de Wet Structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering¹ in werking getreden, waarmee in de Zorgverzekeringswet de mogelijkheid gecreëerd is om aan wanbetalers een preferente bestuursrechtelijke premie op te leggen zodra een betalingsachterstand is ontstaan ter hoogte van zes maanden nominale premie. Deze bestuursrechtelijke premie is hoger dan de (niet betaalde) nominale premie en wordt (waar mogelijk) rechtstreeks ingehouden op loon, pensioen of uitkering van de wanbetaler².

1.2 Centrale vraag

Het Ministerie van VWS wil de wanbetalersregeling evalueren en zoekt naar maatregelen om het betaalgedrag van burgers te verhogen en de preventieve werking van de wanbetalerswet verder te verbeteren. Het ministerie heeft daarom verzocht een evaluatieonderzoek uit te voeren. ZorgVuldig Advies en Berenschot hebben het onderzoek uitgevoerd. We hebben de volgende drie hoofdvragen onderzocht:

- Wat is de effectiviteit van de wanbetalerswet en de uitvoeringspraktijk in het voorkomen van wanbetaling (preventie) en het verbeteren van betaalgedrag van burgers?
- Hoe kan de effectiviteit van de wanbetalerswet en de uitvoeringspraktijk vergroot worden?
- Welke (aanvullende) middelen dragen bij aan verdere verbetering van de wanbetalersregeling?

Bij het onderzoeken van de effectiviteit maken wij onderscheid in onderstaande doelen van de wanbetalerswet:

¹ Wet van 18 juli 2009, *Stb.* 2009, 356, tot wijziging van de Zorgverzekeringswet, de Wet op de zorgtoeslag en enige andere wetten, houdende maatregelen om ook wanbetalers voor hun zorgverzekering te laten betalen (*Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering*). Overal waar in dit rapport het wettelijk stelsel van de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering wordt bedoeld, gebruiken wij de term *wanbetalersregeling*.

² Naast de nominale premie is er sprake van een inkomensafhankelijke premie die rechtstreeks wordt ingehouden op loon, pensioen of uitkering. De wanbetalersregeling ziet alleen op langdurige achterstanden met betrekking tot de *nominale* premie.

1. Voorkomen dat mensen wanbetaler worden (preventie);
2. Zorgen dat wanbetalers toch premie betalen (bestuursrechtelijke premie met bronheffing);
3. Bewerkstelligen dat wanbetalers terugkeren naar een normaal patroon van premiebetaling.

In de volgende hoofdstukken besteden wij onder meer aandacht aan:

- het effect van de preventieve maatregelen van zorgverzekeraars;
- schuldhulpverlening als preventief instrument;
- resultaten van het incassoprotocol van zorgverzekeraars;
- prikkelende werking van de hogere bestuursrechtelijke premie;
- bronheffing als instrument om de bestuursrechtelijke premie te innen;
- resultaten incasso-activiteiten van het CJIB;
- de mate waarin wanbetalers tot reguliere premiebetaling terugkeren.

1.3 Opzet van het onderzoek

Tijdens dit onderzoek hebben we gebruik gemaakt van twee methoden: een retrospectieve actielijn en een ontwikkelingsgerichte actielijn.

In de klassieke en evaluerende actielijn is voornamelijk gewerkt met deskstudie en interviews. Uit literatuur, beleidsdocumenten en artikelen hebben we een juridisch kader en een beleidskader gedestilleerd, alsmede eerste resultaten met betrekking tot effectiviteit van de wanbetalersregeling. Aan de hand van een interviewleidraad hebben we de (uitvoerings)praktijk getoetst aan beide kaders en hebben we in samenspraak met betrokkenen de resultaten, conclusies en aanbevelingen gedestilleerd.

Naast deze klassieke en evaluerende actielijn hebben we gekozen voor een ontwikkelingsgerichte actielijn. Een bijeenkomst met deurwaarders en incassobureaus heeft nieuwe inzichten en inspiratie opgeleverd. Tevens hebben we internationale ervaringen onderzocht rond het thema wanbetalers in de zorgverzekering. Een compacte internationale notitie is als bijlage 1 bijgevoegd.

Er is een begeleidingscommissie geïnstalleerd met daarin vertegenwoordigers van het CVZ, ZN, het Ministerie van SZW, onder voorzitterschap van het Ministerie van VWS. De begeleidingscommissie heeft een adviserende en toetsende rol gehad en is gedurende de looptijd van het onderzoek drie maal bijeen gekomen.

Op 27 juni 2011 heeft extra toetsing van de bevindingen plaatsgevonden in de zogeheten monitorgroep wanbetalerswet waarin het CVZ, ZN, afzonderlijke zorgverzekeraars en de NVVK deelnemen.

1.4 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 geeft allereerst een beschrijving van de wanbetalersregeling inclusief ontwikkelingen sinds de invoering. Vervolgens gaat hoofdstuk 3 in op het ketenproces in de uitvoeringspraktijk van de wanbetalersregeling. Daarbij beschrijven we onder meer de primaire en secundaire informatiestromen. In de hoofdstukken 4 en 5 gaan we achtereenvolgens in op het bereiken van de doelen van de wanbetalersregeling. Hoofdstuk 4 biedt inzicht in de preventieve maatregelen van zorgverzekeraars, gemeenten en schuldhulpverlening, hoofdstuk 5 beschrijft de resultaten van de bestuursrechtelijke premie-inning door of namens het CVZ en toont de mate waarin wanbetalers terugkeren naar een normaal patroon van premiebetaling. Tot slot beschrijft hoofdstuk 6 nogmaals de belangrijkste bevindingen en geeft aanbevelingen om de effectiviteit van de wanbetalersregeling te vergroten.

2 Beschrijving van de wanbetalersregeling

2.1 Inleiding

Dit hoofdstuk bevat een compacte uiteenzetting van basisinformatie rond de wanbetalersregeling en beoogt de lezer te informeren over basale elementen die in dit evaluatieonderzoek een rol spelen. Na de aanleiding en totstandkoming van de wet beschrijven we de drie belangrijkste doelen en de ontwikkelingen sinds de invoering van de wanbetalersregeling.

2.2 Aanleiding en totstandkoming van de wet

Sinds 1 januari 2006 is elke inwoner van Nederland en iedereen die niet in Nederland woont, maar hier wel werkt en loonbelasting betaalt, op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw) verplicht om een zorgverzekering af te sluiten³. De betaling van de zorgverzekering gebeurt via een inkomensafhankelijke premie die wordt ingehouden op loon, uitkering of pensioen en een nominale premie die verzekerden van 18 jaar en ouder rechtstreeks betalen aan hun zorgverzekeraar. Deze verplichtingen hebben tot doel een solidair stelsel in stand te houden waarin iedereen is verzekerd van zorg en aan de kosten daarvan een financiële bijdrage levert. De wettelijke zorgverzekering is juridisch vormgegeven als een privaatrechtelijke verzekeringsovereenkomst met sterke publiekrechtelijke randvoorwaarden die de solidariteit van het zorgstelsel moeten garanderen. Sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 blijkt een tweetal groepen ingezetenen de gewenste solidariteit aan te tasten: onverzekerden en wanbetalers.

In dit onderzoek gaat het om de groep mensen die wel verzekerd is maar niet aan zijn betalingsverplichting voldoet. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen langdurige premie-achterstand en kortdurende premie-achterstand. Vanaf het moment dat de verzekeraar een tweede aanmaning stuurt, spreekt men van een kortdurende premie-achterstand (en dus nog niet van wanbetaling).

³ Degene die ingevolge de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en de daarop gebaseerde regelgeving van rechtswege verzekerd is, is verplicht zich krachtens een zorgverzekering te verzekeren. Het gaat daarbij om iedereen die in Nederland ingezetene is, maar ook niet-ingezetenen die loonbelasting in Nederland betalen (bijvoorbeeld grensarbeiders) moeten zich verplicht verzekeren. Verder moeten kinderen tot 18 jaar en meerderjarigen die onder curatele, bewind of mentorschap zijn gesteld verplicht verzekerd worden. Hun wettelijke vertegenwoordigers hebben de plicht om dat voor hen te doen.

Op de verzekeringsplicht bestaan uitzonderingen, de belangrijkste zijn:

- Militairen in actieve dienst;
- Gemoedsbezwaarden (princiële bezwaren tegen een zorgverzekering);
- Gedetineerden (minister van Justitie is verantwoordelijk voor hun zorg – deze personen houden hun verzekeringsplicht, maar de dekking is opgeschort gedurende de periode van detentie);
- Personen die in Nederland wonen en in het buitenland werken.

Men spreekt van een langdurige premie-achterstand als een verzekeringnemer een achterstand heeft ter hoogte van zes maanden nominale premie-achterstand of meer. Deze langdurige premie-achterstand wordt wanbetaling genoemd⁴.

Per 31 december 2010 waren er in totaal 282.000 mensen die zes maanden of langer hun verschuldigde zorgverzekeringspremie niet hebben voldaan⁵. Dit betreft ongeveer 2% van het totale verzekerdenbestand.

Box: Wanbetaling ten tijde van de Ziekenfondswet

Het is geen nieuw verschijnsel dat verzekeringnemers nalatig zijn met het betalen van de verschuldigde premie. Tot en met 2005 was in Nederland de Ziekenfondswet van kracht. Op grond van deze wet waren Nederlanders met een inkomen tot een bepaalde grens van rechtswege verzekerd tegen ziektekosten. Personen met een inkomen boven deze grens konden zich particulier verzekeren. De premie voor het ziekenfonds kende een nominaal deel (in 2005: circa €30 per maand) en een inkomensafhankelijk deel.

De Ziekenfondswet was een publiekrechtelijke verzekering, waardoor het niet mogelijk was om verzekerden te royeren vanwege een betalingsachterstand. Wel betekende wanbetaling dat een eventueel gesloten aanvullende verzekering werd beëindigd. Daarnaast werden incassomaatregelen getroffen door de ziekenfondsen om de premie alsnog te innen. Desondanks bleef een deel van de premie onbetaald. Ten tijde van de Ziekenfondswet zijn geen overheidsmaatregelen genomen om premieachterstanden te voorkomen. Van het totale verzekerdenbestand was ook toen 2 á 3% wanbetaler.

Omdat zorgverzekeringen privaatrechtelijke verzekeringsovereenkomsten zijn, kunnen verzekeraars polissen beëindigen bij wanbetaling. Het gevolg is dat de toegankelijkheid van de zorg – een belangrijke doelstelling van de Zorgverzekeringswet – in gevaar komt. Vanwege de wettelijke acceptatieplicht lost royement het probleem van de verzekeraars bovendien niet op. De wanbetaler kan zich na royement bij een andere verzekeraar melden. Dat zou leiden tot een carrousel van wanbetalers. Om beide problemen te voorkomen heeft het Ministerie van VWS medio 2006 afspraken gemaakt over intensivering van het incassobeleid en overeenstemming bereikt met zorgverzekeraars over een tijdelijke regeling op grond waarvan wanbetalers niet meer werden geroyeerd uit de basisverzekering⁶. Zorgverzekeraars zouden alleen een incassorisico lopen over de eerste zes onbetaalde maandpremies, waarna zij vanaf de zevende maand werden gecompenseerd door de overheid. Ook werd afgesproken dat een wanbetaler de zorgverzekering niet mocht opzeggen.

Vervolgens is een systeem van bestuursrechtelijke premieheffing ontworpen met een hoge preferentie en een opslag om wanbetalers, die geen premie betalen, maximaal te prikkelen alsnog te gaan betalen.

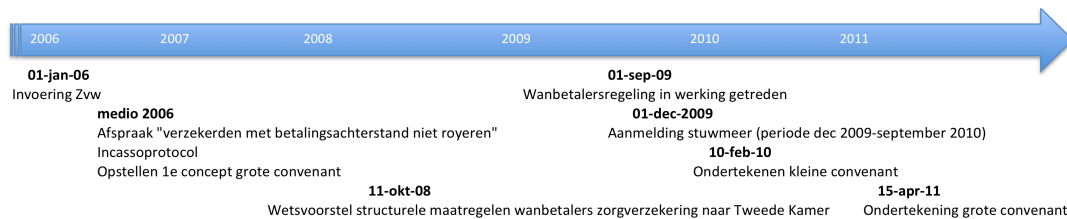
⁴ Bron: protocol incassotraject wanbetalers Zorgverzekeringswet (Zeist, versie 26 januari 2010), p.1

⁵ Bron: CVZ (april 2011). Dit betreft het aantal wanbetalers dat door verzekeraars is aangemeld bij het CVZ.

⁶ De zorgverzekeraars hebben hierover onderling afspraken gemaakt. Deze zijn neergelegd in het 'Protocol incassotraject wanbetalers Zorgverzekeringswet'.

Het CVZ int een bestuursrechtelijke premie door middel van inhouding op het loon of de uitkering (bronheffing). Als bronheffing niet (geheel) mogelijk is, wordt de premie met behulp van het Centraal Justitieel Incasso Bureau (CJIB) geïncasseerd.

Figuur 2.1: Chronologisch overzicht van de ontwikkelingen



Het wetsvoorstel (TK 2008-2009, 31736 nr. 2) is ingediend op 11 oktober 2008 en op 3 februari 2009 met algemene stemmen aangenomen door de Tweede Kamer. De Eerste Kamer heeft het voorstel op 7 juli 2009 aangenomen, waarna de wet per 1 september 2009 in werking is getreden.

2.3 Doelen

“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”.

Zo opent de memorie van toelichting bij de wanbetalersregeling (TK 2008-2009, 31736, nr.3).

Preventieve werking

Omdat het primair gaat om het nakomen van de verzekeringsovereenkomst tussen zorgverzekeraar en de verzekeringnemer, worden maatregelen primair getroffen in de relatie tussen deze partijen.

Bij het ontstaan van een betalingsachterstand ter grootte van twee maandpremies informeert de zorgverzekeraar de verzekeringnemer over deze constatering en biedt hij hem een betaalregeling aan. Onderdeel van de betaalregeling is een machtiging tot automatische incasso. De zorgverzekeraar wijst de verzekeringnemer op de mogelijkheid van hulpverlening bij betalingsproblemen en biedt aan dat eventuele medeverzekerden een eigen polis nemen (splitsing van de polis).

Nadat de schuld tot vier maandpremies is gestegen ontvangt de verzekeringnemer een waarschuwing dat de zorgverzekering(en) voor het bestuursrechtelijk regime zullen worden aangemeld zodra de schuld tot zes maandpremies is gestegen. De verzekeraar geeft daarnaast aan dat afsluiten van een betalingsregeling of een minnelijke regeling voor schulphulpverlening kan voorkomen dat de verzekeringnemer wordt aangemeld bij het CVZ.

Bestuursrechtelijk regime

In gevallen waarin genoemde preventieve maatregelen tussen zorgverzekeraar en de verzekeringnemer met premie-achterstand niet werken, is voorzien in een publiekrechtelijk sluitstuk voor de problematiek.

Zodra de betaalachterstand de grens van zes maandpremies heeft overschreden, meldt de zorgverzekeraar de betreffende verzekeringnemer – en eventueel bijgeschreven verzekerden – aan bij het CVZ. Vanaf dat moment loopt de zorgverzekering gewoon door. De verzekeringnemer is echter niet langer premie verschuldigd aan de zorgverzekeraar maar moet een bestuursrechtelijke premie betalen aan het CVZ. De achterstallige premie blijft als schuld open staan tot deze is voldaan aan de zorgverzekeraar. De verzekerde kan niet meer wisselen van verzekeraar, en ter compensatie voor het verzekerd houden van de wanbetaler ontvangt de zorgverzekeraar een bijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds (standaardpremie conform vergoedingsregeling).

Het CVZ gaat na de aanmelding over tot heffing en inning van de bestuursrechtelijke premie bij de wanbetalers. Deze bestuursrechtelijke premie laat het CVZ inhouden aan de bron, dat wil zeggen op loon of uitkering. Als de bestuursrechtelijke premie niet of niet helemaal aan de bron kan worden ingehouden, ontvangt de wanbetaler acceptgiro's van het CJIB. In het uiterste geval vindt beslaglegging plaats.

De premie is aanmerkelijk hoger dan de gemiddelde nominale premie. De minister van VWS heeft de standaardpremie voor het jaar 2011 vastgesteld op 1375 euro per jaar (€114,58 per maand, was €105,17 in 2010). De bestuursrechtelijke premie die aan wanbetalers in rekening wordt gebracht bedraagt 130 procent van de standaardpremie⁷ en komt per maand op €148,95 uit (was €136,72 in 2010).

Terugkeer/normalisering

De zorgverzekeraar is verplicht⁸ het CVZ direct op de hoogte te stellen als:

- De uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden zijn afgelost. Daarbij gaat het, anders dan bij de instroom in het bestuursrechtelijk regime, om alle uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden, dus inclusief rente, kosten en eventuele voor eigen rekening blijvende betalingen.
- De wettelijke schuldsaneringsregeling natuurlijke personen (WSNP) van toepassing wordt.
- Door tussenkomst van een erkende schuldhulpverlener een stabilisatieovereenkomst is gesloten of een schuldregeling tot stand is gekomen tussen ten minste de verzekeringnemer en zorgverzekeraar.

Het CVZ beëindigt dan de bestuursrechtelijke premie en kan een eventueel opgelopen achterstand in die premie kwijtschelden. De wet heeft overigens alleen betrekking op premieachterstand in de basisverzekering. Schulden die voortvloeien uit bijvoorbeeld de aanvullende verzekering of eigen risico dan wel eigen bijdrage moeten afzonderlijk met de zorgverzekeraar geregeld worden.

⁷ Bron: MvT, TK 31736 nr. 3, p. 15. Het percentage van 130 sluit aan op het boetepcentage dat geldt indien iemand zich te laat verzekert, dan wel zich te laat als verdragsgerechtigde meldt. De bestuursrechtelijke premie is geen boete, maar een opslag die er voor zorgt dat in het Zorgverzekeringsfonds inkomsten binnenkomen, die de last van de compensatie aan verzekeraars vanwege premiederving dempen. Ook de kosten van de uitvoering van het bestuursrechtelijk regime worden zoveel mogelijk op de wanbetaler verhaald.

⁸ Art. 18d Zvw

2.4 Ontwikkelingen sinds de invoering

Aantallen

Het CBS geeft cijfermateriaal over de ontwikkelingen van de groep wanbetalers sinds 2006.

Voor de periode 2006 tot 2009 werden wanbetalers door het CBS gedefinieerd als personen die op de peildatum in de GBA staan ingeschreven, 18 jaar of ouder zijn en minimaal zes maanden geen premie voor hun basisverzekering betaald hebben. De omvang van de groep wanbetalers en hun kenmerken zijn in deze jaren door het CBS bepaald op basis van informatie van zorgverzekeraars.

Eind 2009 waren er 318.500 wanbetalers, bijna 62.000 meer dan eind 2008. Een vaste kern van ongeveer 86.000 personen staat sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet op 1 januari 2006 bij alle metingen geregistreerd als wanbetaler. Dat betekent dat 27 procent van de personen die eind 2009 wanbetaler was, dat op 31 december 2006 ook al was.

Per 1 september 2009 is de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering in werking getreden. In het kader van deze wet doen zorgverzekeraars opgave van hun verzekerden met een premieachterstand ter hoogte van zes maanden nominale premie aan het College voor zorgverzekeringen (CVZ). Bij de meting van het aantal wanbetalers per eind 2010 is uitgegaan van wanbetalers die aangemeld zijn bij het CVZ, zijn opgenomen in de GBA en in het bestuursrechtelijke premieregime zitten.

Het CBS heeft van het CVZ een bestand ontvangen met informatie over deze personen. Door koppeling van deze gegevens met de GBA kunnen aantal en kenmerken van deze wanbetalers vastgesteld worden.

Op 31 december 2010 waren er 283.000 wanbetalers voor de Zorgverzekeringswet, waarbij van 244.000 personen achtergrondgegevens beschikbaar zijn. Ruim 60 procent van de wanbetalers is man. Daarnaast is het aandeel wanbetalers onder de alloctonen groter dan onder de autoctonen, respectievelijk 4,1 en 1,3 procent. Vooral onder Antillianen en Arubanen is het aandeel hoog (13 procent). In totaal ontvangt 60 procent van de wanbetalers een zorgtoeslag, ten opzichte van 38 procent van de totale bevolking.

Vergelijking van het aantal wanbetalers per ultimo 2010 met de aantallen wanbetalers zoals gepubliceerd over eerdere jaren, is niet mogelijk door het verschil in gehanteerde definities en de wijziging in de methode van aanlevering van de gegevens. Wel kan worden geconstateerd dat de meting van het aantal wanbetalers volgens de nieuwe definitie leidt tot een aanzienlijk lagere uitkomst. Een deel van de mensen die eerder wel als wanbetaler werd meegerekend is (nog) niet aangemeld bij het CVZ omdat er afspraken zijn gemaakt voor een betalingsregeling.

Tabel 2.1: Wanbetalers met een bestuursrechtelijke premie in de vier grote steden (per 31 december 2010)

	2006	2007	2008	2009	2010	T.o.v. de bevolking 2010
	<i>absoluut</i>	<i>absoluut</i>	<i>absoluut</i>	<i>absoluut</i>	<i>absoluut</i>	%
Totaal	190.210	240.250	256.690	318.460	244.210	1,9
Amsterdam	12.440	17.790	20.000	25.000	15.300	2,4
Rotterdam	16.260	21.520	22.710	28.950	24.060	4,9
Den Haag	8.370	12.050	14.440	18.030	15.030	3,8
Utrecht	3.370	4.060	4.500	5.690	3.730	1,5
Rest van Nederland	149.780	184.830	195.040	240.800	186.090	1,6

Bron: CBS (29 maart 2011) – Let op: trendbreuk 2009/2010 vanwege nieuwe definitie

Tabel 2.2: Wanbetalers met een bestuurlijke premie naar provincie (per 31 december 2010)

	Wanbetalers	Ten opzichte van de bevolking
	2010	2010
	<i>absoluut</i>	%
Totaal	244.210	1,9
Groningen	10.370	2,2
Friesland	6.680	1,6
Drenthe	6.380	1,7
Overijssel	13.940	1,6
Flevoland	7.700	2,6
Gelderland	23.100	1,5
Utrecht	10.880	1,2
Noord-Holland	37.570	1,8
Zuid-Holland	73.540	2,5
Zeeland	4.260	1,4
Noord-Brabant	30.960	1,6
Limburg	18.840	2,1

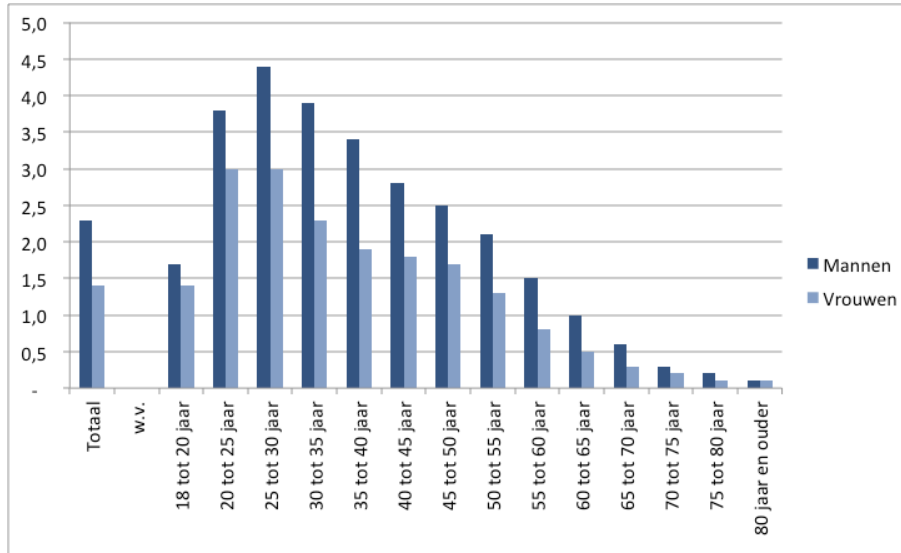
Bron: CBS (29 maart 2011)

Tabel 2.3: Wanbetalers naar herkomstgroepering (per 31 december 2010)

	Wanbetalers	T.o.v. de bevolking
	Totaal	Relatief
	<i>absoluut</i>	%
Totaal	244.210	1,9
w.v.		
Autochtonen	137.370	1,3
Allochtonen totaal	106.840	4,1
w.v.		
Marokkanen	12.810	5,7
Turken	13.030	4,8
Surinamers	20.570	7,8
Antillianen en Arubanen	12.810	12,8
Overige niet-westerse allochtonen	18.880	4,1
Overige Westerse allochtonen	28.740	2,2

Bron: CBS (29 maart 2011)

Figuur 2.2: Percentage wanbetalers naar geslacht en leeftijd (per 31 dec 2010)



Bron: CBS (29 maart 2011)

Protocol en convenanten

De samenwerking tussen de verschillende actoren is in een drietal regelingen uitgewerkt. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft voor haar leden het protocol incassotraject wanbetalers Zorgverzekeringswet opgesteld. Dit protocol regelt de uitgangspunten van de incasso inspanningen door de zorgverzekeraar om betalingsachterstanden te voorkomen, adequaat op te lossen en een optimaal incassorendement te realiseren. De eerste versie van het protocol kende twee fases, een intern (minnelijk) traject bij de zorgverzekeraar en een extern (gerechtelijk) traject met de incassopartner.⁹ Sindsdien is het iprotocol enkele malen herzien en aangepast aan de regels die op grond van de wanbetalerswet gingen gelden.

Het Ministerie van VWS, het Ministerie van SZW, de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG), DIVOSA, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Vereniging voor schuldhulpverlening en sociaal bankieren (NVVK) hebben eind 2009 een convenant opgesteld en op 15 april 2011¹⁰ ondertekend (het zogenoemde grote convenant).

Dit convenant heeft tot doel zoveel mogelijk te voorkomen dat de groep cliënten – voor welke betalingsachterstand in de zorgverzekeringspremie een indicatie kan zijn voor het ontstaan of bestaan van een (problematische) schuldsituatie – na zes maanden in het systeem van de bestuursrechtelijke premie-inning terecht komt. Doel is om deze groep personen tijdig te helpen bij het op orde brengen van hun financiële situatie.

⁹ Bijlage bij TK 30918, nr. 8, d.d. oktober 2006.

¹⁰ Staatscourant 2011 nr. 7940 d.d. 6 mei 2011

Als uitvloeisel van het grote convenant hebben Zorgverzekeraars Nederland en de NVVK (Vereniging voor schuldhulpverlening en sociaal bankieren) voor hun leden een convenant opgesteld (inclusief een module schuldregeling) waarin afspraken zijn opgenomen over samenwerking die gericht is op het treffen van schuldregelingen en het terugdringen van verzekerden met betalingsproblemen (het zogenaamde kleine convenant). Dit convenant is op 10 februari 2010 van kracht geworden.

Huidige context

De recente economische crisis heeft ervoor gezorgd dat meer mensen in financiële problemen komen. In december 2010 brachten het CBS en SCP het Armoedesignalement 2010 uit. Volgens het “niet-veel-maar-toereikendcriterium” van het SCP leefde in 2009 6,2% van de Nederlanders in een huishouden met een besteedbaar inkomen onder de lage-inkomensgrens. Dat waren 971.000 personen in 453.000 huishoudens. In 2008 verkeerde 5,5% van de personen onder deze grens. Het CBS hanteert de lage-inkomensgrens als definitie, en daarbij liep in 2009 7,7% van de bijna 6,9 miljoen huishoudens risico op armoede. Dit komt overeen met 531.000 huishoudens, waarin 1.090.000 personen verblijven. In 2009 lag het aandeel huishoudens onder de lage-inkomensgrens 0,2 procentpunt hoger dan een jaar eerder. Huishoudens met een inkomen onder de lage-inkomensgrens rapporteerden vaker betalingsachterstanden dan huishoudens met een hoger inkomen (2009: 17% tegen 4%). Maar liefst 37% geeft aan (zeer) moeilijk te kunnen rondkomen.

Ondanks het bestaan van de zorgtoeslag, die beoogt dat in principe iedereen zijn zorgverzekeringspremie kan betalen, werd door gesprekspartners meerdere malen geconstateerd dat er steeds meer verzoeken komen voor een betalingsregeling. Eén verzekeraar geeft aan dat er inmiddels net zo veel verzekerden een betalingsregeling hebben als er mensen in de wanbetalersregeling zitten. Een andere verzekeraar geeft aan dat ruim 10% van zijn verzekerdenpopulatie een (grote of kleine) betalingsachterstand heeft. Bij de grote verzekeraars gaat het dan meteen om honderdduizenden personen.

Door de Wet opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering is bovendien het risico aanwezig dat onverzekerden van nu de wanbetalers van de toekomst worden. Deze wet geeft de overheid de bevoegdheid onverzekerden op te sporen. Gesprekspartners geven aan dat zij een forse instroom aan nieuwe wanbetalers verwachten¹¹.

Kortom: de wereld van vandaag levert een nieuwe urgentie om de werking van de huidige wanbetalersregeling te verbeteren.

¹¹ Op basis van de Wet opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering komen onverzekerden na afronding van de opsporingsfase gedurende één jaar direct onder het regime van de bronheffing te vallen (100% standaardpremie). Na dat jaar moet de verzekerde de premie rechtstreeks aan de zorgverzekeraar betalen. Blijft het betalen van de verzekeringspremie dan vervolgens achterwege dan kan de oorspronkelijk onverzekerde langs deze weg en op grond van de wanbetalersregeling na zes maanden in de bronheffing belanden. Naar verwachting gaat dit laatste in de tweede helft van 2013 starten.

3 Keten en knooppunten

3.1 Inleiding

De uitvoering van de bestuursrechtelijke premie-inning uit de wanbetalersregeling is gebaseerd op een informatieketen. Zorgverzekeraars delen informatie met het CVZ ('melden verzekerden aan'), het CVZ deelt informatie met de broninhouders, namelijk werkgevers, UWV, SVB ('stuurt een beschikking') en met het CJIB. Het CJIB deelt informatie met deurwaarders.

In dit hoofdstuk wordt het verloop en de organisatie van de informatieketen geanalyseerd en beoordeeld. De analyse en beoordeling van de informatieketen gaat over twee deelonderwerpen:

1. De primaire gegevensstroom: dit is de gegevensstroom die plaatsvindt als gevolg van aanmelding en afmelding van verzekerden bij het CVZ. Met andere woorden, dit is de 'reguliere' gegevensstroom.
2. De secundaire gegevensstroom: dit is de gegevensstroom die plaats moet vinden om (potentiële) fouten in de primaire gegevensstroom te corrigeren. In de informatieketen is informatie beschikbaar over mogelijke fouten. Voorbeelden hiervan zijn telefonische klachten, bezwaarschriften, retour gekomen poststukken met een 'geadresseerde is verhuisd', enzovoorts.

De informatieketen is geanalyseerd op basis van interviews en beschikbare documentatie.

3.2 Organisatie van de keten

De wet geeft aan welke partijen deelnemen aan de informatieketen. Deze partijen hebben onderling afspraken gemaakt en uitgewerkt in een convenant (zie paragraaf 2.3). Sinds 2004 spreken zorgverzekeraars met enige regelmaat over de problematiek rond wanbetaling in de Zwv. Sinds 2010 vindt er als uitloei van het grote convenant een afstemmingsoverleg plaats om gezamenlijk pragmatische of principiële oplossingen te zoeken voor praktische problemen waar men tegenaan loopt. Deelnemers aan dit afstemmingsoverleg, de zogeheten monitorgroep wanbetalerswet, zijn het CVZ, de zorgverzekeraars (zowel individueel als collectief verzameld in Zorgverzekeraars Nederland) en de NVVK als vertegenwoordiger van de schuldhulpverleners. Het CJIB, de gemeenten of grote broninhouders als SVB en UWV zijn momenteel geen partij in het afstemmingsoverleg. Er is geen structureel overleg tussen *alle* partijen in de keten. Wel zijn er veel bilaterale contacten tussen directe ketenpartners.

In de keten is sprake van een privaatrechtelijk deel (verzekeraars, werkgevers) en een publiekrechtelijk deel (CVZ, CJIB, UWV, SVB). Dit maakt de aansturing van de keten ingewikkeld, terwijl de ketenpartners wel afhankelijk zijn van de kwaliteit van data die ketenpartners aanleveren.

3.3 Primaire gegevensstroom

Het verloop van de primaire gegevensstroom is beschreven aan het begin van dit hoofdstuk en schematisch weergegeven in bijlage 2. In deze paragraaf beschrijven we hoe (goed) deze informatieketen verloopt.

Verzekeraars – CVZ

Het delen van informatie tussen verzekeraar en CVZ vindt plaats door een periodieke bestandsuitwisseling. Het CVZ bevestigt alle aanmeldingen van wanbetalers met een retourbericht. Daarnaast is er informatie-uitwisseling rond financiële afrekeningen als gevolg van de vergoedingsregeling.

Het CVZ heeft conform de afspraak met het Ministerie van VWS rond september 2010 de laatste aanmeldingen van wanbetalers uit het stuwmeer ontvangen (Zie ook: CVZ, Beleidsregels aanmelding stuwmeer van de nominale premie Zorgverzekeringswet 2009/2010, 25 augustus 2009). Tijdens interviews met zowel CVZ als verzekeraars is aangegeven dat de uitwisseling van gegevens tussen verzekeraars en CVZ relatief goed verloopt, rekening houdend met de complexiteit van het proces.

Wel is sprake van enkele kleine operationele problemen, waaronder de nadere uitsplitsing van de foutcodes in de retourberichten en de mogelijkheid tot aan- en afmelding met terugwerkende kracht. Veel van deze problemen zijn geadresseerd, maar de capaciteit tot veranderen van het systeem is beperkt waardoor daadwerkelijk oplossen van problemen soms enige maanden kan duren.

CVZ – broninhouders

Het CVZ stuurt, afhankelijk van de uitkomst van de UWV polis-check, een beschikking aan de werkgever van de wanbetaler, UWV of SVB. Bij de werkgevers vindt dit plaats met een (papieren) brief, bij de UWV en SVB met behulp van geautomatiseerd berichtenverkeer.

Tabel 3.1: Financieel overzicht van de bestuursrechtelijke premie-inning

	Opgelegd	Absoluut		Relatief	
		Betaald	Openstaand	Betaald	Openstaand
Werkgevers	160.176.446	122.976.861	37.199.584	76,8%	23,2%
UWV	39.572.381	29.142.451	10.429.927	73,6%	26,4%
SVB	6.376.187	5.373.076	1.003.113	84,3%	15,7%
CJIB 30%	20.779.894	5.263.839	15.516.055	25,3%	74,7%
CJIB volledig	284.553.392	47.520.085	237.033.306	16,7%	83,3%
Eindtotaal	511.458.299	210.276.312	301.181.985	41,1%	58,9%

Bron: CVZ (gegevens vanaf 2009 tot en met juni 2011)

De regeling gaat er van uit dat na verzending van een beschikking de broninhouding daadwerkelijk wordt gerealiseerd. Echter, uit de informatie ontvangen van het CVZ blijkt dat dit niet het geval is. Bij werkgevers, UWV en SVB is de premie van slechts 76,8%, 73,6% respectievelijk 84,3% van de sinds 2009 uitgestuurde beschikkingen daadwerkelijk geïnd.

In gesprekken worden enkele verklaringen aangedragen waarom dit percentage niet dichterbij de 100% ligt. Zo bestaan er achterstanden in de polisadministratie bij het UWV doordat het verstrekken en verwerken van gegevens omtrent inkomen nu eenmaal achterloopt op de actualiteit. Tevens ontbreekt het aan een goed werkend aanmaansysteem. Bovendien voert het CVZ niet periodiek een UWV polis-check uit om te zien of wanbetalers (inmiddels wel) een inkomen hebben waarover bronheffing kan worden geheven.

Werkgevers, SVB en UWV geven niet standaard een ontvangstbevestiging van de beschikking af, waardoor het niet mogelijk is na te gaan of de beschikking is ontvangen, kon worden verwerkt of dat de broninhouder om een bepaalde reden de premie niet inhoudt op het inkomen. Er is geen sprake van

een geautomatiseerd rappelproces, noch worden wanbetalers waarvan de premie niet wordt ingehouden door de bronhouder alsnog door het CJIB gefactureerd. Overigens liggen de opbrengstenpercentages op langere termijn hoger vanwege nagekomen betalingen.

De wet (art 18f lid 4 Zvw) stelt dat een inhoudingsplichtige (werkgever, SVB of UWV) die de bestuursrechtelijke premie niet (geheel) heeft ingehouden, toch het gehele bedrag aan het CVZ moet afdragen. Het niet-ingehouden bedrag kan de inhoudingsplichtige bovendien niet op de verzekeringnemer verhalen. Hiermee beoogde de wetgever een maximale prikkel in te bouwen richting inhoudingsplichtige. In de praktijk echter, is onduidelijk of de openstaande vorderingen te wijten zijn aan een fout bij de inhoudingsplichtige of aan een fout van het CVZ. Omdat geen controle, rappel of feedback bestaat in het werkproces kan dit niet worden achterhaald.

Het gevolg hiervan is dat beschikkingen die niet worden opgevolgd leiden tot olopende premieschuld bij de wanbetaler, zonder dat deze in de gelegenheid wordt gesteld de premie te betalen. De premieschuld die hierdoor ontstaat wordt door het CVZ gevorderd op de inhoudingsplichtige, niet op de wanbetaler. Naar schatting zijn op dit moment door dit probleem ongeveer 325.000¹² maandpremies niet ingehouden. Omdat het niet te achterhalen is of deze premies niet worden ingehouden door een fout van het CVZ of een fout van de inhoudingsplichtige, is het ook niet zeker of deze maandpremies nog wel invorderbaar zijn.

CVZ – CJIB

Het CVZ en CJIB wisselen gegevens uit via een periodieke bestandsuitwisseling. Deze uitwisseling verloopt technisch gezien goed.

Het CJIB is niet tevreden over de kwaliteit van de gegevens die zij ontvangt van het CVZ. De kwaliteit van de informatie is in hun ogen duidelijk minder goed dan van de informatie in andere informatieketens waar zij deel van uitmaakt. Het belangrijkste probleem hierbij is het gebruik van een ander adres dan de zorgverzekeraars en het CVZ standaard hanteren.

De zorgverzekeraars melden de verzekerden met een langdurige premie-achterstand aan op basis van het correspondentieadres dat bij de zorgverzekeraar bekend is. Zo hebben de verzekeraars en ZN het bij de start van de informatieketen afgesproken met het CVZ. Aan het correspondentieadres worden geen eisen gesteld conform de Algemene Wet Bestuursrecht (AWB), immers de zorgverzekeraar valt niet onder die wet.

Gelet op het feit dat zorgverzekeraars gedurende de eerste zes maanden verplicht zijn om een deurwaarder of erkend incassobureau in te schakelen, indien ze handelen conform het incassoprotocol, zou verwacht mogen worden dat de verzekeraar beschikt over het juiste woonadres of anders een bruikbaar GBA-adres. Een verzekerde heeft zelf ook een persoonlijk belang dat de zorgverzekeraar met hem kan communiceren over bijvoorbeeld ingediende declaraties.

¹² Uit de tabel in paragraaf 3.3 blijkt dat werkgevers, UWV en SVB in totaal voor € 48,6 miljoen hebben openstaan. Hiervan is voor een groot deel (€34,4 miljoen) de betaaltermijn van 70 dagen vervallen. Dit staat gelijk aan ongeveer 231.000 maandpremies, gebaseerd op het tarief 2011.

Het CJIB en CVZ moeten zich bij het verzenden van beschikkingen voor publiekrechtelijke incasso vergewissen van de juistheid van een adres. Alle partijen in de keten zijn bevoegd om de gemeentelijke basisadministratie (GBA) te raadplegen. Omdat in de praktijk blijkt dat het correspondentieadres bij de zorgverzekeraar betrouwbaarder is dan het GBA-adres, hebben verzekeraars met de Basisadministratie Persoonsgegevens en Reisdocumenten (BPR) afspraken gemaakt wat betreft de wijze waarop invulling wordt gegeven aan de terugmeldplicht richting GBA.

Het CJIB gaat er van uit dat hetgeen het CVZ doorstuurt GBA-geverifieerd is. In de praktijk is dit niet altijd vlekkeloos verlopen. Na een retourbericht deed het CJIB daarom een nieuwe eigen GBA-verificatie. Bij inschakelen van een door het CJIB geselecteerde (gerechts)deurwaarder wordt overigens standaard verificatie op het GBA-adres uitgevoerd. Recent heeft het CVZ een 'filter' ingebouwd. Dit filter zorgt ervoor dat alleen wanbetalers worden doorgegeven aan het CJIB als het correspondentieadres overeenkomt met het GBA-adres. Komen de adressen overeen, dan zal het CJIB de premie-inning opstarten.

Het GBA-adres blijkt in ongeveer 10 á 15% van de gevallen niet correct (schatting monitorgroep en CVZ). Uit het interview met deurwaarders is gebleken dat het zelfs zover kan komen dat een door het CJIB geselecteerde (gerechts)deurwaarder zich meldt op het verkeerde adres, omdat een persoon incorrect is opgenomen in het GBA-systeem.

Een significante groep is dus momenteel niet woonachtig op het bekende adres. Aangezien voor deze wanbetalers bij de UVW polis-check al is nagegaan of zij een inkomen hebben (dat hebben zij niet), is er voor deze laatste groep op dit moment geen mogelijkheid tot het inhouden van de bestuursrechtelijke premie. Bij deze wanbetalers loopt de premieschuld dus op. Het is de vraag of deze groep op enig moment uitgeschreven zou moeten worden bij de zorgverzekeraars. Op het moment dat nota's binnenkomen (van in Nederland gevestigde zorgaanbieders) betekent dit in principe dat de persoon nog ingezetene is en dus verzekeringsplichtig.

Een tweede probleem in de gegevensuitwisseling tussen CVZ en CJIB is dat op dit moment wanbetalers worden doorgegeven aan het CJIB die wel een inkomen hebben waar broninhouding op kan plaatsvinden. De UWV polis-check vindt namelijk maar eenmalig plaats. Voor wanbetalers die geen inkomen hebben (waardoor zij doorgegeven worden aan CJIB voor inning van de premie) wordt niet periodiek nagegaan of zij alweer een inkomen hebben waarop broninhouding plaats kan vinden.

CJIB/deurwaarders

De gegevensuitwisseling tussen het CJIB en de deurwaarders verloopt goed, volgens zowel CJIB als deurwaarders – ten minste voor zover sprake is van correcte NAW-gegevens. Echter, de deurwaarders hebben op dit moment per wanbetaler alleen de eerste vier maanden van achterstallige premies van het CJIB ontvangen om te innen. Een groot deel van 'het openstaande stuwmeergeld' wordt op dit moment nog niet via het CJIB ontvangen ter inning. Door de gefaseerde aanpak duurt het proces lang, waardoor de kans op succesvolle incasso afneemt, daarenboven stapelen incasso- en betekeningskosten op.

In andere incassosituaties met een repeterend karakter, bijvoorbeeld rondom alimentatie, hanteert de deurwaarder een dwangbevel voor de inning van zowel een bepaalde achterstand als de lopende – bijvoorbeeld maandelijks – termijn of verplichting waarmee de vordering telkens wordt opgehoogd.

Een dergelijke constructie zou soelaas kunnen bieden in het kader van de wanbetalersregeling. Hierdoor kan maandelijks door de deurwaarder worden overgegaan tot incassering van de verschuldigde maandelijkse premie, of tot ophoging en vervolgens inning van openstaande maandpremies. Een dergelijke aanpak voorkomt uitvaardiging van telkens een nieuwe executoriale titel, met bijbehorende incasso- en betekeningkosten evenals administratieve rompslomp. Het strekt tot de aanbeveling om de effectiviteit en juridische houdbaarheid van een dergelijke constructie in het kader van de wanbetalersregeling te toetsen.

Tot slot blijkt dat de deurwaarders tot op heden niet waren betrokken bij de informatieketen in zijn geheel, en slechts contact met het CJIB hebben gehad.

3.4 Secundaire informatiestroom

In iedere informatieketen is sprake van fouten. Ook in de informatieketen voor de uitvoer van de wanbetalersregeling is dit onvermijdbaar. Vanzelfsprekend is het van belang de foutmarge te beperken, maar daarnaast is het van belang dat fouten snel hersteld kunnen worden. Fouten kunnen er immers toe leiden dat personen onterecht worden belast met broninhouding door het CVZ. Ook kunnen fouten ertoe leiden dat premies onterecht niet worden geïnd via incasso door het CJIB, zonder dat dit duidelijk zichtbaar is voor de wanbetaler.

De volgende fouten in de databases leiden tot fouten in beschikkingen:

- Persoonsverwisseling (als meerdere mensen binnen een gezin op één adres dezelfde initialen hebben waardoor een beschikking aan de verzekeringnemer terecht komt bij een medeverzekerde);
- Foutief adres (hiervan is veelvuldig sprake door het gebruik van zowel correspondentieadres als GBA-adres, zie ook paragraaf 3.1.3);
- Foutieve gegevens over specificaties van achterstanden.

In de periode september 2009 tot en met juni 2011 zijn er van de groep van 89.576 afmeldingen 18.175 waarbij naderhand de aanmelding volledig werd ingetrokken. Dit betreft vooral meldingen waarbij de verzekerde of zijn vertegenwoordiger eerst na de aanmelding bij het CVZ aan de verzekeraar doorgeeft dat er sprake is van omstandigheden waaronder de melding niet hoeft plaats te vinden. Onterechte aanmeldingen wegens het niet aanwezig zijn van een premieachterstand groter dan zes maanden, zijn bij het CVZ niet bekend.

In de informatieketen is veel informatie beschikbaar over mogelijke fouten in de informatiebestanden van verzekeraars, CVZ en CJIB. Deze is beschikbaar op de volgende plaatsen:

- Bezwaren bij het CVZ. Het CVZ verklaart bezwaren waarin de bezwaarmaker aangeeft dat de gegevens die het CVZ over hem heeft niet kloppen niet ontvankelijk en verwijst de bezwaarmakers voor correctie van gegevens door naar de zorgverzekeraar. Het CVZ geeft in deze brieven aan dat alleen de zorgverzekeraar de gegevens kan verbeteren en de wanbetaler kan afmelden. Bij het CVZ zijn in de periode tot 1 april 2011 2.558 bezwaarschriften ontvangen, waarvan er op diezelfde datum 2.351 waren afgewikkeld. In meer dan de helft van de zaken was het bezwaar niet ontvankelijk.

- Ontvangen brieven en telefoontjes bij het CVZ. Het CVZ heeft tot en met mei 2011 in totaal 146.049 schriftelijke reacties, 9.984 e-mails en 112.257 telefoontjes ontvangen. Informatie die het CVZ in het kader van de uitvoering van haar taken niet zelf in behandeling meent te kunnen nemen, dient het CVZ door te sturen naar de verzekeraar. Zelf verwerkt het CVZ weinig correctiegegevens.
- Retour ontvangen facturen en herinneringen van het CJIB. Het CJIB ontvangt per dag ongeveer 750 retour gestuurde enveloppen met berichten als 'retour afzender', 'geadresseerde onbekend' of een brief waarin wordt aangegeven dat de naam-, adres, of betalingsgegevens niet kloppen. Het CVZ heeft bij het CJIB aangegeven dat zij deze 'mogelijke correctiegegevens' kan vernietigen, omdat het CVZ dezelfde correctiegegevens al in bezit heeft als reactie op de verzonden beschikking.

Als het gaat om herstelinformatie over het al dan niet terecht aangemeld zijn bij het CVZ is de niet-ontvankelijkverklaring inderdaad terecht (en kan het CVZ de informatie niet gebruiken voor correctie). Als het gaat om de bestuursrechtelijke premie die via de bronhouder wordt ingehouden (100%/130%) of om verkeerde adresgegevens, dan is de niet-ontvankelijkverklaring onterecht en moet het CVZ de aangeleverde correctie-informatie gebruiken voor het verbeteren van de beschikking.

Juistheid van de gegevens: juridisch kader

Blijkens de wetsgeschiedenis wordt een eventueel verschil van inzicht *over de omvang van een betalingsachterstand* beslecht in de privaatrechtelijke sfeer: wie meent dat de in de vierdemaandsbrief gemelde betalingsachterstand niet klopt, wendt zich tot de burgerlijke rechter of de geschillencommissie en meldt dat aan de verzekeraar. Zo wordt voorkomen dat het CVZ zich als bestuursorgaan zou moeten uitlaten over de uitleg van de privaatrechtelijke verzekeringsovereenkomst. Het CVZ toetst de ontvangen aanmeldingen zoals dat was bedoeld slechts marginaal, bijvoorbeeld op het aspect meerderjarigheid van de verzekeringnemer.

Is de aanmelding bij CVZ gedaan, dan draagt het CVZ een eigen verantwoordelijkheid voor de juistheid van de (persoons)gegevens waarmee zij werkt: op grond van de Algemene wet bestuursrecht vergaart een bestuursorgaan de nodige kennis over de relevante feiten alvorens een besluit te nemen.

We constateren dat maar een deel van de 'mogelijke correctiegegevens' wordt benut en veel wanbetalers die contact opnemen worden doorverwezen naar de zorgverzekeraar. Indien de wanbetaler hier geen gehoor vindt, kan hij een klacht indienen bij de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) of, als het gaat om onterechte inhouding (beslag) op het loon, naar de kantonrechter gaan. Tot het moment dat de klachtencommissie uitspraak heeft gedaan blijft de premie ingehouden worden.

Vanwege de complexiteit van het proces zijn er meerdere adressen waar een wanbetaler zich kan melden. Daardoor is het op dit moment voor de wanbetaler soms onduidelijk waar hij zich in welk geval moet melden. In een aantal interviews met verzekeraars werd aangegeven dat de verzekeraar de wanbetaler juist doorverwijst naar het CVZ, bijvoorbeeld als de verzekeraar de foutieve gegevens al gecorrigeerd heeft maar het CVZ deze (blijkbaar) nog niet heeft aangepast.

Kortom, op dit moment is geen sprake van een ingeregelde secundaire gegevensstroom. Integendeel, een deel van de input voor de secundaire gegevensstroom wordt ten onrechte niet benut. Ondanks dat geen verdiepend onderzoek is gedaan naar casuïstiek, leidt dit vermoedelijk tot:

- personen die onterecht in de bestuursrechtelijk premiereregime zitten en geconfronteerd worden met broninhouding (vermoedelijk slechts een klein aantal als gevolg van een foutmarge waarvan in iedere informatieketen sprake is, alleen is het in deze niet altijd duidelijk wie de fout moet corrigeren).
- personen bij wie de schuld op dit moment oploopt zonder dat zij dit zien en zonder dat zij in de gelegenheid worden gesteld deze te betalen (aangebrachte filter door het CVZ bij wanbetalers van wie het GBA-adres niet overeenkomt met het correspondentieadres van de verzekeraar).
- personen die op een adres wonen dat geregistreerd staat als die van 'een wanbetaler', waardoor zij facturen, betalingsherinneringen, of berichten van incassobureaus en deurwaarders ontvangen, terwijl de betreffende wanbetaler niet woonachtig/aanwezig is op dat adres.

3.5 Overleg en coördinatie in de keten

Ketenpartijen zijn onderling afhankelijk van de gegevens die zij met elkaar delen. Het is van belang dat de keten als geheel regelmatig wordt geëvalueerd op de mate waarin doelen worden bereikt.

Ketenpartners moeten daarom in samenwerking met het Ministerie van VWS gezamenlijk de doelen van de wanbetalersregeling operationaliseren in meetbare doelen en nagaan wat iedere ketenpartner moet doen om deze te behalen.

Coördinatie binnen de keten vindt op dit moment beperkt, en met focus op specifieke onderdelen van de keten, plaats. Sinds 2010 bestaat er een zogeheten monitorgroep wanbetalerswet, waar het CVZ, ZN, individuele verzekeraars en NVVK deelnemer aan zijn. Deze komen periodiek bijeen om eventueel ervaren knelpunten te bespreken en op te lossen. Daarnaast hebben zorgverzekeraars, CVZ en CJIB onderling bilateraal en periodiek contact, meestal naar aanleiding van een probleem. Daarmee is het overleg volgens de deelnemers zinvol, dus niet onnodig belastend. Een bijeenkomst met *alle* ketenpartners tezamen heeft nooit plaatsgevonden. Ook contact met werkgevers(organisaties) als koepel van deze broninhouders over de *uitvoering* van de wet heeft nooit plaatsgevonden.

Veel knelpunten die op dit moment plaatsvinden in de keten hadden wellicht kunnen worden voorkomen als ketenpartners gezamenlijk de informatieketen hadden ontworpen, geïmplementeerd en geëvalueerd. Een voorbeeld hiervan is het gebruik van zowel GBA- als correspondentieadres. Hoewel uitvoerig overleg heeft plaatsgevonden tussen verzekeraars en CVZ over het gebruik van het correspondentieadres in plaats van het GBA adres, vanwege de hogere kwaliteit, heeft men verzuimd om andere belangrijke ketenpartners hierbij te betrekken. Mogelijk had men een andere keuze gemaakt als verzekeraars en CVZ de consequenties van de keuze voor de werkzaamheden van het CJIB hadden overzien. Het CJIB had in dat geval kunnen aangeven dat het gebruik van een correspondentieadres voor hen onvoldoende was.

3.6 Informatie over de gehele keten

Op dit moment is relatief veel informatie beschikbaar over de effectiviteit van de keten:

- De individuele zorgverzekeraars weten hoe effectief de preventieve maatregelen zijn, dus van hoeveel potentiële wanbetalers wordt voorkomen dat zij in het bestuursrechtelijk premieregime terecht komen;
- Het CVZ weet hoe effectief de broninhouding plaatsvindt;
- Het CJIB weet hoeveel premies precies zijn opgelegd en geïnd;
- De incassobureaus en deurwaarders weten hoe effectief hun inspanningen zijn om de premies te verhalen. Daarnaast kennen de deurwaarder de verzekerden vaak al. Hierdoor kunnen zij op voorhand het verhaal inschatten.

Echter, het totale overzicht van al deze informatie ontbreekt. En niet alleen de informatie over de prestaties van de keten ontbreekt. Ook op het niveau van de individuele wanbetaler ontbreekt overzicht:

- De zorgverzekeraar heeft informatie over de schuld van de eerste zes maanden;
- Het CVZ heeft informatie over de schulden die via de broninhouder uitstaan;
- Het CJIB heeft informatie over welke premies wel en welke niet zijn gefactureerd en welke premies zijn overgedragen aan incassobureau en deurwaarder;
- De incassobureaus en deurwaarders weten welke premies wel en welke niet bij hen zijn voldaan.

Op dit moment zijn de schulden van de wanbetaler daarmee bekend op vier verschillende plaatsen, maar ontbreekt overzicht per wanbetaler. Dit maakt het, los van het feit dat geen partij deze taak heeft, onmogelijk als keten gecoördineerd een wanbetaler te benaderen. Wanbetalers kunnen geconfronteerd worden met post van alle ketenpartners tegelijkertijd.

3.7 Conclusies

In de keten is sprake van een privaatrechtelijk deel (verzekeraars, werkgevers) en een publiekrechtelijk deel (CVZ, CJIB, UWV, SVB). Dit maakt de aansturing van de keten ingewikkeld, terwijl de ketenpartners wel afhankelijk zijn van de kwaliteit van data die ketenpartners aanleveren.

De primaire gegevensstroom verloopt goed, op twee punten na:

- De verzekeraars melden verzekerden aan op basis van het correspondentieadres waarmee de verzekerde bij hen is ingeschreven. Dit adres komt echter niet altijd overeen met het daadwerkelijke woonadres van de wanbetaler. Dit heeft ertoe geleid dat het CJIB zich bij facturen, betalingsverzoeken en contact via incassobureau en deurwaarder heeft gericht tot verkeerde personen / het verkeerde adres. Recent meldt het CVZ alleen wanbetalers aan bij het CJIB indien GBA- en correspondentieadres overeenkomen. Hierdoor vindt op dit moment voor 10% van de wanbetalers, waarbij geen inhouding aan de bron mogelijk was, geen oplegging en inning van de premie plaats. Voor deze wanbetalers loopt de premieschuld op, zonder dat deze aan hen wordt gefactureerd.

- Er is op dit moment bij het CVZ geen rappelproces voor beschikkingen naar broninhouders die niet worden opgevolgd. Dit heeft geleid tot +/- 325.000 openstaande maandpremies. Het is niet zeker of deze maandpremies niet worden ingehouden vanwege een fout bij de inhoudingsplichtige of bij het CVZ. Daarom is het ook onzeker of deze bedragen nog te innen zijn.

De secundaire gegevensstroom is op dit moment niet formeel georganiseerd. Informatie over mogelijke fouten in de databases van verzekeraars, CVZ en CJIB is op verschillende plaatsen in de keten aanwezig, maar deze wordt onderling niet altijd gedeeld of gebruikt ter verbetering van de gegevens in de databases.

Het gaat bijvoorbeeld om informatie uit retour gekomen post en brieven, telefoontjes en bezwaarschriften van wanbetalers aan de ketenpartners. Het CVZ verwijst wanbetalers die aangeven dat gegevens niet kloppen door naar hun zorgverzekeraar. Dit is terecht als het gaat om de aan- of afmelding van de wanbetaler, maar niet als het gaat om andere zaken zoals bijvoorbeeld adreswijzigingen. Soms verwijst een verzekeraar de wanbetaler terug. Het is daardoor voor de verzekerde niet altijd duidelijk bij welke ketenpartij ze moeten zijn.

Ondanks dat de prestatie van de informatieketen afhankelijk is van de samenwerking tussen ketenpartners, is van gerichte regie of coördinatie in de keten geen sprake. Ketenpartners hebben voornamelijk ad hoc en bilateraal contact. Alle ketenpartners hebben fragmenten van informatie over de effectiviteit van de keten, maar deze worden onderling niet uitgewisseld.

4 Preventieve werking

4.1 Inleiding

De eerste zes maanden binnen de uitvoering van de wanbetalersregeling hebben tot doel te voorkomen dat verzekerden wanbetaler worden. De samenwerking en onderlinge communicatie tussen meerdere actoren speelt in deze fase een belangrijke rol. In dit hoofdstuk wordt de organisatie van de preventieve taken van de verschillende actoren geanalyseerd en beoordeeld. Achtereenvolgens komen aan bod:

- De zorgverzekeraar
- De gemeente en de schuldhulpverlening

4.2 De zorgverzekeraar

De zorgverzekeraars spelen, vanuit hun centrale positie gezien, een belangrijke rol in de in de eerste zes maanden van het proces. Zij zijn als het ware het schakelpunt tussen de wanbetaler, de gemeente en de schuldhulpverlening. Bij het achterwege blijven van betaling van de verzekeringspremie (indicatie voor een probleem) is de verzekeraar de eerste partij waar dit signaal binnenkomt. Bij het ontstaan van een betalingsachterstand gaan in principe twee processen lopen:

1. het opstarten van het incassoprotocol (uitsturen van een betalingsherinnering c.q. aanmaning) 14 dagen na de premievervaldag;
2. start van het preventief instrumentarium van de wanbetalersregeling (uitsturen van de tweede- en vierdemaandsbrieven). In deze brieven wijst de verzekeraar op de mogelijkheid om een betalingsregeling af te sluiten, via automatisch incasso te betalen en om schuldhulpverlening in te schakelen.

Inventarisatie van effecten van de tweede- en vierdemaandsbrieven

Op grond van een inventarisatie bij een viertal zorgverzekeraars kunnen we concluderen dat de tweede- en de vierdemaandsbrief elk op eigen wijze effectief zijn.

De inventarisatie betreft een totaal verzekerdenbestand van 10,7 miljoen verzekerden. Sinds het in werking treden van de wanbetalersregeling hebben de betreffende onderzochte zorgverzekeraars 700.000 tweedemaandsbrieven verstuurd. Van de aangeschreven groep verzekerden met een premieachterstand gaat ruim de helft over tot betaling van de premie. In gesprekken constateren verzekeraars dat hier relatief veel verzekerden bij zitten die hun premiebetaling onbewust (per ongeluk) niet voldaan hebben. Daarnaast neemt een groot aantal verzekerden contact op om te komen tot een betalingsregeling.

Bijna 315.000 verzekerden bij de geïnventariseerde zorgverzekeraars hebben sinds 2009 een vierdemaandsbrief ontvangen. Dit betreft vaak personen met serieuze financiële problemen. Opnieuw neemt een groot aantal verzekerden contact op met de verzekeraar om te komen tot een betalingsregeling of met een schuldhulpverlener om gedurende de stabilisatieperiode te werken aan een schuldregeling.

De geïnventariseerde zorgverzekeraars hebben in totaal bijna 220.000 mensen aangemeld bij het CVZ voor de bronheffing. Onderstaande tabel geeft compact inzicht in de percentages van verstuurde brieven en aangemelde verzekerden (sinds 2009, tot en met mei/juni 2011), gerelateerd aan het totale verzekerdenbestand. Verschillen tussen verzekeraars zijn (deels) te verklaren door verschillen in de verzekerdenpopulatie.

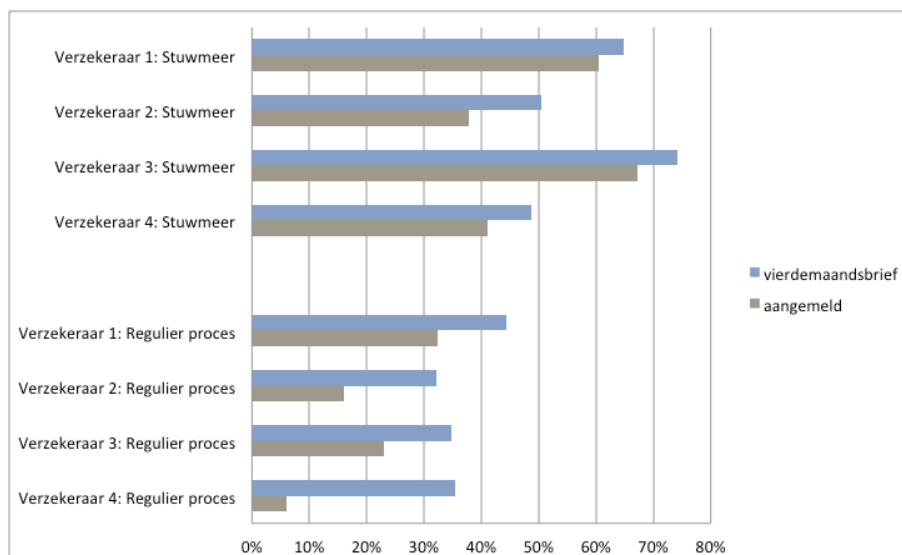
Tabel 4.1: Samenvattende tabel: verstuurde brieven en aanmeldingen bij het CVZ (aandeel op totale verzekerdenbestand per verzekeraar, periode sinds 2009 tot en met april/mei 2009)

	Verzekeraar 1	Verzekeraar 2	Verzekeraar 3	Verzekeraar 4	Aantal verzekerden	Gemiddeld
aantal tweedemaandsbrieven	5,9%	5,4%	8,2%	7,4%	697.922	6,5%
aantal vierdemaandsbrieven	2,5%	3,0%	3,5%	3,3%	314.187	2,9%
aangemeld bij CVZ	1,7%	2,5%	2,1%	2,5%	219.801	2,1%
afgemeld bij CVZ	0,4%	0,2%	0,7%	0,4%	45.927	0,4%

Bron: Door zorgverzekeraars aangeleverd cijfermateriaal (bewerking zorgVuldig Advies/Berenschot)

Een nadere gedetailleerde analyse van het cijfermateriaal levert bovendien de interessante bevestiging op dat de effecten bij het stuwmeer en bij de nieuwe gevallen aanzienlijk verschillen. Bij het stuwmeer kreeg de meerderheid van de groep die eerder een tweedemaandsbrief ontving tevens een vierdemaandsbrief. Na de vierdemaandsbrief schoof bijna iedereen door naar het bestuursrechtelijk premieregime. Van de nieuwe gevallen gaat juist 60% van de ontvangers van een tweedemaandsbrief de reguliere premie betalen. En ook van de ontvangers van de vierdemaandsbrief blijkt nog een groot deel in staat om de bronheffing bij het CVZ te voorkomen.

Figuur 4.1: Wat gebeurt er na ontvangst van de tweedemaandsbrief (aandeel verzekerden dat vierdemaandsbrief ontvangt en aandeel dat bij CVZ aangemeld wordt; onderscheid stuwmeer en regulier)



Bron: Door zorgverzekeraar aangeleverd cijfermateriaal (bewerking zorgVuldig Advies/Berenschot)

Verzwarend administratieve taken verzekeraar

Verzekeraars hebben de administratieve processen rond het berichtenverkeer, mede met het oog op de omvang van de problematiek, geautomatiseerd in hun debiteurenadministratie. Ondanks deze automatiseringsslag brengt het beheer een toename van lastendruk met zich mee. In de praktijk voert de verzekeraar voor de volgende groepen verzekerden administratie:

- regulier betalende verzekerden;
- verzekerden met een betalingsregeling (niet onder wanbetalersregeling);
- verzekerden in de stabilisatieperiode;
- verzekerden met een schuldregeling;
- verzekerden in de bronheffing.

Het voeren van een verzekerdenadministratie is een regulier onderdeel van de werkzaamheden van de verzekeraar. Uit de interviews komt echter een beeld naar voren dat zorgverzekeraars na de introductie van de wanbetalersregeling veel extra tijd kwijt zijn aan administratieve handelingen als gevolg hiervan.

Ten eerste zijn de administratieve handelingen complexer geworden vanwege het doorgeven en verwerken van polismutaties en omdat het aantal controle en toetsingsmomenten is toegenomen. Zo moet de verzekeraar bijvoorbeeld regelmatig toetsen of verzekerden in de bronheffing over zijn gegaan tot inlossing van een openstaande vordering. Dit is immers reden per direct het CVZ te berichten dat de verzekerde uit de bronheffing kan. Het bewaken en afhandelen van de interface tussen CVZ en zorgverzekeraars levert administratieve taken op.

Ten tweede is bijvoorbeeld het aanbieden van splitsing van de polis regelmatig genoemd als een overbodig administratieve handeling. Bij de tweedemaandsbrief biedt de verzekeraar de mogelijkheid aan om de polis te splitsen indien meerdere verzekerden op de polis staan. Dit betekent dat alleen degene die tot dan toe verplicht was de premie te betalen (de verzekeringsnemer) te maken krijgt met de bestuursrechtelijke premieheffing. De overige verzekerden krijgen daarbij het aanbod om zelf verzekeringnemer en dus premieplichtig te worden. In de praktijk blijkt slechts een zeer beperkt aantal verzekerden hier gebruik van te maken. Toch is splitsing van de polis een logisch instrument ten behoeve van de preventieve werking. Immers, na splitsing van de polis krijgt een medeverzekerde eerst gelegenheid om zelf de reguliere premie te voldoen, en in geval van wanbetaling is er mogelijk een extra inkomensbron beschikbaar ten behoeve van bronheffing.

Ten derde blijkt dat de begrippen verzekerde en verzekeringsnemer voor de uitvoering van de wanbetalersregeling administratieve problemen met zich meebrengt. Het onderscheid tussen deze twee is in de praktijk lastig te bepalen. Hierdoor is het in voorkomende gevallen eveneens lastig om op een polis met meerdere verzekerden een betaling van de reguliere verzekeringspremie aan een individuele verzekerde toe te rekenen.

Vroegsignalering door de verzekeraar

De belangrijke positie van de verzekeraar in de preventieve fase is met zoveel woorden ook vastgelegd in de reeds eerder genoemde convenanten en het incassoprotocol die tot doel hebben zoveel mogelijk te voorkomen dat de groep verzekerden in het systeem van de bestuursrechtelijke premie-inning terecht komt.

Als de verzekeraar deze rol daadwerkelijk goed vervult ontvangt de verzekeraar later een financiële compensatie als wanbetalers worden aangemeld bij het CVZ. Met deze “vergoeding onder voorwaarden” beoogt de wetgever een proactieve rol van de zorgverzekeraar in het kader van de uitvoering van de preventieve taken te garanderen. Voor het stuwmeer zijn afzonderlijke afspraken gemaakt over de aanmelding en de financiële compensatie.

Op basis van de afgenomen interviews en het beschikbare cijfermateriaal constateren de onderzoekers dat zorgverzekeraars hun proactieve rol wisselend invullen, mede afhankelijk van de gemeente of regio waarin men actief is. De ene verzekeraar betracht meer coulerie dan de andere verzekeraar bij het bespreken van mogelijkheden voor een passende betalingsregeling. Sommige verzekeraars houden uitdrukkelijk rekening met de situatie waarin een verzekerde terecht is gekomen. Een aantal verzekeraars (veelal – maar niet uitsluitend – de kleinere) hebben hun proactieve rol concreet vormgegeven door in een vroeg stadium actief met gemeenten en/of schuldhulpverlening te communiceren over verzekerden met betalingsproblemen. Deze verzekeraars hebben al bij de eerste tekenen van betalingsachterstand relevante ketenpartners, zoals gemeenten en schuldhulpverlening betrokken. Daarnaast participeren sommige verzekeraars in ketenprojecten met gemeenten en schuldhulpverlening met het doel om de vroegsignalering ook direct follow up te kunnen geven¹³. Andere verzekeraars beperken zich tot het uitsturen van de bij de wanbetalersregeling benoemde brieven waarin men weliswaar verwijst naar de mogelijkheden van de schuldhulpverlening maar daar verder geen proactieve rol in neemt.

In het kader van de in dit evaluatieonderzoek uitgevoerde interviews constateren wij dat er ondanks het bestaan van convenanten en incassoprotocol geen eenduidige uitvoeringspraktijk is waar te nemen op dit punt. Elke verzekeraar heeft beleidsvrijheid wat betreft het implementeren van gemaakte afspraken en heeft de mogelijkheid zelf verdergaande maatregelen te treffen. Daardoor komen vele varianten voor.

Een eerste verklaring is dat er over het delen van informatie bij het optreden van een premieachterstand veel onduidelijkheid bestaat. Vanuit de interviews constateren wij dat het voor verschillende organisaties juridische onduidelijk is wat wel en niet mag.

Een tweede verklaring voor de verschillen tussen verzekeraars is te vinden in het systeem van de wanbetalersregeling zelf. In principe is met de wanbetalersregeling beoogd dat de verzekeraars een debiteurenrisico van maximaal de hoogte van zes maanden nominale premie. Na minimaal zes maanden immers worden de verzekerden met een premieachterstand overgeheveld naar het bestuursrechtelijke regime. Het risico voor de verzekeraar blijft daarmee gemaximeerd en betrekkelijk beperkt.

¹³ Hierbij is ook de proactieve rol van de gemeente van belang. Gemeenten kunnen zelfstandig informatie over wanbetaling achterhalen via het Inlichtingenbureau. Het inlichtingenbureau ontvangt maandelijks actuele informatie van de zorgverzekeraars. Niet alle gemeenten maken in de praktijk gebruik van deze mogelijkheid.

Wettelijk kader voor deze gegevensuitwisseling

De zorgverzekeraar registreert verzekerden aan de hand van hun Burgerservicenummer (BSN) of, indien dat ontbreekt, hun sociaalfiscaal nummer. (Zvw, artikel 86 lid 1) en verifieert dat nummer bij opname in de administratie (art. 86 lid 2 Zvw jo. art. 7 Wet gebruik Burgerservicenummer in de zorg). De administratie van de zorgverzekeraar is een registratie in de zin van de Wet Bescherming Persoonsgegevens. Deze wet begrenst het gebruik (in de wet ‘verwerken’ genoemd) dat van de gegevens mag worden gemaakt. Voor de invulling van het wettelijk kader kan het College Bescherming Persoonsgegevens een door de sector voorgestelde gedragscode goedkeuren. Tot 2008 gold voor de zorgverzekeraars een dergelijke gedragscode, als addendum op de al eerder vastgestelde Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële instellingen, die ook voor banken gold. De gedragscode voor de financiële instellingen is na de maximale geldigheidsduur van vijf jaar grondig herzien, maar het addendum is niet verlengd. Het is vervangen door de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars. Dat is niet zoals het addendum een door het CBP goedgekeurde sectorale invulling van de WBP, maar een code waaraan de leden van Zorgverzekeraars Nederland zich conformeren. De meeste zorgverzekeraars verwijzen in hun polisvoorwaarden naar de code. De Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars ligt nu ter goedkeuring bij het Cbp.

Over premie-inning bepaalt de gedragscode: “Als de zorgverzekeraar gegevens over het betalingsgedrag uit het verleden verwerkt zullen deze gegevens uitsluitend gebruikt worden ten behoeve van acceptatie, controle en/of in- of excasso, en zullen de gegevens maximaal zeven jaar worden bewaard. Door een zorgverzekeraar worden in het kader van de normale afwikkeling van het betalingsverkeer persoonsgegevens doorgegeven aan de tegenpartij. Tevens worden, tenzij vooraf anders is overeengekomen, aanvullende persoonsgegevens verstrekt aan de bij de verdere verwerking van persoonsgegevens betrokken partijen, voor zover deze redelijkerwijs noodzakelijk zijn voor verificatiedoeleinden of reconstructiedoeleinden.”

Polisvoorwaarden gaan soms verder: “Wij mogen uw persoonlijke gegevens gebruiken, verstrekken aan derden of ermee procederen als dit noodzakelijk is om onze belangen te beschermen”. (CZ, zorg-op-maatpolis 2011)

Naar moet worden aangenomen hebben verzekeraars voldoende mogelijkheden om de geadmistreerde gegevens in te zetten en waar nodig uit te wisselen om achterstallige premie te innen.

Voor een zorgverzekeraar is het profijtelijk als hij “voorheen trouw betalende” verzekerden kan bewegen om hun premieachterstand in te lopen. In die gevallen loont een directe en preventieve aanpak. In andere gevallen, waar de betalingsdiscipline minder goed is en het volgen van het totale incassoprotocol met de nodige kosten gemoeid gaat, lijkt een minder duidelijke prikkel in het systeem aanwezig te zijn om verzekeraars tot preventiebeleid te stimuleren. De prikkel werkt in die gevallen eerder averechts. De schade blijft voor de verzekeraar beperkt zodra de verzekerde met premieachterstand in de bronheffing is opgenomen.

Als voorbeeld van falend preventief beleid troffen de onderzoekers de situatie aan waarin verzekerden met ontbrekende woon- en verblijfplaats werden aangedragen bij het CVZ. Het incassoprotocol schrijft echter voor dat een verzekeraar na de vierdemaandsbrief een deurwaarder inschakelt, waarna de constatering kan volgen dat een persoon niet op het correspondentieadres woonachtig is.

Als de tweedemaandsbrief, de vierdemaandsbrief en de deurwaarder nooit aankomen bij de wanbetaler, hebben de preventieve activiteiten van een verzekeraar per definitie geen effect.

In de praktijk komen situaties voor waarbij de verzekeraar merkt dat adresgegevens van de verzekerde niet kloppen. De verzekeraar hanteert vervolgens zijn eigen voorkeur als adres. Het gevolg daarvan is een brievenstroom in het kader van de wanbetalersregeling en/of de eigen incassoprocedure via de achterkant naar de voordeur van het pand van de verzekeraar. Het CVZ ontvangt na zes maanden vanuit de eerste schakel in de keten verzekerden die in aanmerking komen voor bronheffing maar waarbij de juiste informatie om deze mensen te benaderen ontbreekt. Conform het incassoprotocol zou deze situatie zich feitelijk niet voor mogen doen.

Betalingsregeling en incassotraject door verzekeraars

Met het uitsturen van de correspondentie in het kader van de wanbetalersregeling start in de preventieve fase ook het incassoproces van de zorgverzekeraar zelf. Daarbij spelen de volgende processen een rol:

- Het aanbieden van betalingsregelingen aan verzekerden (bij de tweede- en vierdemaandsbrief)
- Het opstarten van incasso maatregelen bij geen reactie op de aangeboden betalingsregeling

In de praktijk biedt de verzekeraar de verzekeringnemer met premieachterstand een betalingsregeling aan. Verzekeringnemers die een dergelijke regeling treffen staan dus niet geregistreerd als wanbetaler in het kader van de wanbetalersregeling. Op basis van de privaatrechtelijke verzekeringsovereenkomst betreft het hier een individuele regeling tussen verzekeraar en verzekeringnemer. Zolang de verzekeringnemer het afgesproken bedrag op basis van de overeenkomst zal betalen blijft de verzekeringnemer uit de bronheffing.

Indien betaling van de premie ook na het aanbieden van een betalingsregeling achterwege blijft start de verzekeraar het incassotraject. Het incassotraject kan daarbij uit de volgende onderdelen bestaan:

- incasso van de niet betaalde premie voor de basisverzekering;
- incasso van de niet betaalde premie voor de aanvullende verzekering;
- incasso van het niet betaalde eigen risico;
- incasso van niet betaalde eigen bijdragen.

Uit de afgenomen interviews is een onduidelijk beeld ontstaan omtrent de uniformiteit in het incassobeleid door verzekeraars in de preventieve fase. Iedere verzekeraar die de wanbetalersregeling uitvoert hanteert minimaal hetzelfde incassoprotocol, maar sommige verzekeraars houden zich actiever dan anderen bezig met voorkomen dat wanbetalers in de bronheffing terecht komen. Met name vanuit interviews met deurwaarders komt een beeld naar voren van aanzienlijke verschillen in aanpak door verzekeraars.

Daarenboven is de vraag of het huidige Incassoprotocol nog voldoende dekkend is voor het vormgeven van preventieve activiteiten door verzekeraars zoals die beoogd zijn bij de totstandkoming van de wanbetalersregeling. Naleving van het huidige Incassoprotocol door verzekeraars lijkt op basis van interviews nog niet tot de gewenste situatie te leiden. In het reguliere proces (na verwerking van het stuwmeer) worden bij het CVZ nog altijd verzekerden zonder adres of met fout adres aangemeld voor de bronheffing.

Uit diverse gesprekken en de jaarverslagen van de SKGZ blijkt dat de bereidheid tot het treffen van een betalingsregeling verschilt. Daarbij geldt de kanttekening dat het in de stuwmeersituatie anders lag dan in de huidige situatie. Op dit moment zijn minimumafspraken van kracht over “redelijke termijnen” bij betalingsregelingen.

Verzekeraars en de stabilisatieperiode

De wanbetalersregeling kent het bij amendement¹⁴ ingevoegde onderdeel van de stabilisatieovereenkomst. Met het sluiten van de stabilisatieovereenkomst kan de verzekeringnemer (aanmelding voor) bestuursrechtelijke premieheffing voorkomen of opheffen. Na het sluiten van de stabilisatieovereenkomst start een periode van maximaal acht maanden waarin de verzekeringnemer onder begeleiding van een schuldhulpverlener de tijd heeft om schulden te stabiliseren, een saldo opgave van alle schuldeisers te krijgen en na te gaan of een schuldregeling haalbaar is. Als een schuldregeling haalbaar is wordt de overeenkomst door schuldenaar en schuldeisers ondertekend en is de stabilisatieperiode ‘succesvol’ afgesloten¹⁵. De toegevoegde waarde van de stabilisatieovereenkomst staat reeds vanaf het begin van de wanbetalersregeling ter discussie. Bij een enkelvoudige schuld vindt geen schuldhulpverlening plaats maar volstaat een enkelvoudige betalingsregeling met de verzekeraar. Bij meervoudige schulden is het in de praktijk vaak lastig om, gezien de complexe schuldsituaties, binnen de gestelde tijd tot een oplossing te komen.

In essentie worden gedurende de acht maanden alle lopende incassoprocedures stopgezet. De verzekeringnemer blijft wel met behulp van schuldhulpverlening de lopende verzekeringspremie betalen. Op basis van het convenant tussen de NVVK en ZN (het ‘kleine’ convenant) mogen incassomaatregelen in verband met niet-betaald eigen risico en eigen bijdragen gedurende die acht maanden wel worden gecontinueerd.

In de praktijk blijkt ongeveer 50% van de stabilisatieovereenkomsten ook daadwerkelijk te leiden tot een schuldregeling binnen de periode van acht maanden. Ondanks dit relatieve succes blijkt de toepassing van de stabilisatieovereenkomst echter beperkt. In totaal gaat het om 21.621 pogingen om via een stabilisatieovereenkomst tot een schuldregeling te komen op het totaal van ruim 300.000 wanbetalers. Van die 21.621 pogingen is het dus in de helft van de gevallen tot een lopende schuldregeling gekomen.¹⁶ In de andere helft van de gevallen komt er binnen de periode van acht maanden geen schuldregeling tot stand.

In deze laatste situatie komen verzekeringnemers met een premieachterstand en een vertraging van acht maanden alsnog in de bronheffing terecht.

¹⁴ TK, 2008-2009, 31 736, nr. 11

¹⁵ Schuldhulpverleners spreken liever over twee opeenvolgende perioden van (ongeveer) vier maanden. Het eerste deel is de stabilisatieperiode waarin wordt gestreefd naar het op orde brengen van de reguliere betalingen. Vervolgens worden de verzoeken voor saldo-opgave door schuldeisers verstuurd en start het tweede deel: de periode om een schuldregeling te maken.

¹⁶ Bron: overzicht wanbetalers in cijfers CVZ stand van zaken 2009 tot en met juni 2011

Een veel genoemde oorzaak voor het mislukken van de schuldregeling is de complexiteit van de schuldenportefeuille. Een samenloop van schulden (gas, water, energie, huur etc.) en de tijd die verstrijkt voordat een schuld gestabiliseerd is en alle saldo-opgaven binnen zijn, maakt het in veel gevallen lastig om binnen de afgesproken termijn tot een schuldregeling te komen.

Uit interviews komt rond de totstandkoming van schuldregelingen een ander problematisch punt naar voren. Regelmatig komt het voor dat mensen pas een stabilisatieovereenkomst sluiten nadat ze in de bronheffing terecht zijn gekomen. Dit levert extra werkzaamheden op rond de aan- en afmelding voor de bronheffing. In de interviews is hiervoor een aantal oorzaken aangedragen:

- verzekeringnemers met een betalingsachterstand ondernemen zelf pas heel erg laat actie waardoor termijnen worden overschreden;
- er zijn wachttijden bij de intake of bij behandeling door schuldhulpverleners van het dossier¹⁷.

Tot slot komt uit de interviews een beeld naar voren dat er vrij weinig zicht is op de kwaliteit van handelen door schuldhulpverleners. Dit gebrek aan transparantie komt in geen geval ten goede aan de onderlinge samenwerking in de preventieve fase.

4.3 De gemeente en de schuldhulpverlening

Uit de interviews bij gemeenten is gebleken dat gemeenten de technische uitvoering van de wanbetalersregeling op dit moment redelijk op orde hebben. Wel geven gemeenten, net als verzekeraars, aan door de inwerkingtreding van de wanbetalersregeling een toename in werkdruk te ervaren. Deze werkdruk is voor een deel te verklaren door de moeizame onderlinge communicatie in de keten. Doordat er regelmatig sprake is van onjuiste adressering of niet sluitende administraties tussen verschillende actoren ontstaan er extra werkzaamheden.

Collectieve verzekering voor uitkeringsgerechtigden en overige minima

De in het kader van dit onderzoek betrokken gemeenten (G4) en ook vele andere gemeenten bieden collectieve verzekeringen aan voor uitkeringsgerechtigden en andere minima. Deze helpen bij de preventie van wanbetaling. Daarbij kan het gaan om collectieve verzekeringen voor de basisverzekering en/of een basisverzekering inclusief aanvullende verzekering. Gemeenten nemen in het kader van deze collectiviteiten soms ook het verplichte eigen risico voor eigen rekening.

De premie-inning voor deze collectieve verzekeringen verloopt soms via directe inhouding op de uitkering (uitkeringsgerechtigden) en soms op basis van acceptgiro of een automatische incasso (overige minima).

¹⁷ In de Kamerstukken over het Armoedebeleid wordt gerapporteerd over deze wachttijden. "Het merendeel van de onderzochte gemeenten heeft tijdens de crisis te maken gehad met een toename van het aantal aanmeldingen voor schuldhulpverlening. Zonder extra middelen zouden ze deze groep niet of slechts met vertraging hebben kunnen helpen. Zij geven daarbij aan dat door de inzet van de extra middelen de wachttijden redelijk tot sterk zijn gedaald." („ (TK, 24515, nr. 192)

Gemeenten zijn over het algemeen positief over deze wijze van premie-inning omdat deze in belangrijke mate bijdraagt aan het voorkomen van betalingsachterstanden. Dit bevestigt het beeld dat er binnen de doelgroep veel personen zijn die zelf moeite hebben om hun financiën te beheren. Hoewel deze vorm van premie-inning uiterst effectief lijkt te werken is er ook kritiek. Zo staat de directe premie-inning haaks op de gedachte om de zelfstandigheid van inwoners in de gemeente zo veel mogelijk te bevorderen. Daarenboven levert de directe inhouding op de uitkering problemen op bij inwoners met een onregelmatig arbeidspatroon (in gesprekken ook wel ‘knipperbollen’ genoemd).

Ten principale echter overheerst het beeld dat het effect van directe inhouding op de uitkering succesvol werkt vanuit het oogpunt van preventie. Zonder rechtstreekse inhouding op de uitkering zou het aantal wanbetalers onder uitkeringsgerechtigden en andere minima sterk toenemen, zo is het vermoeden.

Daar waar schuldensituaties toch ontstaan en uitzichtloos lijken te worden kan de inwoner van een gemeente een beroep doen op de schuldhulpverlening. Vaak werkt de gemeente daarbij samen met andere partners, zoals bijvoorbeeld (gemeentelijke) kredietbanken en maatschappelijk werk. Door middel van een intakegesprek, waarin het ontstaan van de schulden, de mogelijke oplossing en de sociale problematiek wordt besproken, gaat een schuldhulpverlener aan de slag met het dossier.

In de interviews hebben gemeenten meerdere malen aangegeven dat het in het kader van de schuldhulpverleningstaken noodzakelijk is om zo vroeg mogelijk inzicht te krijgen in het ontstaan van betalingsachterstanden. Hoe eerder men inzicht heeft des te sneller kan men actie ondernemen.

Op grond van de Wet Werk en Bijstand (WWB) zijn zorgverzekeraars verplicht op verzoek van gemeenten melding te maken van een betalingsachterstand bij degene die een WWB-uitkering ontvangt. Deze informatiestroom loopt geautomatiseerd via het Inlichtingenbureau. Gemeenten ontvangen momenteel op incidentele basis informatie van zorgverzekeraars en ontvangen in ieder geval geen afschriften van de tweede- en vierdemaandsbrieven. Wel is het Referentiebestand Verzekerden Zorgverzekeringswet (RBVZ) beschikbaar voor gemeenten om inzicht te krijgen in betalingsachterstanden van andere inwoners. Zij zijn hiervan echter niet goed op de hoogte en maken nauwelijks gebruik van deze mogelijkheid. Voor gemeenten is het eenvoudiger als zij een signaal ontvangen, dan dat ze (actief, periodiek) het referentiebestand doorwerken om te zien of er toevallig bewoners van hun gemeente zijn met een nieuwe betalingsachterstand. Afspraken hierover kunnen worden opgenomen in het Incassoprotocol zoals dat geldt voor alle verzekeraars, zodat extra werk en meerkosten voor iedereen vergelijkbaar zijn.

4.4 De organisatie van de preventieve taken en de impact op de doelgroep

Communicatie met de doelgroep

De wanbetalersregeling beoogt mogelijke wanbetalers zo vroeg mogelijk te identificeren. Direct en indirecte communicatie met de doelgroep speelt daarbij een belangrijke rol. In de praktijk krijgt deze vorm door het versturen van de tweede- en vierde maandsbrieven en tussentijdse correspondentie op basis van het incassoprotocol van de verzekeraars. Kortom, communicatie met de verzekerde krijgt in beginsel vorm door het versturen van brieven. Hoewel de uitgangspunten van de wanbetalersregeling in het incassoprotocol zijn verwerkt zorgt dit in de praktijk voor veel schriftelijke communicatie met verzekerden. Het komt voor dat een tweedemaandsbrief in het kader van de wanbetalersregeling

vrijwel tegelijk met een betalingsherinnering of sommatie wordt verstuurd, terwijl het om dezelfde schuld gaat.

Een inventarisatie levert de volgende opsomming in de totale keten tot aan het CJIB op:

- prolongatie (uitstel vervalddag)
- eerste herinnering
- tweede herinnering plus aanmaning
- tweedemaandsbrief
- eerste sommatie
- tweede sommatie
- vierdemaandsbrief
- start gerechtelijk traject deurwaarder
- zesdemaandsbrief, aanmelding bij CVZ
- CVZ Besluit bestuursrechtelijke premie zorgverzekering
- CVZ Beslissing wijziging inning (overgedragen aan CJIB)

Door de hoeveelheid aan brieven ziet de wanbetaler door de bomen het bos niet meer. Tijdens de interviews werden hiervoor meerdere oorzaken genoemd. Verzekerden openen hun post niet, begrijpen de inhoud van de brief niet, zijn functioneel analfabeet, zijn niet zelfstandig in staat om de financiële consequenties te overzien, kiezen bewust niet voor de route van vroegtijdige schuldhulpverlening of zijn niet woonachtig op het bewuste adres.

In de praktijk treffen de onderzoekers verschillende mengvormen van communicatie met de doelgroep aan, veelal in de vorm van een projectmatige samenwerking tussen actoren. Voorbeelden zijn direct telefonisch contact en contact aan de voordeur aanvullend op verzending van schriftelijke correspondentie. De kosten van preventieve activiteiten variëren. Uniformiteit in aanpak op dit punt tussen actoren in de keten treffen de onderzoekers niet aan.

Het spanningsveld tussen straffen en helpen; paradox in de uitvoering

Vanuit de uitvoeringspraktijk in de preventieve fase bezien komt in de uitvoeringspraktijk een beeld naar voren van een zeker spanningsveld tussen de letter en de geest van de wanbetalersregeling.

De wanbetalersregeling beoogt het probleem van premieachterstand aan de bron aan te pakken. De druk op verzekeringnemer om de verzekeringspremie alsnog te betalen wordt zo hoog mogelijk opgevoerd door dreiging met incassokosten en de overgang naar de bronheffing.

Schuldhulpverlening daarentegen beoogt mensen met betalingsachterstanden door middel van een integrale aanpak van de schuldenproblematiek te helpen om hun financiële problemen blijvend op te lossen. Daartoe zijn in de wanbetalersregeling ook mogelijkheden gecreëerd. Verzekeraars geven aan dat er een methode is om niet-kunners van niet-willers te onderscheiden, namelijk doordat niet-kunners zelf contact opnemen voor hulp terwijl niet-willers doorgaans geen enkele reactie geven.

De pluriformiteit van de doelgroep maakt het in de uitvoeringspraktijk echter erg lastig om een onderscheid te maken in bepaalde groepen. Naast personen die er bewust voor kiezen om het systeem te omzeilen zijn er groepen sociaal maatschappelijk zwakkeren, functioneel analfabeten, moeilijk bereikbare jongeren, dak- en thuislozen, mensen met psychische problemen etc.

De aard van de doelgroep

Bij de totstandkoming van het wetsvoorstel structurele maatregelen wanbetalers is regelmatig het onderscheid tussen niet-willers (mensen die de premie niet willen betalen) en niet-kunners gemaakt om de vermoedelijke verschillen binnen de doelgroep te duiden.

Geïnterviewden geven eigenlijk unaniem aan dat er, ten aanzien van de resultaten van de verwerking van het stuwmeer¹⁸, inderdaad sprake lijkt te zijn van een dergelijke tweedeling. Het vermoeden is dat een grote groep “traditionele” wanbetalers bij de introductie van de wanbetalersregeling, door middel van het zogenaamde stuwmeer van bestaande gevallen, is overgegaan in de bronheffing. De bulk van slechte betalers is daarmee opgenomen in het bestuursrechtelijke regime. Daarnaast is het vermoeden uitgesproken dat als gevolg van de financieel economische crisis er tevens een aanzienlijke groep “nieuwe” gevallen is waarvan het profiel vooral als niet-kunner kan worden geschetst.

De hele discussie over niet-kunners en niet-willers of machtigen en onmachtigen is, hoe belangrijk en begrijpelijk ook, vanuit de tekst van de wanbetalersregeling irrelevant. De wanbetalersregeling zelf kent heldere criteria over wanneer iemand een wanbetaler is. Niet kunnen of niet willen betalen is daarbij geen onderscheidend criterium. Het preventie instrumentarium rond de wanbetalersregeling erkent het onderscheid in die zin ook niet. Op basis van de wanbetalersregeling zelf en de gesloten convenanten is het instrumentarium voor alle personen met een betalingsachterstand gelijk, ongeacht hun motieven.

Echter, het maken van onderscheid tussen personen die kunnen en willen betalen versus personen die absoluut niet willen betalen lijkt op basis van afgenomen interviews wel een methode om goed preventiebeleid te kunnen voeren. Bij de eerste groep is de kans op succesvolle hulpverlening groot, bij de tweede groep is snel opschakelen naar zwaardere incassomaatregelen de gewenste oplossing. Voor beide groepen zou het raadzaam zijn om in plaats van een termijn van zes maanden een termijn van vier maanden aan te houden. Verzekeraars geven aan dat mensen in problemen vaak zelf contact opnemen om te werken aan een oplossing.

Ondanks de pluriforme doelgroep is het vroegtijdig in kaart brengen van onwil en onmacht in projecten gericht op preventie daarom wel degelijk een belangrijk uitgangspunt. In beginsel staan bij dit soort projecten drie principes aan de projectaanpak centraal:

- vroegtijdige signalering van een probleemgeval;
- vroegtijdige selectie van onmacht of onwil en een daarop gebaseerde keuze voor het instrument (bijvoorbeeld door direct contact met gemeente of schuldhulpverlening);
- samenwerking tussen verzekeraars, gemeenten en schuldhulpverlening.

De activiteiten die zorgverzekeraars uitvoeren om te voorkomen dat verzekeringnemers wanbetaler worden en in het bestuursrechtelijke regime terechtkomen verschillen per verzekeraar. Sommige verzekeraars gaan verder dan het naleven van het incassoprotocol. Zij voeren zeer actief beleid ter

¹⁸ Brief van het CVZ aan de minister van VWS van 4 juni 2009, inzake nader advies wanbetalers: planning stuwmeer en compensatieregeling.

voorkoming van wanbetaling. Goede voorbeelden van initiatieven die zorgverzekeraars ondernemen zijn:

- Gegevens van een wanbetaler vroegtijdig en actief doorgeven aan de gemeente, zodat deze de wanbetaler kan benaderen met een hulpaanbod voor schuldhulpverlening. Over juridische (on)mogelijkheden van dergelijke initiatieven bestaat overigens veel onduidelijkheid onder partijen. Sommige partijen delen geen gegevens, of deden dit wel maar doen dit momenteel niet meer, omdat zij onzeker zijn over de juridische houdbaarheid van deze werkwijze.
- Afspraken met gemeenten om bij verzekeringnemers met een uitkering de premie rechtstreeks in te houden op die uitkering. Dit voorkomt dat de premie later via het CVZ alsnog op de uitkering wordt ingehouden met de 30% opslag.
- Actief benaderen van wanbetalers via een eigen callcenter, om via een directe persoonlijke benadering afspraken te maken met de wanbetaler (bijvoorbeeld een betalingsregeling).
- ‘Profilering’ van wanbetalers, waarbij onderscheid gemaakt wordt naar ‘niet-willers’ en ‘niet-kunners’. Hierdoor stemt men het beleid af op de wanbetaler: ruimte geven zodat schuldhulpverlening tot een schuldregeling kan komen of juist optreden met incassomaatregelen.

De reden dat een aantal verzekeraars dergelijke initiatieven neemt ligt doorgaans in een bepaalde marktvisie of bedrijfsopvatting. Van uniformiteit in preventief- en debiteurenbeleid door verzekeraars en andere ketenpartners rekening houdend met de aard van doelgroep is echter nog geen sprake. In opdracht van het Ministerie van VWS hebben Credit Yard en Phyleon onderzoek uitgevoerd naar de effectiviteit van het huidige instrumentarium in relatie tot de doelgroep¹⁹. Dat onderzoek onderstreept deze constatering. Uit het onderzoek blijkt dat de huidige benadering nog steeds partieel is.

- Incassobureaus richten zich op de eerste fase, CJIB adresseert excessen alsof er “gesloten compartimenten” zijn. Maar individuen houden zich hier niet aan.
 - De debiteur wordt niet door de keten heen gevolgd.
 - Geen early warning waardoor problemen groeien.
 - Financieel suboptimaal voor de gehele zorgsector.
- Gedifferentieerde benadering van individuen en/of groepen debiteuren vindt niet plaats.
- De politieke keuze voor een gebalanceerde mix van preventie en repressie lijkt niet te zijn gemaakt.
- De “waarom” –vraag over het gedrag wordt niet gesteld.
- De kern (*gedragsbeïnvloeding*) wordt niet gerealiseerd.

Daar waar een gedragsverandering van de doelgroep werd gevraagd; namelijk dat zij ten aanzien van de zorgverzekering zelf verantwoordelijk werden voor hun eigen beslissingen, is hierop in het instrumentarium onvoldoende geanticipeerd.

¹⁹ Casting for Credit, gedragsonderzoek naar wanbetaling van verzekerden, Phyleon & Credit Yard, Den Haag 6 april 2010.

4.5 Conclusies

De introductie van de wanbetalersregeling heeft bij zorgverzekeraars tot een toename van administratieve lasten geleid. Daarbij komt (juridische) onduidelijkheid over de mogelijkheid van de het delen van informatie over aankomende wanbetalers tussen actoren in de preventieve fase. Ook bestaat er onduidelijkheid tussen actoren in de preventieve fase over wie primair verantwoordelijk is voor het achterhalen van de juiste woon- en verblijfplaats van een verzekerde met premieachterstand.

Er bestaan, ondanks het Incassoprotocol, verschillen in aanpak bij de uitvoering van het individuele incassotraject tussen verzekeraars. Er is geen uniforme aanpak onder verzekeraars voor wat betreft vroegsignalering in de preventieve fase. Sommige verzekeraars gaan verder dan het naleven van het incassoprotocol. Zij voeren zeer actief beleid ter voorkoming van wanbetaling. In gevallen waar de betalingsdiscipline minder goed is en het volgen van het totale incassoprotocol met de nodige kosten gemoeid gaat, lijkt een minder duidelijke prikkel in het systeem aanwezig te zijn om verzekeraars tot preventiebeleid te stimuleren. De prikkel werkt in die gevallen eerder averechts. De schade blijft voor de verzekeraar beperkt zodra de verzekeringnemer met premieachterstand in de bronheffing is opgenomen. Daarenboven is de vraag of het huidige Incassoprotocol voldoende dekkend is voor het vormgeven van preventieve activiteiten door verzekeraars zoals die beoogd zijn bij de totstandkoming van de wanbetalersregeling.

Een deel van de doelgroep komt lastig in beweging, dus daarvoor zijn andere strategieën gewenst. De naleving van het huidige Incassoprotocol door verzekeraars lijkt op basis van interviews nog steeds tot ongewenste situaties te leiden: ook in het reguliere proces (na verwerking van het stuwmeer) worden bij het CVZ verzekerden zonder adres of met fout adres aangemeld voor de bronheffing.

Er blijkt een groep verzekerden te zijn die de verantwoordelijkheid van zelfstandig premie betalen onvoldoende aan kan. Voor die groep zijn initiatieven ontstaan van onder andere gemeenten die voor uitkeringsgerechtigden en andere minima collectieve verzekeringen aanbieden waarbij de premie via automatische machtiging op de uitkering wordt ingehouden. Deze directe inhouding door gemeenten van de zorgverzekeringspremie voorkomt een toename van het aantal wanbetalers binnen deze groep.

Samenwerking tussen de actoren in de preventieve fase van de wanbetalersregeling komt voor in projectvorm maar is geen common practice. De aanpak van verzekeraars op het punt van proactief handelen om wanbetaling te voorkomen verschilt van voldoen aan de letter van de wanbetalersregeling (uitsturen brieven) tot actieve samenwerking met gemeenten en schuldhulpverlening.

Op een totaal van ruim 300.000 wanbetalers is de toepassing van stabilisatieovereenkomsten (21.000 pogingen) redelijk beperkt. In de praktijk blijkt 50% van de stabilisatieovereenkomsten tot een succesvolle schuldregeling te leiden.

Projecten waarin actoren samenwerken op het vlak van preventie maken duidelijk dat een snelle benadering voor hulpverlening en als die faalt een snelle incasso een bijdrage kan leveren aan de beperking van het aantal wanbetalers.

5 Bestuursrechtelijk regime

5.1 Inleiding

De Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering bevat maatregelen om wanbetalers alsnog de nominale premie voor hun zorgverzekering te laten betalen²⁰. Aangezien bij de doelgroep sprake is van wanbetaling waarbij normale inningsinstrumenten onvoldoende succesvol blijken, is gekozen voor overheidsingrijpen. Om de druk op wanbetalers te verhogen is de mogelijkheid gecreëerd om een preferente bestuursrechtelijke premie op te leggen, zodra een betalingsachterstand is ontstaan ter hoogte van zes maandpremies. Deze hogere premie bevat tevens een prikkel om uit het bestuursrechtelijk premieregime te stromen. Dit hoofdstuk beschrijft de systematiek van het bestuursrechtelijk regime en geeft inzicht in de effectiviteit van de maatregelen.

5.2 Wanbetalers en de systematiek van de wanbetalersregeling

Heeft een verzekeringnemer een premieachterstand ter hoogte van zes maanden nominale premie openstaan, dan moet de zorgverzekeraar die verzekeringnemer onder het bestuursrechtelijk premieregime brengen, tenzij een uitzonderingssituatie zich voordoet zoals genoemd in de Zvw. De premieachterstand 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 zijn premie gedeeltelijk betaalt dan wel als er verrekening met gedeclareerde nota's plaatsvindt. Vanaf het moment van aanmelding bij het College voor zorgverzekeringen (CVZ) 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 door hem verzekerde personen) een bestuursrechtelijke premie betalen aan het CVZ²¹. Tevens moet hij de totale achterstallige premie inclusief eventuele incassokosten nog aan zijn zorgverzekeraar voldoen.

Het CVZ legt de bestuursrechtelijke premie op en is verantwoordelijk voor de inning ervan. Om de uitvoering mogelijk te maken melden de zorgverzekeraars de betreffende verzekerden aan bij het CVZ. De verzekeraar moet, bij het overdragen van de verzekeringnemer naar het CVZ, het CVZ voorzien van de nodige persoonsgegevens. Het gaat daarbij om:

- BSN-nummer van de verzekeringnemer;
- NAW-gegevens van de verzekeringnemer;
- Geboortedatum van de verzekeringnemer;
- Telefoonnummer van de verzekeringnemer;
- Een bevestiging dat er sprake is van langdurige premieachterstand.

²⁰ Daarnaast is er een inkomensafhankelijke premie. Dit staat echter los van de wanbetalersregeling die in het leven geroepen is om de inning van het nominale premiedeel te verbeteren.

²¹ De schuld kan wel oplopen: de verzekeraar blijft het wettelijk verplicht eigen risico incasseren en brengt kosten in rekening voor het incassobureau.

Box: De verschillende premie begrippen en hun hoogte

Nominale premie (basispakket)	De premie die iedere verzekeraar jaarlijks voor zijn eigen polissen vast stelt.
Standaardpremie	De premie die is opgenomen in de Wet op de Zorgtoeslag is hoger dan de gemiddelde nominale premie. Het betreft een bedrag dat bestaat uit de in de markt gemeten premie, gecorrigeerd voor het verplicht eigen risico. De minister van VWS heeft de standaardpremie voor het jaar 2011 vastgesteld op € 1375 per jaar (€114,58 per maand, was €105,17 in 2010 en €100,75 in 2009).
Bestuursrechtelijke premie	De standaardpremie is basis voor de bestuursrechtelijke premie in de wanbetalersregeling. Deze bestuursrechtelijke premie is <i>130 procent</i> van de standaardpremie en komt per maand op €148,95 uit (was €136,72 in 2010 en €130,98 in 2009).

De verzekeraar geeft de melding ook door aan de verzekeringnemer en aan eventuele door hem verzekerde personen waarvoor eveneens geldt dat er een premieachterstand ter grootte van zes maanden nominale premie is, zodat alle betrokkenen op de hoogte zijn van het onder het bestuursrechtelijk premieregime brengen van de betreffende zorgverzekering(en).

Bijdrage aan verzekeraars voor het verzekerd houden van wanbetalers

Wanneer een zorgverzekeraar een wanbetaler aanmeldt bij het CVZ, heeft dit niet alleen consequenties voor de wanbetaler maar ook voor de verzekeraar. De zorgverzekeraar ontvangt geen nominale premie meer van de wanbetaler, terwijl hij deze wel verzekerd dient te houden. Om tegemoet te komen aan deze inkomstenderving ontvangen de zorgverzekeraars financiële compensatie. De zorgverzekeraar ontvangt per aangemelde wanbetaler een bijdrage ter grootte van de standaardpremie op basis van deze vergoedingsregeling²². Net als de heffing en inning van het bestuursrechtelijk premieregime, wordt deze regeling uitgevoerd door het CVZ.

Het CVZ betaalt de bijdrage maandelijks in de vorm van één macro voorschot per verzekeraar en zendt de zorgverzekeraar een specificatie waarop het aantal aan- en afmeldingen van wanbetalers per maand en de hoogte van het betaalde voorschot vermeld zijn. Met de specificatie zendt het CVZ een verklaring mee welke de zorgverzekeraar dient te ondertekenen en te retourneren. Door ondertekening van de verklaring bevestigt de zorgverzekeraar dat hij zich heeft gehouden aan de verplichtingen in het voortraject.

Na verstrijken van een kalenderjaar stelt het CVZ een voorlopige jaarrekening op, gevolgd door een definitieve jaarrekening weer een jaar later. In de definitieve jaarrekening wordt de totale bijdrage berekend waarop de zorgverzekeraar over één kalenderjaar recht heeft.

²² Naast een vereveningsbijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds waarvan de hoogte afhankelijk van het risicoprofiel van de verzekerden bij een zorgverzekeraar. De wanbetalersregeling ziet specifiek op compensatie van premiederving voor de nominale premie.

De NZa controleert voorafgaand aan het vaststellen van de definitieve bijdrage of de zorgverzekeraar zich aan alle verplichtingen heeft gehouden.

In de praktijk is het lastig om te controleren of de zorgverzekeraar zich inderdaad aan alle verplichtingen heeft gehouden. Zeker rond de aanmeldingen van het stuwmeer bestaat de indruk dat een groep 'onvindbare' wanbetalers is opgenomen in de regeling, waarbij twijfel bestaat over de verzekeringsplicht. Het CVZ geeft ter indicatie aan dat de omvang van deze groep circa 30.000 personen betreft. Van deze groep is geen geldig GBA-adres noch correspondentieadres bekend. Er kan geen bestuursrechtelijke premie worden geïnd. Maar de zorgverzekeraars krijgen voor deze groep aangemelde verzekerden toch compensatie.

Bestuursrechtelijke premie en opslag

De bestuursrechtelijke premie is vastgesteld op 130% van de standaardpremie (€148,95 per maand in 2011). Een groot deel van de doelgroep blijkt echter nauwelijks ontvankelijk voor de (extra) financiële prikkel: uit gesprekken blijkt dat de 30% opslag niet leidt tot minder aanmeldingen dan oorspronkelijk ingeschat.

In het algemeen kunnen we constateren dat mensen overprikkeld raken en/of dat de prikkel te laat komt (na zes maanden). Bovendien geldt in zeer veel gevallen dat mensen in een problematische schuldsituatie zitten waarvoor geldt dat een premieachterstand voor de zorgverzekering maar één van de schulden betreft. De opslag verhoogt in feite de schuldsituatie waarin mensen zich begeven of – anders gezegd – de maandelijkse opslag gaat ten koste van de eventuele aflossingscapaciteit van wanbetalers.

Daarom is door gesprekspartners de wens geuit om de 30% opslag om te vormen naar een bijdrage in de schuldreductie. Sommige verzekerden ervaren de betaling op dit moment al als 30% voor aflossing van hun schuldsituatie. Een dergelijke constructie kan alleen bijdragen aan de aflossing van alle concurrente schulden en zou er toe leiden dat publiekrechtelijk opgebrachte middelen vloeien naar privaatrechtelijke schuldeisers.

Incassoproblematiek bij minima

Voor mensen met een uitkering op minimumniveau is ten aanzien van de inning van de bestuursrechtelijke premie een afwijkende regeling tot stand gekomen. Omdat minima door een broninhouding van 130% van de standaardpremie onder de beslagvrije voet kunnen komen, wordt op hun inkomen maar 100% van de standaardpremie via broninhouding geïnd. Voor de overige 30% ontvangen zij een acceptgiro van het CJIB.

In veel van die zaken wordt niet betaald en komt de deurwaarder langs. Deze legt voor die 30% derdenbeslag bij de uitkeringsinstantie – op dezelfde uitkering waar bronheffing plaatsheeft. Met alle rechtmatige opslagen die de deurwaarder in rekening brengt, loopt de oorspronkelijke nota van circa €30 of €40 op tot een veelvoud daarvan.

In diverse interviews is aangegeven dat deze splitsing voor de doelgroep, mede gelet op de gesignaleerde kostentoeename als gevolg van het deurwaarderstraject, geen enkele toegevoegde waarde heeft en derhalve niet werkt. Wij adviseren de feitelijke incasso van het 30% deel bij de minima achterwege te laten.

Rechtsbescherming om te voorkomen dat iemand ten onrechte wordt aangemeld

Er is voorzien in een civielrechtelijke rechtsbescherming voor gevallen waarin een verzekeringnemer van mening is dat hij geen (of beperkte) premie-achterstand heeft, om te voorkomen dat iemand ten onrechte in het bestuursrechtelijk regime terecht komt. De zorgverzekeraar mag iemand pas als wanbetaler aanmelden bij het CVZ als hij, nadat een premie-achterstand van vier maanden is ontstaan, het voornemen daartoe in de vierdemaandsbrief aan de verzekeringnemer kenbaar heeft gemaakt en een termijn van vier weken heeft gegeven om daartegen te protesteren. Protesteert de als wanbetaler aangemerkte verzekeringnemer, dan dient hij zich eerst te wenden tot de verzekeraar. Als de kwestie niet wordt opgelost, kan de verzekeringnemer zich – weer binnen een termijn van vier weken – wenden tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) of tot de burgerlijke rechter.

Uit de jaarverslagen van de SKGZ en het gevoerde interview blijkt dat het aantal ingediende zaken lager ligt dan ingeschat. Er zijn meerdere redenen mogelijk als verklaring voor deze lagere instroom. Een deel van de doelgroep leest naar alle waarschijnlijkheid de post niet of niet goed waardoor men niet goed op de hoogte is van de mogelijkheid de kwestie aan de SKGZ voor te leggen. Hierbij zou kunnen meespelen dat de zorgverzekeraars in hun vierdemaandsbrief doorgaans wel wijzen op de mogelijkheid om bezwaar te maken bij de SKGZ, maar daar weinig of geen concrete contactinformatie bij vermelden.

Een andere verklaring kan zijn dat de betrokkene – vanwege andere schulden – al enige tijd een maximaal loonbeslag heeft en inschat geen grote financiële gevolgen van de wanbetalersregeling te zullen ondervinden. Tot slot kan het zijn dat betrokkenen het vaker dan verwacht eens zijn met de hoogte van de door de zorgverzekeraar vastgestelde premieachterstand.

Nadat een gratis bemiddelingspoging is mislukt, kunnen verzekerden een zaak aanhangig maken bij de SKGZ tegen een entreegeld van €37. Het entreegeld is in 2006 gebaseerd op het griffierecht dat indertijd gold voor de toegang tot de bestuursrechter. Er zijn geen signalen dat deze betaling van entreegeld op voorhand een drempel vormt. Als bovendien de klager in het gelijk wordt gesteld krijgt hij de betaalde griffierechten terugbetaald.

5.3 Uitvoering bronheffing door College voor zorgverzekeringen (CVZ)

Het doel van de wanbetalersregeling is om mensen te laten betalen voor hun zorgverzekering en zo de gewenste en noodzakelijke solidariteit af te dwingen. De scope van het CVZ richt zich primair op de inning van een bestuursrechtelijke premie. Het CVZ heeft een administratief proces ingericht voor de aan- en afmelding van wanbetalers en – in samenhang daarmee – een maximale opbrengst van het bestuursrechtelijk premiereregime.

Het belangrijkste instrument dat het CVZ heeft gekregen is de mogelijkheid om direct op het inkomen van de verzekeringnemer de bestuursrechtelijke premie te laten inhouden. Na aanmelding van een polishouder (wanbetaler) gaat het CVZ eenmalig bij de UWV-polisadministratie na, waar de wanbetaler een reguliere inkomensbron heeft. Mogelijke inkomensbronnen zijn loon, uitkering en pensioen. Indien de bron het toelaat, doet het CVZ een niet-vrijblijvend verzoek om de premie door betreffende werkgever, pensioenfonds of uitkeringsinstantie op het loon, het pensioen of de uitkering te laten inhouden en af te dragen (bronheffing). Dat gebeurt alleen als de bron hoog genoeg is om het volledige bedrag van de maandelijkse broninhouding op in te houden.

Er lijkt ruimte voor verdieping en verbreding van de bronheffing. Zo kan bijvoorbeeld de zorgtoeslag als bron worden benut. Momenteel kan op vrijwillige basis de zorgtoeslag rechtstreeks aan de zorgverzekeraar worden overgemaakt. Als alternatieve bron voor de bestuursrechtelijke premie-inning is destijds in de Memorie van Toelichting de mogelijkheid opgenomen om de zorgtoeslag zonder afzonderlijke toestemming van de verzekerde om te leiden naar het CVZ, om als bron te dienen voor de inning van de bestuursrechtelijke premie.

Om het mogelijk te maken om de zorgtoeslag om te leiden naar het CVZ moet het nieuwe toeslagensysteem (NTS) van de Belastingdienst zijn geïmplementeerd. Over de voortgang rond de implementatie informeert de staatssecretaris van Financiën de Tweede Kamer in zijn halfjaarsrapportage. De verwachting is dat dit eind 2011 live zal gaan. Daarna moeten de systemen van het CVZ worden aangesloten op het NTS.

Om deze reden is tot op heden geen gebruik gemaakt van deze mogelijkheid. Daarbij komt dat het administratief lastiger zou zijn om een broninhouding van het na omleiding van de zorgtoeslag resterende bedrag bij werkgevers te realiseren. De zorgtoeslag is namelijk afhankelijk van het huishoudeninkomen, waardoor het resterende bedrag van de bestuursrechtelijke premieheffing van maand tot maand zou kunnen variëren. Dit levert voor inhoudingsplichtige werkgevers en voor het CVZ onevenredig veel uitvoeringslasten.

Ondanks deze technische hobbel blijkt uit de meeste interviews dat het zeer wenselijk is om de zorgtoeslag in te zetten als bron voor premie-inning. De zorgtoeslag is juist in het leven geroepen om de zorgverzekering betaalbaar te houden, dus het is onbevredigend dat mensen hun zorgtoeslag niet aanvragen of kunnen uitgeven aan andere zaken en vervolgens om wat voor reden dan ook de betaling van hun premie voor de zorgverzekering ontlopen.

Een concrete mogelijkheid om de zorgtoeslag als bron voor de inning van de bestuursrechtelijke premie uitvoeringstechnisch in te bedden is aanwezig. In het incassotraject van het CJIB is wel mogelijk om op individueel niveau te werken met in delen opknipbare bedragen, dus het bedrag aan zorgtoeslag kan worden ingehouden op het totaalbedrag van de acceptgiro.

De broninhouding is gevoelig voor mutaties, na verandering van inkomensbron moet het CVZ overgaan tot een andere wijze van inning. Daarmee loopt het CVZ een debiteurenrisico.

Als de wanbetaler geen (of geen toereikende) inkomstenbron heeft of niet benaderbaar is, dan wordt de invordering van de bestuursrechtelijke premieheffing direct overgedragen naar het Centraal Justitiep Incassobureau. Op dit moment is er voor gekozen dat alleen inning via bronheffing plaatsvindt als het volledig bedrag beschikbaar is. Is maar een deel beschikbaar, dan wordt geen bronheffing toegepast (maar wordt de te betalen bestuursrechtelijke premie compleet doorgezegt naar het CJIB).

Gedetailleerde financiële cijfers over het bestuursrechtelijk premieregime, 2009 tot en met juni 2011

Tabel 5.1: Opgelegde, betaalde en openstaande premies naar inhoudingswijze (2009 tot en met juni 2011)

Opgelegd	2009			2010			2011 (tm juni)			TOTAAL	TOTAAL
	2009	2010	2011 (tm juni)	2009	2010	2011 (tm juni)	2009	2010	2011 (tm juni)		
Werkgevers	1.041.003	83.526.351	75.609.092	38%	33%	30%	160.176.446			31,3%	
UWV	171.299	20.306.531	19.094.551	6%	8%	7%	39.572.381			7,7%	
SVB	35.052	3.181.980	3.159.155	1%	1%	1%	6.376.187			1,2%	
CJIB 30%	134.260	10.562.050	10.083.584	5%	4%	4%	20.779.894			4,1%	
CJIB volledig	1.375.005	135.947.448	147.230.939	50%	54%	58%	284.553.392			55,6%	
Eindtotaal	2.756.618	253.524.360	255.177.321	100%	100%	100%	511.458.299			100,0%	

Betaald	2009			2010			2011 (tm juni)			TOTAAL	TOTAAL
	2009	2010	2011 (tm juni)	2009	2010	2011 (tm juni)	2009	2010	2011 (tm juni)		
Werkgevers	970.915	69.612.044	52.393.902	55%	54%	65%	122.976.861			58,5%	
UWV	141.330	17.100.844	11.900.277	8%	13%	15%	29.142.451			13,9%	
SVB	34.850	3.015.577	2.322.649	2%	2%	3%	5.373.076			2,6%	
CJIB 30%	77.842	3.748.338	1.437.659	4%	3%	2%	5.263.839			2,5%	
CJIB volledig	525.809	34.693.346	12.300.930	30%	27%	15%	47.520.085			22,6%	
Eindtotaal	1.750.746	128.170.149	80.355.417	100%	100%	100%	210.276.312			100,0%	
Werkgevers				93%	83%	69%	76,8%				
UWV				83%	84%	62%	73,6%				
SVB				99%	95%	74%	84,3%				
CJIB 30%				58%	35%	14%	25,3%				
CJIB volledig				38%	26%	8%	16,7%				
				64%	51%	31%	41,1%			succesratio	

Openstaand	2009			2010			2011 (tm juni)			TOTAAL	TOTAAL
	2009	2010	2011 (tm juni)	2009	2010	2011 (tm juni)	2009	2010	2011 (tm juni)		
Werkgevers	70.088	13.914.306	23.215.190	7%	11%	13%	37.199.584			12,4%	
UWV	29.969	3.205.686	7.194.272	3%	3%	4%	10.429.927			3,5%	
SVB	202	166.403	836.508	0%	0%	0%	1.003.113			0,3%	
CJIB 30%	56.418	6.813.712	8.645.925	6%	5%	5%	15.516.055			5,2%	
CJIB volledig	849.196	101.254.102	134.930.008	84%	81%	77%	237.033.306			78,7%	
Eindtotaal	1.005.873	125.354.209	174.821.903	100%	100%	100%	301.181.985			100,0%	
Werkgevers				7%	17%	31%	23,2%				
UWV				17%	16%	38%	26,4%				
SVB				1%	5%	26%	15,7%				
CJIB 30%				42%	65%	86%	74,7%				
CJIB volledig				62%	74%	92%	83,3%				
				36%	49%	69%	58,9%			succesratio	

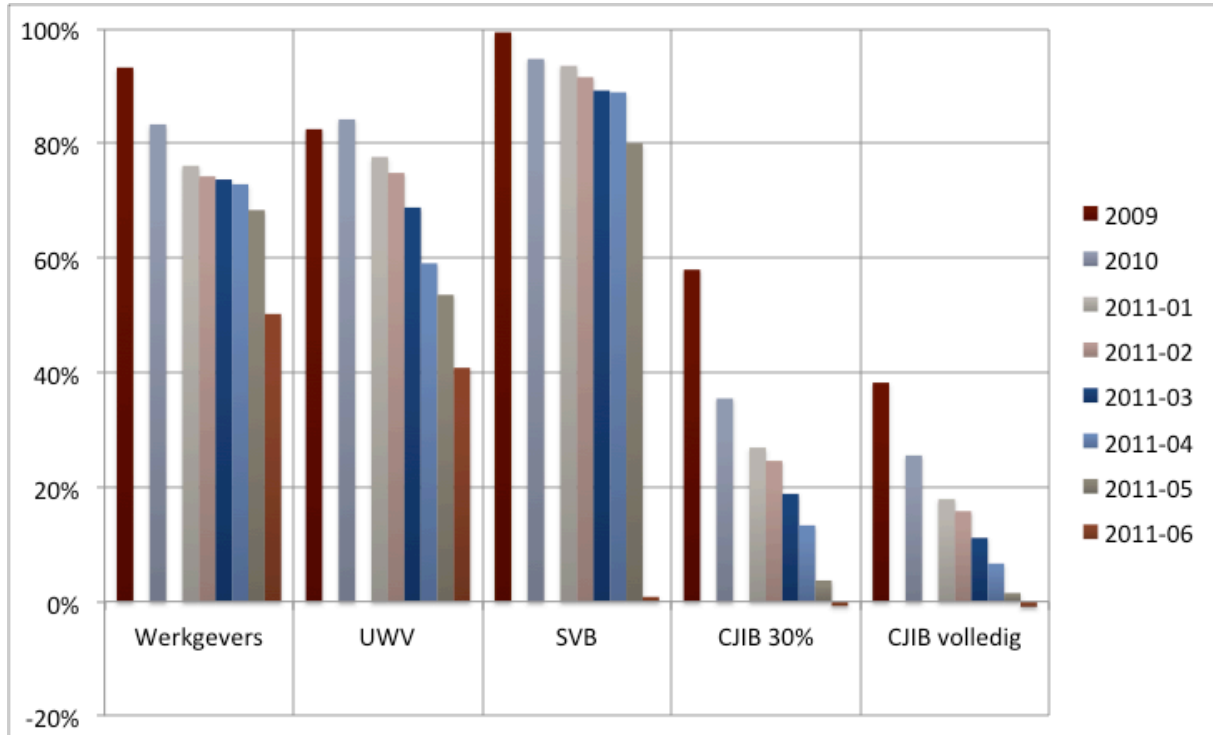
Bron: CVZ (bewerking zorgVuldig Advies/Berenschot)

De eerste tabel geeft aan hoeveel premie er is opgelegd, hetzij via bronheffing bij werkgevers of uitkeringsinstanties, hetzij via het CJIB. In totaal is sinds 2009 ruim 510 miljoen aan premie opgelegd. Ruim de helft (285 miljoen) loopt via het CJIB. Het aandeel dat via reguliere bronheffing kan worden opgelegd loopt in de loop der jaren terug.

De tweede en derde tabel geven aan hoeveel premie daadwerkelijk betaald is of juist nog open staat, uitgesplitst naar bron. In totaal is 210 miljoen aan premie betaald, ruim 300 miljoen staat nog open. Daarvan is 123 miljoen betaald door bronheffing bij werkgevers, 53 miljoen door betalingen via het CJIB, 29 miljoen is afgedragen door het UWV en 5 miljoen door de SVB. Daarmee is sinds 2009 ruim 40% van de opgelegde bestuursrechtelijke premie daadwerkelijk betaald.

Richten we ons alleen op de bedragen die worden geïnd via bronheffing, dan moeten we rekening houden met de betaaltermijn van 70 dagen die het CVZ hanteert. Van de opgelegde 206 miljoen euro sinds 2009 is per juni 2011 circa 157,5 miljoen euro betaald. Door de betaaltermijn zijn de openstaande bedragen voor mei en juni nog niet vervallen en bedraagt het feitelijk openstaand bedrag 34,4 miljoen euro.

Figuur 5.1: Succesvolle inning, per bron (2009 tot en met juni 2011)



Bron: CVZ (bewerking zorgVuldig Advies/Berenschot)

De succesratio varieert, zowel per bron als in de tijd. In het algemeen geldt dat oudere verschuldigde premies minder vaak open staan, terwijl de meest recente verschuldigde premie vaak (nog) niet betaald is. Er zit een duidelijke vertraging in het binnenkomen van betalingen, onder meer door de betalingstermijn van 70 dagen. Daarnaast kunnen we constateren dat bronheffing bij de Sociale Verzekeringsbank zeer succesvol is (over 2009 is 99% van de verschuldigde premie betaald, over 2010 al 95% en dit percentage stijgt nog). Ook de bronheffing bij werkgevers en de broninhouding via het UWV kennen een redelijk succespercentage. De incasso via het CJIB loopt in vergelijking hiermee sterk achter.

De verschillende broninhouders slagen er in uiteenlopende mate in om de opgelegde bronheffing daadwerkelijk te realiseren. De succesratio's lopen op naarmate de vorderingen ouder zijn en variëren van ruim 60% (werkgevers en UWV in 2011) tot 99% procent (SVB over 2009).

De uitvoeringspraktijk: van stuwmeer naar regulier proces

Vanwege een beperkte capaciteit bij het CVZ om aanmeldingen te verwerken én om verzekeraars in de gelegenheid te stellen de bestaande gevallen van wanbetaling goed te inventariseren, is gekozen voor een gefaseerde aanmelding van (structurele) wanbetalers vanaf 1 september 2009. Daarbij is er op gelet dat verzekeraars ook daadwerkelijk in staat waren om hun bestaande gevallen aan te melden (met inbegrip van de voorafgaand daaraan te verzenden tweede- en vierdemaandsbrief), en dat het totaal aantal aanmeldingen dat het CVZ in een periode zou ontvangen niet meer dan 25.000 zou bedragen.

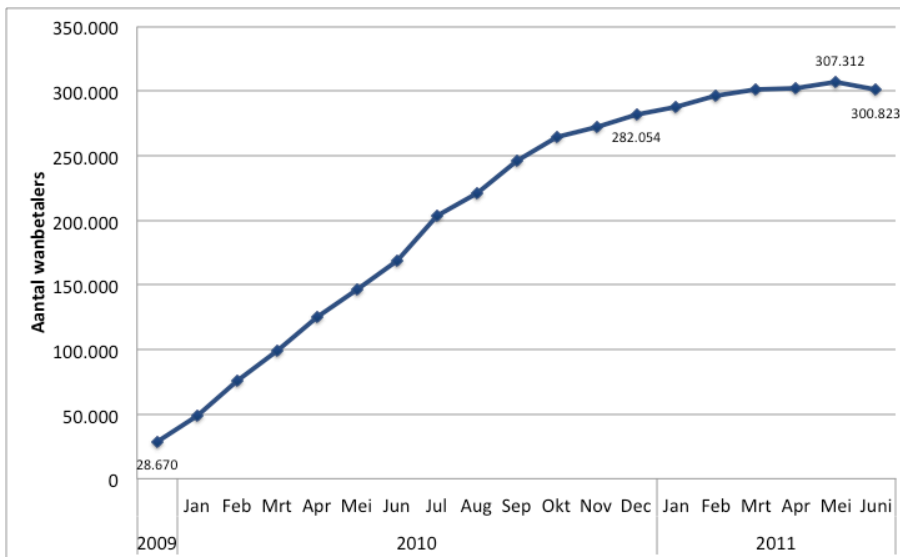
Tabel 5.2: Aanleverschema gefaseerde aanmelding van (structurele) wanbetalers

Maand	Verzekeraar
September 2009	Azivo
November 2009	CZ
December 2009	CZ
Januari 2010	CZ, UVIT
Februari 2010	UVIT, Agis
Maart 2010	Agis
April 2010	Agis, Zorg en Zekerheid, DSW
Mei 2010	De Friesland, Menzis
Juni 2010	Menzis,
Juli 2010	Salland (Eno), Achmea
Augustus 2010	Achmea
September 2010	Achmea

Bron: CVZ, Beleidsregels aanmelding stuwmeer wanbetalers van de nominale premie Zvw 2009/2010

Zorgverzekeraar Azivo heeft als eerste zijn wanbetalers aangemeld. Dat betrof een relatief klein aantal wanbetalers, waarna gelegenheid was ingeruimd om eventuele aanpassingen te doen in het vooraf ontworpen werkproces en de automatisering. Vanaf november 2009 zijn de massale aanmeldingen vanuit de zorgverzekeraars gestart. In sommige maanden in het schema waren er meldingen mogelijk van meer dan één verzekeraar, bijvoorbeeld bij verzekeraars met een relatief klein aantal wanbetalers.

Figuur 5.2: Saldo van het aantal wanbetalers bij CVZ in bestuursrechtelijk premiereregime



Bron: CVZ (bewerking zorgVuldig Advies/Berenschot)

Het CVZ heeft het eerste jaar nadat de wanbetalersregeling in werking trad voornamelijk aandacht gehad voor het adequaat verwerken van het stuwmeer. Uit de cijfers blijft dat dit in grote lijnen goed geslaagd is, al geven zowel CVZ als de zorgverzekeraars aan dat het een arbeidsintensief proces is geweest.

Vanwege de prioriteit die het CVZ – in overleg met alle betrokkenen – heeft gegeven aan het verwerken van het stuwmeer (hoofdstroom) zijn veel losse eindjes (details) niet meteen opgelost. Pas nu de grootste groep wanbetalers in het bestuursrechtelijke premieregime is ondergebracht is er gelegenheid om praktische verbeteringen te realiseren in het ICT-systeem.

Grootste knelpunt is de “combinatie van kleine dingen”, waarvan een groot aantal inmiddels is benoemd in de eerdere hoofdstukken, zoals fouten bij de uitwisseling van gegevens, het gebruik van het correspondentieadres waardoor veel brieven verkeerd geadresseerd bleken, en het ontbreken van een secundaire informatiestroom om fouten te herstellen.

Binnenkort zal het elektronisch aanmeldbericht worden uitgebreid met een verklaring door zorgverzekeraars. Verzekeraars geven in deze verklaring aan dat ze hebben voldaan aan de wettelijke vereisten alvorens ze iemand als wanbetaler aanmelden bij het CVZ.

In alle interviews met zorgverzekeraars kwam het knelpunt aan de orde dat het maken van mutaties met terugwerkende kracht niet mogelijk is. Terwijl juist bij zorgverzekeringen veel mutaties eerst plaatsvinden nadat een verzekerde reageert. Dit levert regelmatig ingetrokken meldingen op.

Trage terugbetaling na verkeerde aanmelding voor bronheffing

Er zijn relatief maar weinig klachten terecht gekomen bij de Stichting Klachten en Geschillencommissie Zorgverzekeringen (SKGZ), maar van de klachten die in behandeling zijn genomen ging een aantal over de trage terugbetaling na verkeerde aanmelding voor bronheffing.

Naar aanleiding van een kritisch rapport van de Nationale Ombudsman (“Meten met twee maten”) heeft het CVZ in een brief aangegeven dat het regelmatig voorkomt dat bronhouders niet in staat zijn om per direct een beëindiging van de bronheffing te realiseren, waardoor de inhouding als gevolg daarvan “doorschiet”. De Nationale Ombudsman constateert dat het CVZ onterecht ingevorderd geld soms pas na vijftien weken terugbetaalt aan mensen die door hun zorgverzekeraar ten onrechte zijn aangemeld als wanbetaler. Hierdoor zou het CVZ mensen duperen die vaak toch al in een financieel moeilijke situatie zitten, aldus de Ombudsman, die de aanbeveling doet om de terugbetaaltermijn terug te brengen naar vier weken.

De reguliere geautomatiseerde gegevensverwerking gebeurt echter per maand en batchgewijs. Daarom is het volgens het CVZ praktisch gezien onmogelijk om binnen vier weken na terugdraaien van het bestuursrechtelijk premieregime de eindafrekening op te maken en het teveel betaalde aan de verzekerde uit te keren. Het CVZ hanteert weliswaar een periode van maximaal acht weken voor het opstellen van een eindafrekening, maar onderkent het probleem en zorgt dat een onterecht als wanbetaler aangemelde burger eerder recht heeft op een voorschot. Daarmee wordt zo veel als mogelijk tegemoet gekomen aan de geconstateerde problematiek.

5.4 Uitvoering incasso door Centraal Justitieel Incassobureau (CJIB)

Naast de inning via bronheffing heeft het CVZ nog een inningsmogelijkheid door het versturen van een acceptgiro en, als betaling uitblijft, een aanmaning. Het Centraal Justitieel Incassobureau (CJIB) is de *uitvoerder namens het CVZ* en verzorgt de incasso als de bron onvoldoende of onbenaderbaar is of de betrokkene bijvoorbeeld niet meer in dienst is.

Wordt dan ook niet betaald, dan kan het CVZ via het CJIB – zonder tussenkomst van de rechter – een dwangbevel uitbrengen en beslag laten leggen op de goederen van de verzekeringnemer, om de bestuursrechtelijke premie uit de opbrengst daarvan te kunnen voldoen. Dit uiteindelijke beslag is preferent en gaat daarmee voor ieder ander derdenbeslag.

Uit de statistieken blijkt dat ruim 17% van de via het CJIB opgelegde premie daadwerkelijk wordt geïnd. Alle partijen zijn het er over eens dat dit percentage zeer laag is. De openstaande schuld van veel mensen in een kwetsbare positie loopt daarmee steeds verder op.

Een “verzachtende” omstandigheid bij de cijfers is de tijd die verstrijkt voordat het zwaarste middel wordt ingezet. Er zit een grote vertraging in het proces voordat een wanbetaler uiteindelijk te maken krijgt met een beslaglegging.

Een belangrijke conclusie ten aanzien van de huidige praktijk van inning door de deurwaarder is dat het CJIB, namens CVZ, in eerste instantie één dwangbevel richting de deurwaarder stuurde met daarbij het verzoek om deze binnen vier tot zes maanden te innen. Na een positieve inning van de zaak werd de rest van de dwangbevelen die voor de betreffende wanbetaler in de wacht stond, doorgestuurd naar de deurwaarder (gevoegde zaken), waarna de deurwaarder een jaar de tijd kreeg om deze zaken te innen.

Die aanpak zorgde voor vertraging in de doorloop en een voorraad van bestaande zaken. Voor een snellere doorloop is er in de huidige situatie voor gekozen om deurwaarders gevoegde zaken vanuit het CJIB te sturen. De deurwaarder ontvangt nu dus een aantal dwangbevelen in één keer. Hiervoor krijgt de deurwaarder een jaar de tijd om de zaken positief te innen.

Ten aanzien van de genoemde scores van het CJIB levert dit een vertekend beeld op. Deurwaarders zelf geven aan op de huidige zaken een scoringspercentage van 40% tot 50% te behalen. Daarbij geldt de kanttekening dat de afgegeven score gebaseerd is op de beperkte huidige instroom van zaken: maar een klein deel van de openstaande schuld wordt op deze wijze geïnd en er staan nog grote aantallen in de wacht. Overigens zijn de deurwaarders van mening dat de score van 40% tot 50% van de gevallen alleen maar te behalen is omdat er sprake is van preferentie. Zonder preferentie is bovengenoemde score voor deurwaarders niet haalbaar.

We constateren dat er een stevige achterstand is waarbij de schuldpositie steeds verder oploopt. Dit wringt met de boodschap van deurwaarders en incassodeskundigen dat je termijnen zo kort mogelijk moet houden om de succesratio te verhogen. Immers uit interviews met incassobureaus en deurwaarders blijkt dat het wenselijk is om de termijnen bij de zorgverzekeraar(s) niet te laten oplopen. Zij zouden er de voorkeur aan geven om niet pas na zes maanden de zaken over te dragen aan CVZ, maar bijvoorbeeld al na twee maanden. Vanuit het oogpunt van succesvolle incasso bezien is het in zijn algemeenheid beter om zo vroeg mogelijk te starten met inhouden c.q. het incasso- en deurwaarderstraject. Korte termijnen en in de preventiefase kort op de bal is het devies.

Deurwaarders zijn van mening dat naast snelheid van handelen juist de combinatie met proactief optreden door de verzekeraar een sleutel tot succes is. Het proactieve handelen kan bijvoorbeeld vorm krijgen door het opstellen van een risicoprofiel van verzekerden (‘profileren’) of het structureel telefonisch benaderen van een wanbetaler. Bij een aantal zorgverzekeraars behoort voornoemde overigens al tot de dagelijkse praktijk.

5.5 Terugkeer vanuit de bronheffing naar het normale betalingsregime

De bestuursrechtelijke premieheffing heeft een hogere – dus minder aantrekkelijke – premie. Dit zou een prikkel moeten leveren voor een belangrijke nevendoelstelling van de wanbetalersregeling: om mensen te laten terugkeren tot een situatie met de normale premiebetaling voor het basispakket aan de zorgverzekeraar.

Eenmaal in het bestuursrechtelijk regime terechtgekomen, kan de netto-premieschuld jegens de zorgverzekeraar niet meer stijgen. De totale schuld kan wel doorstijgen, bijvoorbeeld omdat over de schuld de wettelijke rente verschuldigd blijft en omdat de zorgverzekeraar kosten blijft maken om premies en rente alsnog te incasseren. Daarnaast kan de verzekeringnemer andere schulden hebben voor bijvoorbeeld eigen betalingen of het eigen risico. In interviews geven de gesprekspartners echter geregeld aan dat oplopende incassokosten mensen “blijvend gevangen houden” in de status quo.

Het bestuursrechtelijk regime kan worden beëindigd nadat alle uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden van de verzekerde bij de verzekeraar zijn afgelost. Andere mogelijkheden om de bestuursrechtelijke premieheffing te beëindigen zijn het sluiten van een stabilisatieovereenkomst, een bericht dat een schuldregeling overeengekomen is, of dat de Wet Schuldsanering Natuurlijke Personen van toepassing wordt.

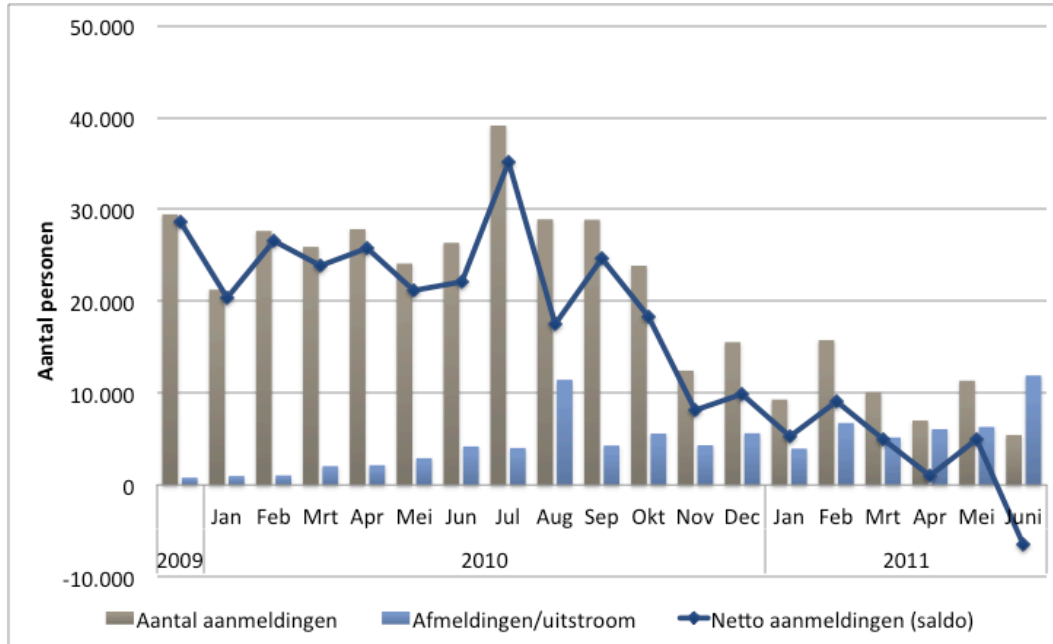
In deze paragraaf zetten wij de cijfers over de terugkeer vanuit de bronheffing naar het normale betalingsregime op een rij.

Uitstroom zorgwekkend laag

Geconstateerd moet worden dat de uitstroom tot nu toe zorgwekkend laag is. Daardoor betalen mensen gedurende langere tijd de hoge bestuursrechtelijke premie, terwijl ze in veel gevallen relatief lage inkomsten hebben. Met uitzondering van een piek in augustus 2010 – die eerder het gevolg lijkt van een aantal ingetrokken aanmeldingen in juli 2010 – is het aantal afmeldingen bij het CVZ relatief beperkt. De maand juni 2011 is de eerste keer sinds de inwerkingtreding van de wanbetalersregeling dat meer mensen uit het bestuursrechtelijk premier regime uitstromen dan instromen. Dit komt echter vooral doordat in die maand één verzekeraar een inhaalslag in afmeldingen heeft gepleegd, dit is dus (nog) geen structurele daling.

Op basis van figuur 5.3 kunnen we constateren dat de aanmeldingen (groen) en afmeldingen (rood) elkaar in 2011 grosso modo in balans houden.

Figuur 5.3: Aantal aanmeldingen en afmeldingen van wanbetalers bij het CVZ



Bron: CVZ (bewerking zorgVuldig Advies/Berenschot)

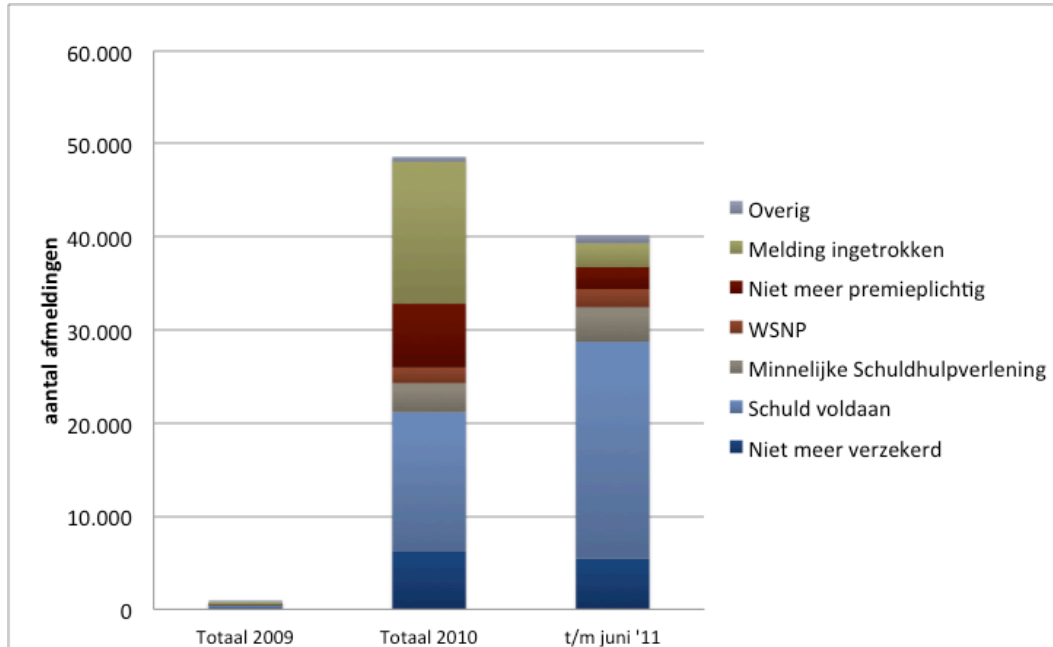
Het CVZ houdt maandelijks bij hoeveel mensen worden afgemeld en met welke reden dit gebeurt. Onderstaande tabel geeft hiervan een overzicht, waarna de totalen per jaar nogmaals grafisch zijn weergegeven.

Tabel 5.3: Aantal afmeldingen uit het bestuursrechtelijk premie-regime, naar reden voor afmelding

	Totaal 2009	Totaal 2010	t/m juni '11	Totaal
Niet meer verzekerd	165	6.173	5.427	11.765
Schuld voldaan	296	14.996	23.299	38.591
Minnelijke Schuldhulpverlening	3	3.099	3.688	6.790
WSNP	2	1.681	1.980	3.663
Niet meer premieplichtig	1	6.863	2.345	9.209
Melding ingetrokken	321	15.266	2.588	18.175
Overig	6	522	855	1.383
Totaal	794	48.600	40.182	89.576

Bron: CVZ (bewerking zorgVuldig Advies/Berenschot)

Figuur 5.4: Redenen voor afmelding bij het CVZ



Bron: CVZ (bewerking zorgVuldig Advies/Berenschot)

In 2010 was een derde van de afmeldingen een reactie op een ingetrokken aanmelding, dit is in 2011 teruggelopen tot 6%. Uit de cijfers is bovendien af te leiden dat het aantal gevallen waarin de schuld is voldaan steeds vaker een reden vormt voor afmelding bij het CVZ. In 2011 is tot op heden 58% van de afmeldingen het gevolg van een betaling van de openstaande schuld.

Een voorzichtige conclusie op basis van een beperkte analyse van de afmeldingen bij het CVZ is dat er zowel mensen uit het stuwmeer uitstromen als mensen uit het reguliere proces²³. Het gemiddeld aantal dagen dat men als wanbetaler geregistreerd is, wijkt wel duidelijk af tussen beide groepen. De gemiddelde duur bedraagt 170 dagen voor stuwmeergevallen en 95 dagen voor mensen uit het reguliere proces. Dit wijst op een grotere prikkel tot uitstroom voor nieuwe gevallen.

5.6 Conclusies

Een groot deel van de doelgroep blijkt nauwelijks ontvankelijk voor de (extra) financiële prikkel van 30% opslag. De prikkel komt te laat en het betreft mensen in een problematische schuldensituatie. De splitsing voor minima in 100% broninhouding en 30% via het CJIB heeft geen enkele toegevoegde waarde en werkt derhalve niet.

²³ In deze query is om praktische redenen iedereen die voor 1 november 2010 is ingestroomd meegerekend bij het stuwmeer. Sommige verzekeraars hebben in die periode echter ook wanbetalers aangemeld vanuit hun reguliere proces. Na 1 november 2010 zijn in principe geen stuwmeer-aanmeldingen geweest.

Het CVZ heeft in het eerste jaar nadat de wanbetalersregeling in werking trad voornamelijk aandacht gehad voor een adequate verwerking van het stuwmeer. Uit de cijfers blijkt dat dit in grote lijnen goed geslaagd is. Het oplossen van praktische knelpunten echter is pas laat op gang gekomen.

De succesratio van de inning van de bestuursrechtelijke premie varieert, zowel per bron als in de tijd. In het algemeen geldt dat oudere verschuldigde premies minder vaak open staan, terwijl de meest recente verschuldigde premie vaak (nog) niet betaald is. Er zit een duidelijke vertraging in het binnenkomen van betalingen. Er is tot op heden nog geen gebruik gemaakt van de mogelijkheid om de zorgtoeslag rechtstreeks om te leiden naar het CVZ.

We constateren dat er een stevige achterstand is bij inning van de premie via het CJIB waarbij de schuldpositie steeds verder oploopt. De huidige incassoprocedure via het CJIB, kent een vertraging in de doorloop en een voorraad van bestaande zaken. Dit wringt met de boodschap van deurwaarders en incassodeskundigen dat je termijnen zo kort mogelijk moet houden om de succesratio te verhogen.

Uitstroom uit het bestuursrechtelijk premierégime vindt maar beperkt plaats. Met name de stuwmeergevallen blijken een harde kern van structurele wanbetalers te hebben opgeleverd. Het gemiddeld aantal dagen dat men als wanbetaler geregistreerd is, wijkt duidelijk af tussen beide groepen. De gemiddelde duur bedraagt 170 dagen voor stuwmeergevallen en 95 dagen voor mensen uit het reguliere proces. Dit kan wijzen op een grotere prikkel tot uitstroom voor nieuwe gevallen. Er is nog geen structurele daling van het aantal wanbetalers waarneembaar.

6 Conclusies en aanbevelingen

6.1 Inleiding

De vraagstelling van dit onderzoek betrof de effectiviteit en verbetermogelijkheden van de wanbetalersregeling en de uitvoeringspraktijk in het voorkomen van wanbetaling (preventie) en het verbeteren van betaalgedrag van burgers.

In dit hoofdstuk geven wij antwoord op de onderzoeksvraag. Eerst wordt een algemene conclusie getrokken, daarna wordt de onderzoeksvraag beantwoord voor elk van de drie beleidsdoelen van de wanbetalersregeling:

1. Voorkomen dat mensen wanbetaler worden (preventie);
2. Zorgen dat wanbetalers toch premie betalen (bestuursrechtelijke premie met bronheffing);
3. Bewerkstelligen dat wanbetalers terugkeren naar een normaal patroon van premiebetaling.

6.2 Algemene conclusie

De wanbetalersregeling lijkt na de opstartfase en verwerking van het stuwmeer beter te gaan functioneren, maar realiseert de beoogde beleidsdoelen op dit moment nog niet. Bij het stuwmeer was een succesvolle instroom in het bestuursrechtelijk regime van groter belang dan de preventiedoelstelling.

De preventieve werking van de wet kan – zeker bij nieuwe premie-achterstanden - duidelijk worden aangetoond. Uit de ons ter beschikking gestelde gegevens blijkt dat bij bestaande wanbetalers (het stuwmeer) de meerderheid van de groep die eerder een tweedemaandsbrief ontving tevens een vierdemaandsbrief kreeg. Na de vierdemaandsbrief schoof bijna iedereen door naar het bestuursrechtelijk premier regime. Van de nieuwe gevallen van premie-achterstand daarentegen, de huidige structurele situatie, gaat juist 60% van de ontvangers van een tweedemaandsbrief de reguliere premie betalen. En ook van de ontvangers van de vierdemaandsbrief blijkt nog een groot deel in staat om de bronheffing bij het CVZ te voorkomen. Dit bevestigt een succesvolle preventieve werking.

Tegelijkertijd constateren we dat er een grote diversiteit is in preventieve activiteiten van zorgverzekeraars. Een aantal verzekeraars heeft aan de voorkant van het proces meer mogelijkheden om te voorkomen dat verzekerden worden aangemeld bij het CVZ en in het bestuursrechtelijk premier regime terecht komen.

Bij een deel van de wanbetalers die voor aanvang van de wet geen premie betaalde, wordt op dit moment door of via het CVZ premie geïnd via broninhouding of incasso door het CJIB. De inning varieert sterk per bron en neemt toe naarmate de tijd voortschrijdt. Bovendien blijkt dat een substantiële groep van nieuwe wanbetalers die zijn aangemeld bij het CVZ na verloop van tijd weer terugkeert naar de normale premiebetaling via de zorgverzekeraar. Voor ‘wanbetalers uit het stuwmeer’ (oude gevallen, de ‘harde kern’) is dit laatste veel minder het geval.

6.3 Conclusies en aanbevelingen over preventieve werking

Het onderzoek heeft geleid tot twee belangrijke conclusies over randvoorwaarden voor effectieve preventie.

1. Het is van belang om snel te reageren zodra een betalingsachterstand ontstaat ('kort op de bal spelen'), anders wordt de schuldsituatie in korte tijd problematisch. Hier ligt een rol voor verzekeraars en gemeenten in actieve vroegsignalering, om wanbetalers op te sporen en te werken aan het oplossen van schuldenproblematiek.
2. Brieven sturen aan wanbetalers heeft een zeer beperkte werking voor een deel van de wanbetalers. De doelgroep krijgt vaak zoveel post van schuldeisers dat zij 'door de bomen het bos niet zien', überhaupt geen post (meer) lezen, of zij kan functioneel analfabeet zijn. Profilering en directe communicatie (de wanbetaler zelf opbellen, inzetten van een incassobureau of deurwaarder) heeft een veel groter effect.

De huidige wanbetalersregeling en de uitvoeringpraktijk blijkt aan beide punten onvoldoende tegemoet te komen. De dwingende bestuursrechtelijke premie-inning start pas na minimaal zes maanden. Als het overeenkomen van een schuldregeling mislukt betekent het dat de wanbetaler (naast eventuele andere vorderingen van de verzekeraar) zes maanden premieschuld moet voldoen voordat hij kan terugkeren naar het normale regime (en niet langer 30% opslag hoeft te betalen). Dit is voor de meeste wanbetalers een te groot bedrag. Indien de wanbetaler geen inkomen heeft en ook de facturen van het CJIB negeert – hetgeen primair bij het stuwmeer voorkomt – kan het nog een aantal maanden extra duren voordat de wanbetaler via een incassobureau proactief benaderd wordt. De premieschuld is dan al zo hoog opgelopen dat deze nauwelijks meer af te lossen is door de wanbetaler.

De eerste zes maanden dat een wanbetaler geen premie betaalt reageert de zorgverzekeraar hier op met het versturen van brieven. Na twee en vier maanden stuurt de zorgverzekeraar een brief waarin een betalingsregeling wordt aangeboden respectievelijk wordt gewaarschuwd voor het bestuursrechtelijke premieregime van het CVZ. Daarnaast moeten de zorgverzekeraars het incassoprotocol van Zorgverzekeraars Nederland uitvoeren. Hoewel de uitgangspunten van de wanbetalersregeling in het incassoprotocol zijn verwerkt zorgt dit in de praktijk voor veel schriftelijke communicatie met verzekerden. Het komt voor dat een tweedemaandsbrief in het kader van de wanbetalersregeling vrijwel tegelijk met een betalingsherinnering of sommatie wordt verstuurd, terwijl het om dezelfde schuld gaat.

Volgens het incassoprotocol zouden zorgverzekeraars een incassobureau of deurwaarder moeten inzetten indien een verzekerde na een betalingsherinnering en aanmaningen niet betaalt. Op basis van de gesprekken bestaat bij de onderzoekers de indruk dat dit door een aantal zorgverzekeraars niet consequent wordt gedaan. Daarenboven is de vraag of het huidige Incassoprotocol nog voldoende dekkend is voor het vormgeven van preventieve activiteiten door verzekeraars zoals die beoogd zijn bij de totstandkoming van de wanbetalersregeling. Een deel van de doelgroep komt lastig in beweging, dus daarvoor zijn andere strategieën gewenst. Naleving van het huidige Incassoprotocol door verzekeraars lijkt op basis van interviews nog niet tot de gewenste situatie te leiden. In het reguliere proces (na verwerking van het stuwmeer) worden bij het CVZ nog altijd verzekerden zonder adres of met fout adres aangemeld voor de bronheffing.

In de situatie van het stuwmeer was de constatering dat betalingsregelingen die een aantal zorgverzekeraars aanbieden niet altijd realistisch zijn, maar op dit moment zijn minimumafspraken van kracht over “redelijke termijnen” bij betalingsregelingen.

Er blijkt een groep verzekerden te zijn die de verantwoordelijkheid van zelfstandig premie betalen onvoldoende aan kan. Voor die groep zijn initiatieven ontstaan van onder andere gemeenten die voor uitkeringsgerechtigden en andere minima collectieve verzekeringen aanbieden waarbij de premie via automatische machtiging op de uitkering wordt ingehouden. Deze directe inhouding door gemeenten van de zorgverzekeringspremie voorkomt een toename van het aantal wanbetalers binnen deze groep.

De activiteiten die zorgverzekeraars uitvoeren om te voorkomen dat verzekerden wanbetaler worden en in het bestuursrechtelijke regime uitkomen verschillen – in aanvulling op bestaande afspraken – per verzekeraar. Sommige verzekeraars voeren actief aanvullend beleid, andere beperken zich tot hetgeen afgesproken is: uitvoeren van het incassoprotocol en de verplichtingen uit de wanbetalersregeling.

Goede voorbeelden van aanvullende initiatieven die zorgverzekeraars ondernemen zijn:

- Gegevens van een wanbetaler doorgeven aan de gemeente, zodat deze de wanbetaler kan benaderen met een hulpaanbod voor schuldhulpverlening. Over dergelijke initiatieven bestaat overigens veel onduidelijkheid onder partijen over juridische (on)mogelijkheden. Veel partijen delen geen gegevens, of deden dit wel maar doen dit momenteel niet meer, omdat zij onzeker zijn over de juridische houdbaarheid van deze werkwijze.
- Afspraken met gemeenten om bij verzekerden met een uitkering de premie rechtstreeks in te houden op die uitkering. Dit voorkomt dat de premie later via het CVZ alsnog op de uitkering wordt ingehouden met de 30% opslag.
- Proactief bellen van wanbetalers via een eigen callcenter, om via een directe persoonlijke benadering afspraken te maken met de wanbetaler (bijvoorbeeld een betalingsregeling).
- ‘Profilering’ van wanbetalers, waarbij onderscheid gemaakt wordt naar ‘niet-willers’ en ‘niet-kunners’. Hierdoor stemt men het beleid af op de wanbetaler: ruimte geven zodat schuldhulpverlening tot een schuldregeling kan komen of juist optreden met incassomaatregelen.

De reden dat een aantal verzekeraars dergelijke initiatieven neemt heeft meestal te maken met een bepaalde visie of bedrijfsopvatting. De ‘business case’ van dergelijke initiatieven heeft een negatief financieel resultaat. Immers, de administratieve belasting voor zorgverzekeraars is hoger dan zonder aanvullende actie, terwijl de zorgverzekeraars voor een wanbetaler die is aangemeld bij het CVZ een compensatie ontvangen.

Aanbevelingen preventieve werking

1. Voorkom dat de schuldenlast bij de wanbetaler zo hoog oploopt dat deze de schuld niet meer kan voldoen. We geven in overweging om de periode vanaf de eerste factuur tot aanmelding bij het CVZ zoveel als mogelijk te verkorten, en de huidige vierdemaandsbrief na drie maanden te sturen. Dat vergt een sterkere preventieve activiteit door verzekeraars.

2. Draag zorg voor naleving van het incassoprotocol en uniformiteit in incassoprocedures en debiteurenbeleid. Spreek zorgverzekeraars, met behulp van het toezichtinstrumentarium van de NZa, aan indien zij het incassoprotocol niet nauwkeurig naleven. Dit kan bijvoorbeeld bereikt worden door:
 - Verzamelen van best practices van succesvolle preventieve activiteiten, deze verspreiden en verplichten.
 - Aanscherping van het incassoprotocol. Zo kan de bepaling omtrent het hebben van toetsbaar contact met de wanbetaler (telefonisch gesprek of bezoek aan huis door verzekeraar, schuldhulpverlener, incassobureau of deurwaarder) terug worden opgenomen in het protocol. Deze verplichting maakte onderdeel uit van het protocol van oktober 2006 maar is in het huidig geldende protocol niet meer aanwezig. Daarnaast is verscherpt toezicht nodig op de naleving van het protocol.
 - De business case van verzekeraars voor de inzet van preventieve middelen positief te maken. Bijvoorbeeld door het compensatiebedrag voor nieuwe wanbetalers die zijn aangemeld bij het CVZ met een nog nader vast te stellen percentage te verlagen. Dit percentage komt beschikbaar als vergoeding aan de zorgverzekeraar mits men aanvullende preventieve activiteiten heeft ondernomen. Ter toetsing van de aanvullende preventieve activiteiten zullen criteria moeten worden geformuleerd, bij voorkeur output gericht en met duidelijke meerwaarde voor verzekeraar en verzekerde.
3. Communiceer nadrukkelijk aan zorgverzekeraars, gemeenten en organisaties voor schuldhulpverlening wat de juridische mogelijkheden zijn voor onderlinge informatie-uitwisseling in het dossier van de wanbetaler, zodat deze partijen beter samen kunnen werken in de preventie van wanbetaling.
4. Maak bij verzekerden met een gemeentelijke uitkering zoveel mogelijk gebruik van rechtstreekse inhouding van de premie via het collectief contract van de gemeente. Probeer ook bij andere instanties (SVB, UWV) te organiseren dat uitkeringsgerechtigden een collectief contract kunnen afsluiten, waarbij ze kunnen kiezen voor rechtstreekse inhouding van de premie.
5. Bij de tweedemaandsbrief biedt de verzekeraar de mogelijkheid tot splitsing aan. Naast de verzekeringsnemer krijgen overige verzekerden op de polis het aanbod om zelf verzekeringsnemer en dus premieplichtig te worden. De splitsing van de polis heeft bij de verwerking van het stuwmeer gewerkt dankzij de negatieve optie: splitsing tenzij bezwaar wordt gemaakt. Voor nieuwe gevallen geldt de positieve optie: een aanbod aan de wanbetaler. Op het aanbod reageert echter praktisch niemand. Hanteer daarom standaard de negatieve optie.

6.4 Conclusies en aanbevelingen over het bestuursrechtelijke premieregime

De bestuursrechtelijke premie-inning heeft ertoe geleid dat een groot deel van de wanbetalers die voorheen geen zorgpremie betaalde nu wel een zorgpremie betaalt. Van een 'waterdicht' systeem waarbij van alle wanbetalers premiebetaling wordt afgedwongen is nog geen sprake.

Van de wanbetalers die zijn aangemeld bij het CVZ (dus meer dan zes maanden premieschuld hebben) en een inkomen hebben bij een werkgever, UWV of SVB betaalt nu respectievelijk 76,8%, 73,6% en 84,3% de zorgpremie via de verplichte broninhouding.

Er is ruimte voor verbreding en verdieping van de systematiek van de bronheffing. Zo is de zorgtoeslag bijvoorbeeld een mogelijke bron. Voordat de zorgtoeslag kan worden omgeleid naar het CVZ moet eerst het nieuwe toeslagensysteem (NTS) van de Belastingdienst zijn geïmplementeerd. De verwachting is dat dit eind 2011 live zal gaan waarna de systemen van het CVZ nog moeten worden aangesloten op het NTS. Om deze reden is tot op heden geen gebruik gemaakt van deze mogelijkheid. Tevens is er ruimte voor verdieping van de bronheffing. Op dit moment is er voor gekozen dat alleen inning via bronheffing plaatsvindt als het volledig bedrag beschikbaar is. Is maar een deel beschikbaar, dan wordt niets geïnd (maar wordt de te betalen bestuursrechtelijke premie compleet doorgezeten naar het CJIB). Kortom, het is of innen van 100% via bronheffing of 0%. Het verdient aanbeveling om te onderzoeken of ook in gevallen waar op structurele basis andere percentages kunnen worden geheven (bijvoorbeeld 90%), de bronheffing kan worden toegepast. Daarbij is van belang dat het administratief lastiger is om een gebroken broninhouding bij werkgevers te realiseren en bij het CVZ in te boeken.

Voor de aangemelde wanbetalers die wel een inkomen hebben maar waar de premie niet wordt ingehouden is het momenteel onduidelijk of dit het gevolg is van een fout bij het CVZ of door een fout bij de inhoudingsplichtige. Een rappelproces of feedbackloop is hier niet ingebouwd. In totaal zijn naar schatting 325.000 maandpremies niet door het CVZ ingehouden (hiermee is een bedrag van € 48,6 miljoen gemoeid), waarbij het onzeker is of deze maandpremies alsnog kunnen worden geïnd. Indien sprake is van een fout bij de broninhouder is de premie verhaalbaar op de inhoudingsplichtige, die dit vervolgens niet mag doorbelasten aan de wanbetaler. Indien sprake is van een fout door het CVZ (in de zin van een broninhouder te laat benaderen) is geen terugwerkende kracht mogelijk, omdat de inhouding plaats moet vinden op het moment van uitbetaling van loon, uitkering of pensioen.

De splitsing voor minima in 100% broninhouding en 30% die via incasso door het CJIB loopt heeft geen toegevoegde waarde en werkt derhalve niet.

Wanbetalers die niet voldoende inkomen hebben voor de broninhouding krijgen de premie gefactureerd via het CJIB. Tot nu toe is slechts 25,3% (als het alleen gaat om de afzonderlijke 30% opslag voor mensen met een laag inkomen) en 16,7% (als het gaat om de volledige 130% premie die niet op het inkomen ingehouden kon worden) van de het gefactureerde bedrag voldaan. Van alle facturen die sinds de invoering van wanbetalersregeling door het CJIB zijn verstuurd maar niet zijn voldaan worden op dit moment per wanbetaler maximaal vier maandpremies ineens door het incassobureau of de deurwaarder geïnd.

De uitwisseling van informatie tussen zorgverzekeraars, CVZ en CJIB verloopt technisch gezien naar hun eigen oordeel goed. Toch is sprake van een aantal knelpunten. Een belangrijk verbeterpunt is het adres dat in de keten wordt gebruikt. Zorgverzekeraars melden (conform afspraak met het CVZ) wanbetalers aan met het correspondentieadres dat bij hen bekend is. Als (via het CJIB) een deurwaarder wordt ingeschakeld, dan dient deze deurwaarder zich te wenden tot een geverifieerd woonadres van de wanbetaler. Dat is niet het correspondentieadres maar het adres dat in de GBA is opgenomen. Ook komt het veelvuldig voor dat de werkelijke bewoners van een opgegeven adres onnodig betalingsverzoeken/-herinneringen ontvangen.

Sinds kort vergelijkt het CVZ het correspondentieadres van de wanbetaler met het beschikbare GBA-adres. Indien deze niet overeenkomen worden de betreffende wanbetalers niet doorgegeven aan het CJIB. Het gaat om ongeveer 10% van alle aangemelde wanbetalers zonder inkomen. Bij deze wanbetalers loopt op dit moment de premieschuld op, zonder dat zij een betalingsverzoek krijgen.

In iedere informatieketen is sprake van fouten, zonder twijfel is dit ook het geval in de informatieketen zorgverzekeraar-CVZ(-CJIB). Echter, het herstel van deze fouten is onvoldoende ingeregeld. Het CJIB en CVZ krijgen dagelijks veel bezwaarschriften, brieven, e-mail, retour ontvangen post en telefoontjes. Maar een deel van de 'mogelijke correctiegegevens' wordt benut en veel wanbetalers die contact opnemen worden doorverwezen naar de zorgverzekeraar. Bij bezwaarschriften die gaan over fouten in gegevens verklaart het CVZ zich niet ontvankelijk. Als het gaat om (vermeende) fouten in gegevens over *betalingsachterstanden* is dit terecht. Voor andere gegevens (met name adressering) op de beschikking is het CVZ als uitvoerend zelfstandig bestuursorgaan zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit van haar beschikkingen. Daar komt bij dat zorgverzekeraars op hun beurt regelmatig wanbetalers verwijzen naar het CVZ. Voor wanbetalers is er dus geen centraal aanspreekpunt waar zij terecht kunnen met vragen of waar zij kunnen aangeven dat informatie niet klopt.

Coördinatie binnen de keten over de uitvoering van de bestuursrechtelijke premie-inning vindt op dit moment beperkt, en met focus op specifieke onderdelen van het proces, plaats. Zorgverzekeraars, CVZ en CJIB hebben onderling bilateraal en periodiek contact, meestal naar aanleiding van een probleem. Daarmee is het overleg volgens de deelnemers zinvol, dus niet onnodig belastend. Een bijeenkomst met alle ketenpartners tezamen heeft nooit plaatsgevonden.

Informatie over de prestaties van de totale keten (zoals het effect van preventieve activiteiten, het aandeel van de bestuursrechtelijke premie dat daadwerkelijk is ingehouden via het broninkomen, het deel van de CJIB facturen dat is voldaan) is versnipperd aanwezig.

Aanbevelingen bestuursrechtelijk premieregime

1. Er is ruimte voor verbreding en verdieping van de bronheffing. Maak in het kader van verbreding van de bronheffing afspraken over rechtstreekse omleiding van de zorgtoeslag van wanbetalers om als bron te dienen voor inning van een deel van de bestuursrechtelijke premie. Aangezien het CJIB – in tegenstelling tot het CVZ en bronhouders – bij de incasso kan werken met gedeelde bedragen, bevelen wij aan om de zorgtoeslag alleen om te leiden voor de groep in het CJIB-traject. Bestudeer in het kader van de verdieping van de bronheffing of het uitvoeringstechnisch mogelijk is om ook andere percentages dan 100% of 0% te innen via de bronheffing.
2. Verplicht verzekeraars bij aanmelding van een wanbetaler bij het CVZ een door incassobureau of deurwaarder geverifieerd adres te vermelden. Laat het CVZ vervolgens een GBA-verificatie uitvoeren. Vermijd vanuit het CVZ het gebruik van een niet geverifieerd, door de wanbetaler opgegeven correspondentieadres. In sommige gevallen echter blijkt het correspondentieadres wel juist te zijn, in tegenstelling tot het GBA-adres. Zorgverzekeraars hebben met de Basisadministratie Persoonsgegevens en Reisdocumenten (BPR) afspraken over de wijze waarop invulling wordt gegeven aan de terugmeldplicht richting GBA. Verbeter de ontvangst van deze secundaire informatiestroom om gegevens te corrigeren die foutief in het GBA-systeem staan.

3. Zorg voor een waterdichte inning waarbij iedereen in het bestuursrechtelijk premiereregime de opgelegde bedragen betaalt. Dit kan zowel via verbetering van de bronheffing (via introductie van een periodieke check van de UWV-polisadministratie en het snel en stringent aanmanen van bronhouders als de bronheffing niet succesvol verloopt) als via verbeterde incasso door het CJIB. Het is raadzaam om juridisch te toetsen of het alimentatiemodel bruikbaar is voor de wanbetalersregeling. Bij het alimentatiemodel wordt niet gewerkt met afzonderlijke dwangbevelen (met telkens incasso- en deurwaarderskosten), maar met een doorlopend dwangbevel dat verplicht tot algehele betaling door de debiteur van het genoemde bedrag.
4. Als gevolg van een motie is de bestuursrechtelijke premie-inning voor minima gesplitst in een deel bronheffing (100%) en een afzonderlijke acceptgiro voor de opslag (30%) via incasso door het CJIB. Dit blijkt niet effectief vanwege een gesignaleerde kostentoeename als gevolg van het deurwaarderstraject. Daarom bevelen wij aan om deze splitsing voor lage inkomens van 100% bronheffing en 30% opslag via incasso door het CJIB af te schaffen en deze doelgroepen in het reguliere proces op te nemen. Na opleggen van de reguliere 130% kan vervolgens alsnog de inning van de opslag achterwege blijven om te voorkomen dat mensen in financiële problemen komen.
5. Organiseer regie in de informatieketen zorgverzekeraar-CVZ-CJIB door een ketenoverleg te introduceren, waarbij (potentiële) problemen – die het bilaterale overleg overstijgen – in de keten door alle relevante partijen worden besproken en waarbij partijen gezamenlijk beslissen over oplossingen. Het is van belang dat dit overleg niet als onnodig belastend wordt ervaren.
6. Breng in kaart welke informatie van ketenpartners nodig is om de prestaties van de keten te verbeteren. Vraag ketenpartners om deze informatie aan te leveren in de vorm van een ketenmonitor.

6.5 Conclusies en aanbevelingen over terugkeer naar het normale premiereregime

Bij de terugkeer naar het normale premiereregime is er onderscheid tussen nieuwe wanbetalers en wanbetalers uit het stuwmeer. De ‘afschrikwekkende werking’ van het bestuursrechtelijk premiereregime (de werkgever wordt betrokken, 30% opslag, mogelijkheid tot opschalen naar het CJIB) blijkt voor nieuwe gevallen te werken. Het gemiddeld aantal dagen dat men als wanbetaler geregistreerd is, wijkt duidelijk af tussen het stuwmeer en nieuwe wanbetalers. Uit een beperkte analyse blijkt dat de gemiddelde duur 170 dagen bedraagt voor stuwmeergevallen en 95 dagen voor mensen uit het reguliere proces. Dit wijst op een grotere prikkel tot uitstroom voor nieuwe gevallen. In 2011 is het aantal afmeldingen ongeveer gelijk aan het aantal nieuwe aanmeldingen bij het CVZ.

Voor de wanbetalers uit het stuwmeer is dit minder sterk het geval, al vindt ook van deze groep enige uitstroom uit het bestuursrechtelijk premiereregime plaats. Stuwmeergevallen vormen het overgrote deel van de totale populatie wanbetalers – na de eerste ronde waren 264.000 mensen bij het CVZ aangemeld²⁴.

²⁴ In september 2010 was de laatste “stuwmeeraanmelding”. Per oktober 2010 waren 264.009 mensen aangemeld bij het CVZ.

Over de totale populatie bezien is de terugkeer naar het normale premiereregime nog steeds zorgwekkend laag. Eenmaal in het systeem blijkt een groot deel van de doelgroep nauwelijks ontvankelijk voor de (extra) financiële prikkel van 30% opslag. De prikkel komt te laat en het betreft mensen die al in een problematische schuldensituatie zitten. Deze extra premie gaat daarom ten koste van mogelijke aflossingscapaciteit bij een schuldenregeling en heeft een averechts effect op de terugkeer.

Aanbevelingen op het terrein van terugkeer naar het normale premiereregime:

1. De afschrikwekkende werking van de opslag is lijkt functioneel voor nieuwe gevallen. Voor oude gevallen kan worden aangenomen dat de afschrikwekkende werking teniet gedaan is. Wel neemt de schuld door de opslag verder toe. Daarom bevelen we aan om de inning van de opslag achterwege te laten voor mensen in de bronheffing die tot de sociale minima behoren.
2. Benader de harde kern actief en biedt een way out voor die mensen die zich onderwerpen aan schuldsanering, waarna mensen met een schone lei kunnen beginnen.
3. We geven in overweging om de opslag van 30% om te bouwen tot een (preferente) bijdrage aan de aflossing van bestaande schulden.
4. In het bestuursrechtelijk regime is een groep wanbetalers waarvan de schuld oploopt omdat ze onvindbaar zijn. Deze mensen moeten uit het CVZ-systeem en terug naar verzekeraars. Formeel voldoen zij niet aan de eisen van een privaatrechtelijke zorgovereenkomst, waarbij je verplicht bent om mutaties in omstandigheden – waaronder adresmutaties, door te geven. Nu deze groep personen hier niet aan voldoet, is dit grond voor beëindiging van de zorgverzekeringsovereenkomst. Deze groep van naar schatting circa 30.000 onvindbare wanbetalers vloeit in potentie door naar het onverzekerendossier. Deze mensen zijn niet te traceren omdat hun GBA-adres niet correct is, zij zullen ook dan niet in behandeling worden genomen voor de onverzekerdenregeling. Hierdoor ontstaat voor verzekeraars én CVZ een zo zuiver mogelijk verzekerdenbestand.
5. Mocht terugkeer in het reguliere traject van premiebetaling voor een grote groep niet succesvol verlopen, dan zou de minister van VWS kunnen overwegen om de situatie in Zwitserland te bestuderen. Daar gaat de zorgverzekeraar in geval van wanbetaling uiteindelijk over tot het opschorten van de betaling voor genoten zorg. Een zorgaanbieder moet in zo'n geval andere wegen vinden om gemaakte kosten voor geleverde zorg vergoed te krijgen.

Bijlage 1: Internationale ervaringen

Inleiding

Er zijn een paar landen in de wereld die – net als Nederland – een privaatrechtelijke verzekeringsovereenkomst hanteren voor de financiering van ziektekosten. Onze Zorgverzekeringswet is duidelijk geïnspireerd door het Zwitserse systeem. In de Verenigde Staten keek men juist naar onder meer Nederland bij de vormgeving van de Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA), die op 23 maart 2010 ondertekend werd.

Wanbetaling in het Zwitserse systeem van ziektekostenverzekeringen

Het Zwitserse systeem van zorgverzekeringen kent een met het Nederlandse systeem vergelijkbare structuur en opbouw. Het systeem bestaat uit een basisverzekering (Grundversicherung) waarop verzekerden aanvullende pakketten kunnen kiezen. Het Zwitserse systeem kent evenals het Nederlandse een privaatrechtelijke uitvoeringsstructuur. Zowel verzekeraars als zorgaanbieders zijn privaatrechtelijke entiteiten.

De Zwitserse verzekeraar stelt zelf de hoogte van de premie vast. De Zwitserse overheid bepaalt jaarlijks de bijdrage van individuele verzekerden aan het systeem. Daarnaast beslist de overheid over de inhoud van het verstrekkingenpakket en de verzekeringsplicht van de Grundversicherung.

Net als in Nederland moeten inwoners van Zwitserland zelf een verzekering afsluiten bij een verzekeraar (men is niet van rechtswege verzekerd tegen ziektekosten maar heeft een verzekeringsplicht) en dient men de verzekeringspremie aan de verzekeraar te betalen (privaatrechtelijke relatie). De kantons zijn verantwoordelijk voor controle op het al dan niet verzekerd zijn van haar inwoners. Indien iemand niet verzekerd is (binnen de in de wet gestelde termijn) moet een kanton deze persoon verplicht onder brengen bij een verzekeraar. Voor de niet-verzekerde periode is de inwoner van de gemeente dan een boete verschuldigd.

Dit levert in de Zwitserse situatie vergelijkbare problemen met Nederland op. In het geval een verzekerde zijn verzekeringspremie niet betaalt kent het Zwitserse systeem een publiekrechtelijk ingebbede wanbetalersregeling. De aanvullende verzekeringen staan los van dit systeem (het betreft hier een puur privaatrechtelijke verhouding tussen verzekeraar en verzekerde).

Er is een groep onverzekerden en men kent het probleem van wanbetalers (Zahlungssünder). In een review van het Zwitserse gezondheidssysteem (2011, nog te verschijnen) schrijft de OESO: “Only few residents do not pay health insurance premiums and even fewer are not registered. In 2006, the Law on health insurance was amended in order to discourage “voluntary” defaulters. From this date, health insurers have been allowed to refuse paying for health care bills presented by defaulters until the full recovery of unpaid premiums and related interests. Health professionals have been allowed to deny treatment, except in case of emergency.

According to the OFSP, more than 366,000 insured people have been suited by health insurers for unpaid premiums in 2009 and health insurance payments have been withheld for 93,000 of them.”

Het systeem bestaat uit een aantal processtappen (wettelijk vastgelegd in Bundesgesetz über die Krankenversicherung en Krankenversicherungs Verordnung). Het proces kent acht stappen van het uitsturen van een betalingsherinnering, het versturen van aanmaningen, het opstarten van de incassoprocedure tot aan het opschorten van de betaling voor genoten zorg (Leistungsaufschub). De verzekeraar heeft een preferente vordering (zogenaamde 2^e klasse vordering) die voor gaat op andere normale schuldeisers. Indien de verzekeraar over gaat tot de Leistungsaufschub stelt de verzekeraar alle betrokken Kantonale of gemeentelijke instanties (zoals sociale diensten) van deze stap op de hoogte. Het handelt binnen de doelgroep veelal om uitkeringsgerechtigden of mensen op een sociaal minimum waarbij relaties liggen met overheidsorganen.

Gedurende de hele procedure kan de verzekerde niet van verzekeraar wisselen. De mogelijkheid om een goedkopere verzekeraar te kiezen is er pas weer wanneer alle betalingsachterstanden zijn weggewerkt.

Indien de verzekeraar over gaat tot opschorting van de vergoeding (Leistungsaufschub) moet de zorgaanbieder andere wegen vinden om gemaakte kosten voor geleverde zorg vergoed te krijgen. De weg van de incassoprocedure jegens de patiënt staat daarbij open maar is in de praktijk weinig succesvol.

Verzekeraars kunnen met een kanton overeenkomsten sluiten over het niet-stopzetten van de vergoeding voor genoten zorg. Het kanton neemt dan de premiebetaling (in het kader van schuldhelpverleningsregelingen) over. Verzekeraars zijn niet verplicht om deze overeenkomsten te sluiten en lang niet alle verzekeraars hebben een dergelijke overeenkomst gesloten. Zonder overeenkomst blijft de verzekeraar de vergoeding van de kosten voor genoten zorg derhalve opschorten totdat alle openstaande schulden zijn vereffend. De wanbetaler komt hierdoor steeds verder in de problemen.

Op dit moment bestaat de politieke wens om de mogelijkheid tot opschorting van vergoeding voor genoten zorg te verbieden. Het voornemen is om per 2013 te komen tot een regeling waarbij gemeente of Kanton (verschilt per kanton) bij het ontstaan van een betalingsachterstand en in het kader van schuldhelpverlening 85% van die betalingsachterstand aan de verzekeraar gaat vergoeden. De overige 15% moet de verzekeraar dan via een incassoprocedure zien te verkrijgen. Voor de Zwitserse overheid is in ieder geval vanuit de positie van de wanbetaler van doorslaggevend belang dat het recht op zorg en vergoeding van de kosten voor die zorg intact blijft. Dit om te voorkomen dat inwoners met betalingsachterstanden in een uitzichtloze schuldenpositie terecht komen.

Wanbetaling in het Amerikaanse systeem van ziektekostenverzekeringen

Hét Amerikaanse systeem voor zorgverzekeringen bestaat eigenlijk niet. Het kan beter worden gekarakteriseerd als een lappendeken van kleine ecosystemen voor allerlei verschillende doelgroepen, met een sterk variërende mate van overheidsbetrokkenheid.

Veel Amerikanen zijn verzekerd via hun werkgever die – zeker als het grote werkgevers betreft – vaak als secundaire arbeidsvoorwaarde de premiebetaling voor hun rekening nemen en rechtstreeks storten aan de zorgverzekeraar.

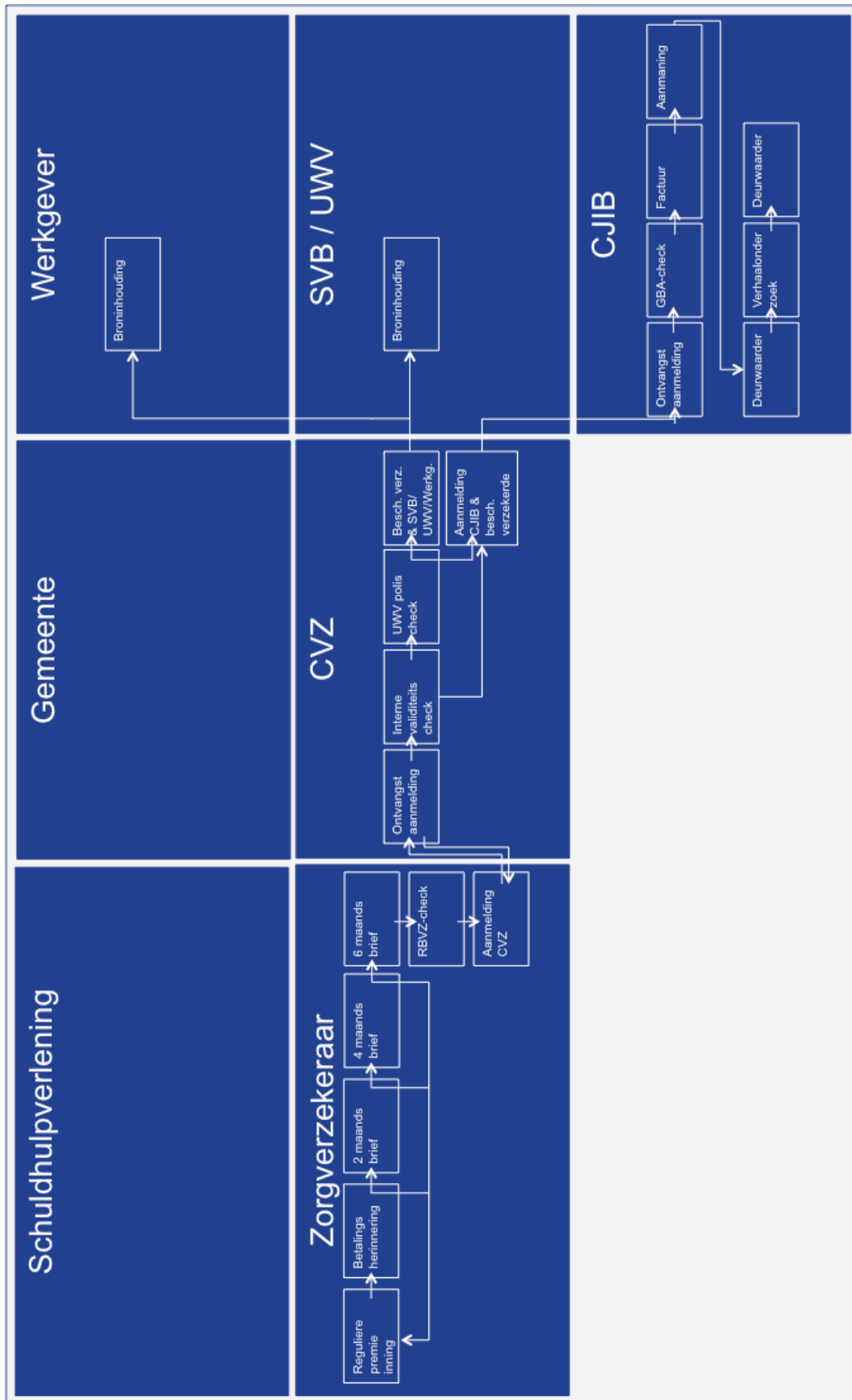
In toenemende mate echter komen er individuele zorgovereenkomsten tot stand. Als iemand daarbij zijn premie vergeet te betalen, of daartoe niet in staat is, dan trekt de verzekeraar de polis in en wordt iemand onverzekerd.

Hoewel nog steeds Grondwettelijk omstreden, krijgen burgers in Amerika in toenemende mate een verzekeringsplicht ('individual mandate'). Zo heeft Massachusetts in 2009 een verzekeringsplicht ingevoegd en is 2014 de beoogde ingang voor alle Amerikanen als gevolg van het nieuwe systeem. Individuen hebben daarbij de mogelijkheid om een verzekering af te sluiten, hetzij rechtstreeks bij een zorgverzekeraar, hetzij bij een zogeheten "exchange" (marktplaats voor zorgverzekeringen) of om onverzekerd te blijven. Maar in dat laatste geval zijn mensen wel verplicht om een kleine (premie vervangende) belastingboete te betalen.

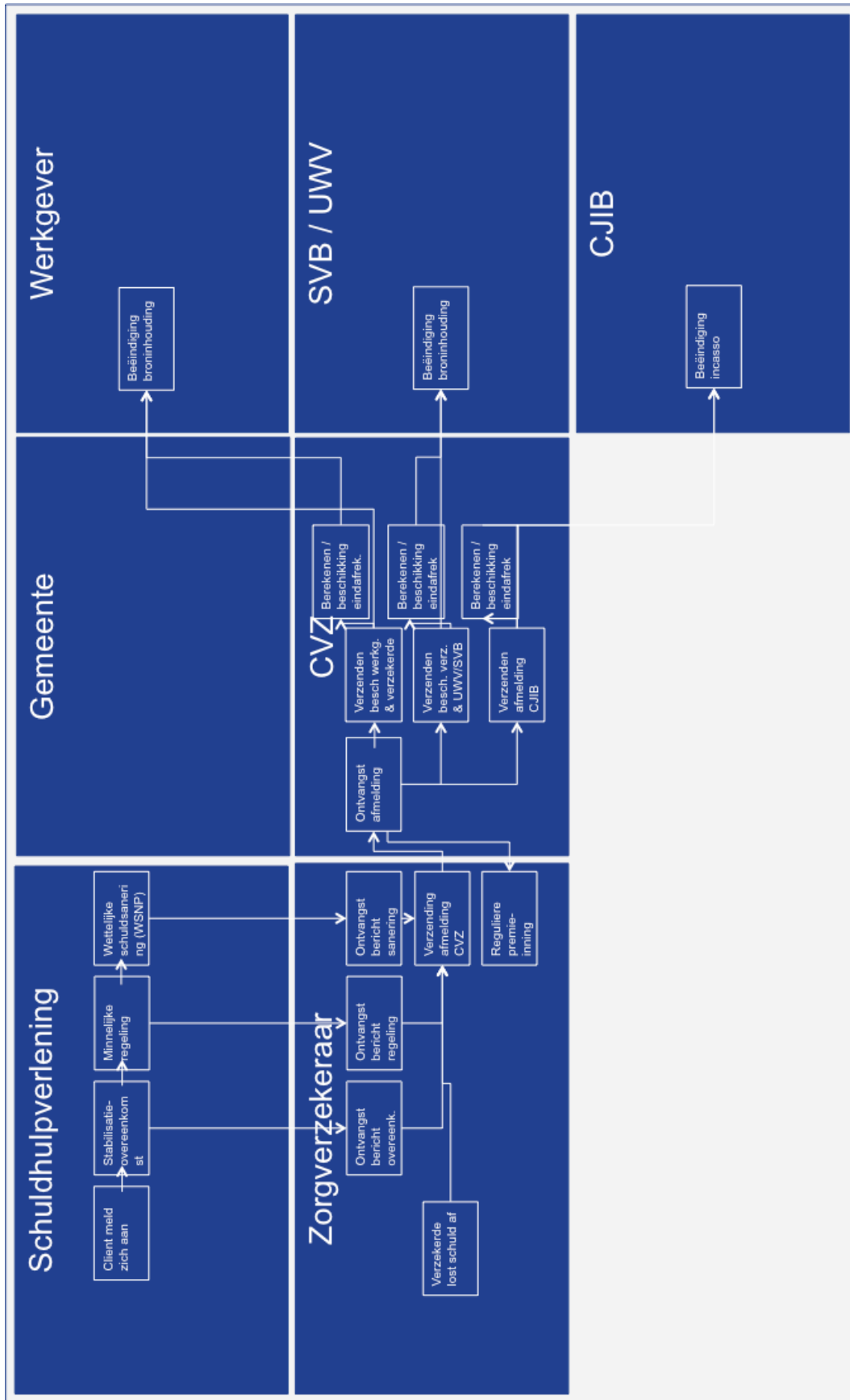
Om de toegankelijkheid te stimuleren introduceert Amerika net als Nederland een systeem van zorgtoeslagen ('tax-credits').

Kort geleden berichtte de Kaiser Family Foundation, een onafhankelijk onderzoeksinstituut, dat veel werknemers in de VS – al dan niet gedwongen door hun werkgever – te maken krijgen met zeer hoge eigen betalingen om zo de maandpremies te drukken. Dat blijkt te leiden tot enerzijds uitstel van noodzakelijke zorg en anderzijds tot grote financiële problemen als mensen daadwerkelijk een serieuze aandoening krijgen. De wanbetalersproblematiek uit zich derhalve deels langs andere wegen dan tot op heden in Nederland.

Bijlage 2: Proces tot en met aanmelding bij het CVZ als wanbetaler



Bijlage 3: Proces richting afmelding bij het CVZ als wanbetaler



Bijlage 4: Lijst met gesprekspartners

Begeleidingscommissie

- Bert Bloemheuvel (voorzitter); Ministerie van VWS
- Marius Oosterom; Ministerie van SZW
- Ingeborg Hensen; College voor Zorgverzekeringen
- Henny Wijngaard; Zorgverzekeraars Nederland
- Erik van den Berg, Chris de Lange, Rinkse Lenstra-Visser; allen Ministerie van VWS

Interviews

- | | |
|--------------------------|--|
| • Achmea | Cristian Kamphuis, Alex Linsen, Olav de Kock, Peter Beelen |
| • Azivo | Boris van der Staak |
| • BS&F | Maarten Werksma |
| • CJIB | Erik Dekker, Annette van der Geest |
| • CZ | Wim Mols, Hans de Vogt |
| • CVZ | Ingeborg Hensen, Gerard Miltenburg, Rémi Langenberg |
| • De Friesland | Harm Kamstra |
| • Divosa | Hidde Brink |
| • DSW | Marijn Snels |
| • Eno | Erik Groothedde |
| • Gemeente Amsterdam | Kees Hulsman |
| • Gemeente Den Haag | Frank Janssen, Kees Ederveen |
| • Gemeente Rotterdam | Eelco Bruinsma |
| • Gemeente Utrecht | Menno Otger, Jaap van Dalen |
| • NVVK | Yvonne van Houdt |
| • SKGZ | Edwin Niezen, Gerard de Groot, Kees van Kranenburg |
| • SSSF | Rene Schwab |
| • Stichting de Ombudsman | Jenny Boer, Hans Meerman |
| • Uvit | Peter van Dorst |
| • VNG | Anna Hooijenga |
| • Vroeg eropaf | Jan Siebols |
| • ZN | Nicolette Cremers, Henny Wijngaard |

Bijeenkomst deurwaarders

- Redmer Bouwman; kantoor Flanderijn & Bouwman
- Perry Groenenberg; kantoor Flanderijn & van Eck
- Klaas Soellaart ; kantoor Groenewegen & Partners
- Mesut Tasci; kantoor Groenewegen en Partners
- Meint Oosterhof; kantoor GGN Tijhuis en Partners
- John Schunken; kantoor AGIN Otten
- Wikje Breedland-Brandsma; accountmanager CJIB

Bijeenkomst Monitorgroep

- Henny Wijngaard, Nicolette Cremers; ZN
- Rémi Langenberg; CVZ
- Dion Voeten; NVVK
- Peter Beelen; Achmea
- Andre Walstra; AGIS
- Hans de Vogt; CZ

Bijlage 5: Literatuurlijst

- BS&F & Divosa. Bestuursrechtelijke premieheffing wanbetaling zorgverzekering. Februari 2010.
- BS&F Aandachtspunten voor gemeenten bij de uitvoering van de bestuursrechtelijke premieheffing. Ongedateerd.
- Bruinsma, E.A.J. & Castelijns, M.G.C.M. Structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering. PS-Documenta, Rotterdam, maart-april 2010
- CBS, Kenmerken van wanbetalers zorgverzekeringswet. Voorburg, 22 augustus 2007
- CBS, Ruim 300 000 wanbetalers Zorgverzekeringswet. Persbericht, 18 december 2009
- CBS, Tien procent minder onverzekerden tegen ziektekosten in 2010. Persbericht, 29 maart 2011
- CVZ, Uitvoeringstoets Regeling aanpak wanbetalersproblematiek. Diemen, 20 oktober 2008
- CVZ, Nader advies wanbetalers: planning stuwmeer en compensatieregeling. Brief aan VWS, Diemen, 4 juni 2009
- CVZ, Wanbetalers in cijfers. December 2010
- CVZ, Wanbetalers in cijfers. 2011
- CVZ, Wanbetalers in kaart. CVZ Magazine, februari 2011
- Credit Yard, Gedragsonderzoek naar wanbetaling van verzekerden. Den Haag, 6 april 2010
- Gemeente Amsterdam, Bronheffing ziektekostenverzekering. Brief aan de voorzitter van de Eerste Kamer der Staten Generaal. Amsterdam 19 februari 2009.
- Nationale Ombudsman, de, Meten met twee maten: Rapport over een klacht over het College voor Zorgverzekeringen uit Diemen. Den Haag 2010
- Nationale Ombudsman, de, 'Wat vind u er van' Verslag van de Nationale ombudsman over 2010. Den Haag 2010.
- Reerink, A & Rosenberg, E. Notoire wanbetalers zijn moeilijk te verzekeren, nrc.nl, 3 mei 2007.
- Stichting de Ombudsman. Van zorg verzekerd? Dat begint bij de zorgverzekeraar: Onderzoek naar de dienstverlening van zorgverzekeraars, maart 2010.
- Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen, Jaarverslag 2010. Zeist, 2011
- Tweede Kamer der Staten Generaal. 31736: Wet op de zorgtoeslag en enige andere wetten, houdende maatregelen om ook wanbetalers voor hun zorgverzekering te laten betalen (structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering) (Stb. 2009, 356).
- VWS, (Pilot)studie gedrag wanbetalers. Brief aan Credit Yard, Den Haag, ongedateerd
- VWS, Structurele aanpak wanbetalers zorgpremie. Brief aan Bestuur van de Koninklijke Vereniging MKB-Nederland, Den Haag, ongedateerd.

VWS, Structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering. Brief aan Gemeente Amsterdam, Wethouder Werk en Inkomen, Den Haag 24 maart 2009

VWS, Wetsvoorstel structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering. Brief aan Bestuur van VNO-NCW en MKB-Nederland, Den Haag, 3 juni 2009

VWS, SZW, VBG, Divosa, ZN & NVVK. Convenant gericht op het voorkomen en oplossen van wanbetaling van de nominale premie voor een zorgverzekering ingevolge de Zorgverzekeringswet. 2011

ZonMw, Evaluatie Zorgverzekeringswet en Wet op zorgtoeslag. Den Haag, september 2009

Bijlage 6: Protocol incassotraject wanbetalers Zorgverzekeringswet (oktober 2006)

Bron: <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2006/10/06/protocol-incassotraject-wanbetalers-zorgverzekeringswet.html>

Zorgverzekeraars Nederland



Zeist, oktober 2006

INHOUDSOPGAVE

1. Inleiding
2. Uitgangspunten incassoprotocol
3. Protocol intern traject zorgverzekeraar (Fase I)
4. Protocol incassopartner (Fase II)
5. Randvoorwaarden incassoprotocol
6. Eisen aan incasso-organisaties
7. Rapportage en Controle

1. Inleiding

Uit de Grondwet en internationale verdragen blijkt dat de Nederlandse overheid verantwoordelijk is voor een zorgstelsel dat haar ingezetenen toegang biedt tot noodzakelijke en kwalitatief goede zorg. Per 1 januari 2006 is de Zorgverzekeringswet (Zvw) in werking getreden. De kring van verzekerden op grond van de Zvw is gelijk aan de kring van verzekerden op grond van de AWBZ. Eén van de doelstellingen van de Zvw is dat zoveel mogelijk verzekeringsplichtigen ook daadwerkelijk verzekerd zijn op grond van de Zvw.

De financiering van de Zvw is voor de helft inkomensgerelateerd. Naast de inkomensafhankelijke bijdrage en een rijksbijdrage aan het Zorgverzekeringsfonds kent de Zvw een nominale premie. Dit is een door de zorgverzekeraar vastgesteld bedrag dat de verzekeringsnemer rechtstreeks aan zijn zorgverzekeraar dient te voldoen. In de praktijk komt het voor dat een verzekeringnemer niet aan zijn betalingsverplichting voldoet c.q. kan voldoen. Dit heeft, zeker in de situatie waarin verzekeringnemer gedurende langere periode niet aan zijn betalingsverplichting voldoet, gevolgen voor de relatie tussen verzekeringnemer en zorgverzekeraar.

De zorgverzekeraar heeft op grond van de Zvw de mogelijkheid de zorgverzekering te beëindigen. In geschetste situatie leidt dat tot het onverzekerd geraken van de door verzekeringsnemer verzekerde personen. Dat dit een onwenselijke situatie is moge duidelijk zijn.

VWS heeft in overleg met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) naar een oplossing gezocht om wanbetaling zoveel mogelijk te voorkomen. Met het oog op het voorgaande is de overheid voornemens over te gaan tot aanpassing van de Zvw. De overheid beoogt in dat kader wettelijke maatregelen te treffen die ertoe leiden dat verzekerden die de nominale premie niet dan wel niet volledig betalen, niet onverzekerd geraken. De maatregelen moeten het betalingsgedrag van verzekeringsnemers in positieve zin beïnvloeden. Daarnaast zullen bedoelde maatregelen ertoe leiden dat zorgverzekeraars beschermd worden tegen het zogenoemde carousel-effect ten gevolge van wanbetaling. Immers, op basis van de Zvw zou een wanbetalende verzekeringsnemer wiens zorgverzekering door de zorgverzekeraar geëindigd is in verband met wanbetaling, door een andere zorgverzekeraar onverkort geaccepteerd moeten worden voor een nieuwe zorgverzekering.

Op grond van artikel 2 lid 1 van de Zorgverzekeringswet kan een verzekeringsnemer een zorgverzekering afsluiten ten behoeve van een ander. Een verzekerde die niet tevens verzekeringsnemer is, heeft op grond van de Zorgverzekeringswet altijd de mogelijkheid om tussentijds, in de loop van een kalenderjaar, zelf een zorgverzekering te sluiten. Daarom is in artikel 7 lid 2 van de Zorgverzekeringswet geregeld dat de verzekeringsnemer die een ander dan zichzelf heeft verzekerd de zorgverzekering kan opzeggen indien de verzekerde krachtens een andere zorgverzekering verzekerd wordt.

Op grond van de beoogde wetswijziging kan bij wanbetaling de overeenkomst met de zorgverzekeraar door de verzekeringsnemer niet worden opgezegd. Is er sprake van wanbetaling door de verzekeringsnemer die een ander dan zichzelf heeft verzekerd dan wordt het aan de zorgverzekeraar overgelaten om de inspanning op zich te nemen om de individuele verzekerde te achterhalen en deze te informeren over het betaalgedrag van de verzekeringsnemer. Het benaderen van de individuele verzekerde kan zinvol zijn, zeker wanneer die inspanning er uiteindelijk toe leidt dat de individuele verzekerde bereid is eigenstandig de premie te betalen. Op dat moment trekt de individuele verzekeringsplichtige de facto het mandaat in aan de verzekeringsnemer om zich te laten verzekeren. In de praktijk zou dit er toe kunnen leiden dat hierdoor dubbele verzekering ontstaat. Alhoewel dit op grond van de wet niet verboden is, zal dit onder meer vanwege de financiële consequenties niet wenselijk zijn. Het lijkt dan logisch om in de geschetste situatie de desbetreffende individuele verzekerde tussentijds of bij de prolongatie een individueel contract aan te bieden en bij het afsluiten van het nieuwe contract het contract met de verzekeringsnemer aan te passen. Weliswaar wordt bij wanbetaling door de beoogde wettelijke maatregel de opzeggingsgrondslag op grond van het eerder vermelde artikel 7 lid 2 aan de oorspronkelijke verzekeringsnemer ontnomen doch het lijkt alleszins redelijk, wanneer door tussenkomst van de verzekeraar wordt vastgesteld dat de individuele verzekerde zich eigenstandig heeft verzekerd, om de verzekeringsovereenkomst met de oorspronkelijke verzekeringsnemer daarop te laten aansluiten. Immers daarmee wordt voldaan aan de achterliggende bedoeling van de maatregelen om wanbetaling in de zorgverzekering zoveel als mogelijk op te heffen en tegen te gaan.

De zorgverzekeraars hebben als onderdeel van de beoogde maatregelen onderling afspraken gemaakt. Deze zijn neergelegd in het 'Protocol incassotraject wanbetalers Zorgverzekeringswet'. De zorgverzekeraars zullen dienovereenkomstig handelen. Dit zal er onder meer toe leiden dat

zorgverzekeraars periodiek de premieachterstand inventariseren bij hun verzekerden. Wordt een betalingsachterstand geconstateerd dan is de zorgverzekeraar zelf verantwoordelijk voor een passend incasso-traject. De zorgverzekeraar zal in die periode minimaal die activiteiten verrichten die zijn vastgelegd in genoemd protocol.

2. Uitgangspunten incassoprotocol

Bij het ontwerp van dit protocol zijn de volgende uitgangspunten gehanteerd:

1. Alle (incasso-)inspanningen zijn erop gericht betalingsachterstanden van verzekeringsnemers zoveel mogelijk te voorkomen en – indien toch ontstaan – zo snel mogelijk adequaat op te lossen.
2. Het incassobeleid is gericht op het voor de zorgverzekeraars realiseren van een optimaal incassorendement en hoge incassosnelheid.
3. Het incassoprotocol heeft betrekking op het integrale traject vanaf de eerste constatering van betalingsachterstand door de zorgverzekeraar tot en met royement van de zorgverzekering.
4. Teneinde bovenstaande uitgangspunten te realiseren, worden reeds bij enkele maanden premie-achterstand verscherpte maatregelen genomen (verzwaard regime) teneinde oplopende premie-achterstand terug te dringen en bij voorkeur te voorkomen.
5. De incassowerkzaamheden moeten effectief, efficiënt en op een administratief gemakkelijke en transparante wijze en met minimale kosten en risico's voor de zorgverzekeraars worden uitgevoerd door incassopartners (incassobureaus en/of gerechtsdeurwaarderskantoren, en dergelijke).
6. Er wordt voorzien in het doorlopend beschikbaar zijn van alle benodigde managementinformatie (juist, tijdig en volledig) om te voldoen aan de informatiebehoefte van alle betrokken partijen.
7. Het is aan de zorgverzekeraar om te bepalen welke externe incassopartner hij inschakelt in het kader van de incassowerkzaamheden. Indien de zorgverzekeraar aanspraak wil maken op een gedeeltelijke financiële compensatie ten laste van het Zorgverzekeringsfonds moet de zorgverzekeraar kunnen aantonen dat het incassoprotocol zowel in het interne als externe incassotraject adequaat is nageleefd.

3. Protocol intern traject zorgverzekeraar

Het incassotraject bestaat uit twee fases die als zodanig één geheel vormen. De twee fases sluiten dan ook geheel op elkaar aan. Fase I betreft het interne traject van de zorgverzekeraar (hetgeen overigens niet betekent dat de zorgverzekeraar in kwestie geen gebruik kan maken van een deskundige derde, bijvoorbeeld in de vorm van een incassopartner) en het traject na overdracht, Fase II.

Als eerste wordt een overzicht gegeven van het interne traject (Fase I) van de zorgverzekeraar en vervolgens het aansluitende traject van de externe incassopartner.

FASE I

1. De zorgverzekeraar zal uiterlijk 14 dagen na de premievervaldag de premie-achterstand constateren. Vanaf dit moment (dat wil zeggen 14 dagen na de premievervaldag start het incassotraject dat minimaal 6 maanden in beslag zal nemen). De termijn van “minimaal 6 maanden” wordt genoemd

omdat de “interne” activiteiten betrekking hebben op de periode dat de hoogte van de premie-achterstand 6 maandpremies bedraagt. Deze periode duurt derhalve minimaal 6 maanden maar kan een langere periode in beslag nemen afhankelijk van het betaalgedrag van de verzekeringsnemer.

2. De zorgverzekeraar neemt de premie-achterstand waar en zendt de verzekeringsnemer een betalingsherinnering c.q. aanmaning. De zorgverzekeraar wijst de verzekeringsnemer hierbij op de gevolgen van het niet nakomen van zijn premieplicht alsmede op het feit dat zijn gegevens in een centraal databestand zullen worden opgenomen. Daar waar gesproken wordt over premie-achterstand wordt bedoeld premie-achterstand per individuele verzekerde.

3. De zorgverzekeraar zendt de verzekeringsnemer in het minnelijke traject in ieder geval een tweede aanmaningsbrief.

4. De zorgverzekeraar zal gedurende het incassotraject minimaal 2 aanmaningen zenden en tevens vindt een derde toetsbaar contact plaats. Onder toetsbaar contact wordt verstaan dat de zorgverzekeraar moet kunnen aantonen (en dus dient vast te leggen) op welke wijze hij contact heeft gelegd met de verzekeringsnemer. Het contact kan bestaan uit bijvoorbeeld een telefonisch gesprek of een bezoek aan huis, en dergelijke.

5. De eerste factuur wordt niet als een aanmaning zoals hier bedoeld beschouwd.

6. De zorgverzekeraar zal in de situatie dat een automatische incasso niet slaagt via een acceptgiro de premiegelden proberen te innen.

7. Mocht de verzekeringsnemer niet tot betaling overgaan, dan kan de zorgverzekeraar de individuele verzekerde hiervan op de hoogte stellen en hem inlichten over de gevolgen voor hem: incassokosten ter zake van de inning van de premie en op lange termijn roeyement.

8. De zorgverzekeraar schakelt voor het incassotraject (eventueel) een incassobureau/deurwaarder in.

9. De zorgverzekeraar zal gedurende de periode dat het interne en externe (verzwaarde) incassotraject plaatsvindt niet tot schorsing van de rechten op grond van de polis overgaan.

10. De zorgverzekeraar zal met betrekking tot de door hem verrichte en te verrichten incasso werkzaamheden een adequate verslaglegging voeren.

11. Het staat de zorgverzekeraar vrij om naast de in dit kader genoemde incasso-activiteiten andere (extra) activiteiten te verrichten.

12. De zorgverzekeraar draagt de verzekerde die een (niet onder een adequate betalingsregeling gebrachte) betalingsachterstand heeft van 6-premiemaanden over voor externe incasso.

4. Protocol incassopartner

In onderstaande worden de incassoverplichtingen beschreven ten behoeve van het incassotraject na overdracht van de vordering door de zorgverzekeraar aan de incassopartner (fase II).

FASE II

Gegevensoverdracht aan de incassopartner

4.1.1 Op het moment dat de verzekeringsnemer een bedrag van zes maandpremies achterstallig is met betaling, draagt de zorgverzekeraar de vordering over aan de incassopartner. Dit laat onverlet dat de zorgverzekeraar het recht heeft zoveel eerder als hij dat wenselijk c.q. noodzakelijk acht, gebruik te maken van de diensten van de incassopartner in het kader van de zogenoemde Fase I.

De zorgverzekeraar is opdrachtgever van de incassopartner en blijft ook na zes achterstallige maandpremies de opdrachtgever.

4.1.2 De volgende gegevens maken deel uit van het dossier dat elektronisch wordt overgedragen aan de incassopartner:

NAW-gegevens
Geboortedatum
Sofinummer
Telefoonnummer
Achterstallige perioden
Hoofdsom
Rente
Omschrijving van de vordering
Inkomsteninformatie (indien beschikbaar)

Voor de overdracht wordt tussen zorgverzekeraar en incassopartner een format vastgesteld.

Mutaties

4.1.3 De zorgverzekeraar verstrekt na overdracht minimaal wekelijks, bij voorkeur dagelijks, de mutaties aan de incassopartner, zoals ontvangen betalingen en correcties. Vervallen premiebedragen worden periodiek aangeleverd.

4.1.4 Eerste sommatie

Na overdracht van de gegevens van de zorgverzekeraar, start de incassopartner met een eerste sommatie. Deze wordt binnen een nader af te spreken termijn tussen de incassopartner en de zorgverzekeraar – na ontvangst van het dossier door de incassopartner - verzonden aan de verzekeringsnemer. De betalingstermijn wordt nader bepaald tussen de incassopartner en de zorgverzekeraar. Het bedrag is opgebouwd uit de vervallen premiebedragen, incassokosten en rente.

4.1.5 Screening

Na overdracht van vorderingen door de zorgverzekeraar aan de incassopartner, zal de incassopartner op vaste momenten in het traject informatie vergaren (screening) teneinde: - de verhaalbaarheid van de vordering te kunnen beoordelen en - de incassostrategie vast te stellen of bij te stellen. Deze screening vindt plaats: - na verzending van eerste sommatie - voor eventuele start gerechtelijke fase en - bij uitvoering van de executiefase. Onderstaand volgt een toelichting op verhaalbaarheid en incassostrategie.

Verhaalbaarheid van vorderingen

Tijdens deze voornoemde screeningsmomenten wordt de verhaalbaarheid door de incassopartner vastgesteld. Dit geschiedt aan de hand van opgebouwde ervaringen met de betrokken

debiteur/verzekeringsnemer, eigen expertise, contacten met de debiteur/verzekeringsnemer en externe bronnen.

Indien de incassopartner van mening is dat de vordering oninbaar is, zal hij dit gemotiveerd aan de zorgverzekeraar meedelen en wordt de vordering opgenomen in het bewakingsstelsel van de incassopartner.

De meeste oninbare vorderingen betreffen debiteuren uit navolgende 2 categorieën:

1. Geen verhaal

- Faillieten/WSNP
- Verzekerden zonder vaste woon- of verblijfplaats/Buitenland
- Langdurig gedetineerden (> 0,5 jaar)
- Verzekerden zonder verhaalsmogelijkheden
 - preferente beslagen
 - grote schuldenlast, minimale inhoudingen
 - geen vaste inkomsten en geen (on)roerende zaken (van waarde)

2. Te weinig verhaal

- Roerende zaken hebben weinig waarde en debiteur heeft meerdere schulden waardoor periodiek slechts een gering bedrag geïncasseerd kan worden en de premie-achterstand oploopt
- Geen vast inkomen en geen (on)roerende zaken van waarde
- WSNP'ers die in de oude gewoonte terugvallen

Incassostrategie vaststellen of bijstellen

Naast het vaststellen van de verhaalbaarheid wordt aan de hand van de screening de incassostrategie vastgesteld. In de minnelijke fase van het incassotraject worden op basis van deze screening verschillende debiteurgroepen vastgesteld. Per groep wordt het meest (kosten)efficiënte en effectieve incassotraject bepaald. Dit betekent dat de aanpak (middelen, intensiteit en toonzetting) in de minnelijke fase van het incassotraject verschilt per groep. Onderscheid wordt bijvoorbeeld gemaakt op aanwezigheid van meerdere vorderingen van verschillende schuldeisers.

Indien in het minnelijke traject betaling uitblijft en de vordering het gerechtelijke traject ingaat (o.b.v. verhaalbaarheid) dient er in het minnelijke traject in elk geval sprake te zijn geweest van:

- schriftelijke sommaties en vervolgens
- (inspannen tot) telefonisch contact dan wel
- (inspannen tot) een contactmoment bij de debiteur thuis (sommatedagvaarding)

De incassopartner draagt er zorg voor dat hij het verrichten van de drie laatst genoemde activiteiten schriftelijk vastlegt.

Indien uit de screening blijkt dat er sprake is van onvoldoende of geen verhaalbaarheid, wordt naast een gemotiveerde terugkoppeling hiervan aan de zorgverzekeraar, de vordering opgenomen in een bewakingsstelsel van de incassopartner. De zorgverzekeraar en de incassopartner maken nadere afspraken betreffende de wijze van handelen in het kader van het bewakingsstelsel.

4.1.6 Betalingsregelingen

De zorgverzekeraar en de incassopartner stellen in samenspraak een Richtlijn op betreffende de gang van zaken in het kader van het treffen van een betalingsregeling. Indien hiervan wordt afgeweken zal de incassopartner aan de zorgverzekeraar een afwijkend voorstel ter goedkeuring voorleggen.

4.1.7 Bel-actie

Binnen een nader af te spreken termijn tussen de incassopartner en de zorgverzekeraar zoekt de incassopartner telefonisch contact met de verzekeringsnemer, in en buiten werktijden. Het contact heeft tot doel om de verzekeringsnemer tot betaling te bewegen, al dan niet via een betalingsregeling. Voorts wordt het contact benut om verhaalsinformatie te achterhalen, waarmee kan worden ingeschat of de vordering inbaar is.

De bel-actie vindt plaats, binnen een nader af te spreken termijn tussen de incassopartner en de zorgverzekeraar, na het verstrijken van de betalingstermijn genoemd in de sommatie, zoals verzonden door de incassopartner.

4.1.8 Tweede sommatie (facultatief)

Deze sommatie wordt alleen verzonden na de eerste sommatie als geen telefoonnummer bekend is, of uit validatie is gebleken dat een tweede sommatie zinvol kan zijn. De betalingstermijn wordt nader tussen de incassopartner en de zorgverzekeraar afgesproken. Het bedrag is opgebouwd uit de vervallen premiebedragen, incassokosten en maximaal de wettelijk rente. Voorts wordt vermeld dat bij niet-betaling wordt overgegaan tot dagvaarding.

4.1.9 GBA-check

Voor de uitvoering van een ambtshandeling is een gerechtsdeurwaarder gerechtigd de benodigde persoonsgegevens te controleren in de Gemeentelijke Basisadministratie. Indien noodzakelijk geschiedt deze check voordat tot dagvaarden wordt overgegaan. Bij retour gekomen post is het eveneens toegestaan de GBA-check uit te voeren, mits de intentie bestaat een ambtshandeling te verrichten. Met de aanvraag van een GBA-check, de ontvangst en de verwerking van de informatie zijn gemiddeld 5 dagen gemoeid. Bij afwijkende NAW-gegevens wordt een nieuwe sommatie verzonden. GBA-gegevens worden aan de zorgverzekeraar verstrekt.

4.1.10 Sommatie dagvaarding

De sommatie dagvaarding is een combinatie van dagvaarding en sommatie- exploit. In het exploit wordt de verzekeringsnemer gesommeerd binnen een nader af te spreken termijn tussen de incassopartner en de zorgverzekeraar de vordering te voldoen (premiebedragen, incassokosten en maximaal de wettelijke rente).

Voorts wordt vermeld dat indien de vordering niet binnen genoemde termijn wordt betaald, debiteur voor alsdan wordt gedagvaard tegen een in de nabije toekomst gelegen zitting bij de Rechtbank, sector Kanton. Vooraf wordt, behoudens bij twijfel, geen toestemming aan de zorgverzekeraar gevraagd. Op deze wijze wordt elke verzekeringsnemer door een gerechtsdeurwaarder bezocht, die ter plaatse voor de beste oplossing voor alle betrokken partijen kiest:

- de sommatiedagvaarding niet uitbrengen omdat de kans op een succesvolle afloop gering is.
- met betrokken debiteur alsnog tot een bevredigende oplossing komen.

- de sommatiedagvaarding uitbrengen onder de afspraak dat binnen de genoemde termijn wordt voldaan of
- de sommatiedagvaarding uitbrengen om, na verkregen vonnis, het nemen van executiemaatregelen mogelijk te maken.

In een vroeg stadium wordt duidelijk of de incasso kans van slagen heeft. Indien de debiteur wenst te betalen voor de zitting, maar na het verstrijken van de betalingstermijn, zijn verschuldigd: De vervallen premiebedragen + incassokosten+ rente + dagvaardingskosten + salaris gemachtigde.

4.1.11 Verweer of correspondentie

In beginsel beantwoordt de incassopartner alle verweer en overige correspondentie naar bevind van zaken binnen een nader af te spreken termijn tussen de incassopartner en de zorgverzekeraar. Indien afhandeling langere tijd in beslag neemt, wordt een ontvangstbevestiging verzonden. Alleen als de incassopartner over onvoldoende informatie beschikt om het verweer of overige correspondentie adequaat af te handelen, wordt de zorgverzekeraar om informatie verzocht. De zorgverzekeraar verschaft de gevraagde informatie binnen een nader af te spreken termijn tussen de incassopartner en de zorgverzekeraar tenzij dat in redelijkheid niet van hem gevraagd kan worden.

4.1.12 Verzekeringnemer in detentie

Indien verzekeringnemer voor een periode van minimaal een half jaar gedetineerd blijft na vaststelling van de detentie en verhaal op roerende en/of onroerende zaken ontbreekt, wordt het dossier gesloten.

4.1.13 Verzekeringnemer spoorloos

Indien de verzekeringnemer als vertrokken, onbekend waarheen staat geregistreerd bij het GBA, danwel een adresonderzoek na een nader af te spreken termijn tussen de incassopartner en de zorgverzekeraar niet tot resultaat heeft geleid, meldt de incassopartner aan de zorgverzekeraar dat de debiteur/ verzekeringnemer spoorloos is. De zorgverzekeraar verstrekt de incassopartner binnen een nader af te spreken termijn tussen de incassopartner en de zorgverzekeraar nadere instructies.

4.1.14. Verzekeringnemer overleden

Indien verzekeringnemer is overleden, wordt hiervan melding gemaakt aan de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar geeft binnen een nader af te spreken termijn tussen de incassopartner en de zorgverzekeraar instructies of de vordering dient te worden geïnd bij de erven.

4.1.15 Wet Schuldsanering Natuurlijke Personen

Indien de wettelijke schuldsanering is uitgesproken wordt de vordering door de incassopartner ingediend bij de bewindvoerder. De incasso-activiteiten worden gestaakt en het dossier wordt gesloten.

4.1.16 Faillissement

Indien verzekeringnemer in staat van faillissement is verklaard, wordt de vordering ingediend bij de curator. De incasso-activiteiten worden onmiddellijk gestaakt en het dossier gesloten.

4.1.17 Minnelijke schuldsanering

Alleen aanvragen voor minnelijke schuldsanering door leden van de Nederlandse Vereniging voor Volkskrediet (NVVK) worden in behandeling genomen. De volledige vordering wordt ingediend door de incassopartner. Voorstellen worden beoordeeld en dienen voor goedkeuring minimaal te voldoen aan de richtlijnen van de NVVK. Vervolgens bepaalt de zorgverzekeraar of het voorstel wordt aanvaard.

4.1.18 Schikkingsvoorstel

Dit heeft betrekking op de situatie waarin verzekeringsnemer een verzoek indient bij de incassopartner tot vermindering van de schuld om gegronde redenen. Betaling van de (verminderde) achterstand geschiedt ineens doch in ieder geval binnen een nader af te spreken termijn tussen de incassopartner en de zorgverzekeraar na goedkeuring van het voorstel. Bij het oplopen van de betalingsachterstand vervalt de schikking en wordt de schuld volledig en ineens opeisbaar. Ondergrens voor het schikkingsvoorstel is de hoofdsom. Voorstellen die niet aan deze vereisten voldoen, worden door de incassopartner afgewezen. Andere voorstellen worden aan de zorgverzekeraar voorgelegd ter goedkeuring.

4.1.19 Betaling van hoofdsom zonder kosten

Bij betaling van uitsluitend de hoofdsom voor dagvaarding wordt de verzekeringsnemer door de incassopartner voor de rente en incassokosten aangemaand. Alleen bij een restantbedrag van minder dan een nader af te spreken bedrag tussen de incassopartner en de zorgverzekeraar, of bij twijfel over de verhaalbaarheid van het restant, wordt de zorgverzekeraar om instructies gevraagd. In de overige gevallen wordt het incassotraject voortgezet.

4.1.20 Deelbetaling voor dagvaarding

Bij betaling van een deel van de vordering voor dagvaarding zonder overeengekomen betalingsregeling, wordt de debiteur/verzekeringsnemer aangemaand voor het restantbedrag. Alleen bij een restantbedrag van minder dan nader afgesproken wordt tussen de incassopartner en de zorgverzekeraar, of bij twijfel over de verhaalbaarheid van het restant, de zorgverzekeraar om instructies gevraagd. In de overige gevallen wordt het incassotraject voortgezet.

4.2. Gerechtelijke procedure

De incassopartner voert de procedures bij de Rechtbank, sector Kanton. Voor andere procedures wordt een procureur ingeschakeld om te concluderen en compareren. In verweerprocedures verschaft de zorgverzekeraar op verzoek, en binnen de daartoe door de incassopartner gestelde termijn, uiteraard binnen de regels der redelijkheid en billijkheid, de benodigde informatie aan de incassopartner. In geval er een comparitie is bepaald, zal zorgverzekeraar zoveel mogelijk in persoon van of namens de zorgverzekeraar ter comparitie aanwezig zijn. Indien dit absoluut niet mogelijk is, verstrekt de zorgverzekeraar toereikende instructies en een volmacht aan de incassopartner om de comparitie waar te nemen.

De incassopartner zendt alle vonnissen die in het voordeel van verzekeringsnemer/ verzekerde zijn uitgesproken ter kennisname aan de zorgverzekeraar.

4.3 Weergave executietraject

Een effectief en efficiënt executietraject vereist verhaalsinformatie over de verzekeringsnemer. Na betekening en bevel hebben gerechtsdeurwaarders toegang tot verschillende bronnen voor verhaalsinformatie. Daarnaast putten zij uit eigen informatie.

Onderstaand volgt een weergave van het executietraject gevolgd door een toelichting op de verschillende mogelijke activiteiten.

4.3.1. Voorkeurstraject: derdenbeslag

Indien informatie over de inkomstenbron beschikbaar is, zal na beoordeling van de informatie een derdenbeslag onder de inkomstenbron worden gelegd. Daarbij wordt de wettelijke beslagvrije voet gehanteerd. Indien deze informatie niet voorhanden is, kan de gerechtsdeurwaarder zo mogelijk indien hij hiertoe op grond van de voor hun geldende wet- en regelgeving gerechtigd is, informeren bij uitkeringsinstanties en bij de Belastingdienst.

4.3.2. Beslag roerende zaken

Indien er geen inkomstenbron wordt achterhaald, dan wel een bankrekening waarop geen beslag kan worden gelegd, wordt beslag op roerende zaken gelegd. De eerste beslagpoging wordt aangekondigd en vindt plaats binnen een nader af te spreken termijn tussen zorgverzekeraar en incassopartner na ontvangst van het vonnis. Indien beslagpogingen niet slagen en de gerechtsdeurwaarder van oordeel is dat de inboedel verhaal biedt zal, alleen in overleg met de zorgverzekeraar, openbreking met behulp van Politie en slotenmaker volgen. De verkoop van roerende zaken vindt plaats zo spoedig mogelijk na beslaglegging (max. binnen een nader af te spreken termijn tussen zorgverzekeraar en incassopartner).

4.3.3. Beslag onroerende zaken

Indien geen inkomsteninformatie beschikbaar is, dan wel derdenbeslag niet in de rede ligt, kan in voorkomende gevallen beslag op onroerende zaken worden gelegd. De gerechtsdeurwaarder weegt zorgvuldig het kostenrisico af tegen de hoogte van de vordering. Verkoop van de onroerende zaak geschiedt alleen na overleg met de zorgverzekeraar.

5. Randvoorwaarden incassoprotocol

Bij de uitvoering van dit protocol is een aantal randvoorwaarden van toepassing dat wordt toegelicht.

5.1. Doorlooptijden

De termijnen zijn de termijnen zonder reactie van de debiteur/verzekering- nemer. Correspondentie, verweer, betalingen en het opvragen van informatie bij de opdrachtgever, hebben direct invloed op de snelheid van het incassotraject.

5.2. Afwikkeling en tussentijdse afdrachten

Dossiers worden binnen een week na het sluiten afgewikkeld. De incasso-partner draagt volgens afspraak periodiek de gelden af aan de zorgverzekeraar. Voor de financiële afwikkeling en tussentijdse afdrachten wordt de Administratieverordening gerechtsdeurwaarders en de Regeling rente bijzondere rekeningen gerechtsdeurwaarders in acht genomen.

5.3. Tarieven verzekeringnemer

De kosten die in rekening worden gebracht aan de verzekeringnemer zijn de kosten conform Tarief Voorwerk II en Besluit Tarieven Ambtshandelingen Gerechtsdeurwaarder (Btag).

5.4. Vordering berust bij zorgverzekeraar

Zoals in de paragraaf betreffende "Gegevensoverdracht aan de incassopartner" is beschreven, blijft de zorgverzekeraar gedurende het gehele traject juridisch eigenaar van de vordering. De incassopartner draagt geïncasseerde gelden, ook bij een schuld van meer dan zes maanden premie, af aan de zorgverzekeraar. Hierbij geldt dat geïnde gelden het eerst in mindering worden gebracht op de oudste vordering.

5.5. Rapportage

De incassopartner levert aan de zorgverzekeraar een functionaliteit om het gehele incassoproces online te volgen. De incassopartner rapporteert daarnaast maandelijks aan de zorgverzekeraar, samengevat en op zaakniveau.

6. Eisen aan incasso-organisaties

Om een professionele incassopartner te selecteren, die zowel financieel betrouwbaar, goed georganiseerd als maatschappelijk verantwoord actief is, worden de volgende criteria gehanteerd:

1. Gedragscode
2. ISO-certificering dan wel een andere kwalitatief gelijkwaardige norm (tussen zorgverzekeraar en incassopartner overeen te komen)
3. Kwaliteitsrekening
4. Positieve bewaarpositie
5. Privacy gedragscode
6. Landelijke dekking

Ad 1. Gedragscode

Bij een effectief en efficiënt incassotraject dient men normen en waarden niet uit het oog te verliezen. Incassopartners hebben vaak te maken met maatschappelijk kwetsbare groepen. Een gedragscode draagt bij aan een waardige uitoefening van de incassopraktijk.

Alle gerechtsdeurwaarders zijn gehouden aan de Verordening beroeps- en gedragsregels gerechtsdeurwaarders, waarvan overtreding onder tuchtrechtspraak valt van de Kamer voor Gerechtsdeurwaarders. De Nederlandse Vereniging van Incasso-ondernemingen (hierna NVI), heeft een incassokeurmerk, waar een gedragscode deel van uitmaakt. Aangesloten incasso-ondernemingen - aansluiting is geheel vrijwillig- worden periodiek getoetst op de naleving van de gedragscode.

Ad 2. ISO-certificering dan wel een andere kwalitatief gelijkwaardige norm (tussen zorgverzekeraar en incassopartner overeen te komen)

Incassopartners die ISO 9001:2000 gecertificeerd zijn, tonen daarmee aan dat zij een kwaliteitsmanagementsysteem hanteren, waarin klanteisen, klanttevredenheid en continue verbetering de hoofdrol spelen en de kwaliteit ook wordt geborgd. Periodieke audits, zowel intern als door een externe partij, signaleren vroegtijdig knelpunten en stimuleren verbeterprocessen. De procesbeheersing bevordert een continue kwaliteit van output.

Ad 3. Kwaliteitsrekening

Om geïnde gelden voor zorgverzekeraars veilig te stellen, dienen alle ontvangen gelden van derden op een bijzondere rekening te worden gestort, genaamd kwaliteitsrekening, derdengeldrekening of cliëntengeldrekening. Zo blijven derdengelden strikt gescheiden van het geldverkeer met betrekking tot de uitoefening van de incassopraktijk. Alleen kwaliteitsrekeningen mogen op het briefpapier van de incassopartner vermeld staan.

Ad 4. Positieve bewaarpositie

De bewaringspositie is het saldo van de gelden op de kwaliteitsrekeningen van de incassopartner en het totaal van de schulden aan de zorgverzekeraars. Deze bewaringspositie dient te allen tijde minimaal nihil te zijn. De incassopartner dient aantoonbaar op geregelde tijdstippen vast te stellen dat aan de eis

van een positieve bewaarpositie wordt voldaan en zo nodig onmiddellijk maatregelen te treffen. De bewaringspositie wordt gecontroleerd door een accountant. Naast hetgeen op financieel gebied is vastgelegd in de gerechtsdeurwaarderswet, zijn de gerechtsdeurwaarders gebonden aan de Administratieve verordening gerechtsdeurwaarders. Controle is in handen van het Bureau Financieel Toezicht.

Ad 5. Privacy gedragscode

Bedrijven werkzaam in de incassopraktijk verwerken veelvuldig persoonsgegevens, zoals NAW-gegevens, bankrekeningen, bezittingen en inkomstenbronnen. De Wet bescherming persoonsgegevens (WBP) biedt een kader waarbinnen de verwerking van deze persoonsgegevens dient plaats te vinden. Het verdient aanbeveling om voor de incassopartner aanvullend te eisen:

- een gedragscode, waarin duidelijk staat vermeld welke gegevens al dan niet mogen worden vastgelegd, voor welke periode en welke informatie aan derden mag worden verstrekt,
- dat de incassopartner alleen informatie betreft van verhaalsinformatiebureaus die zich houden aan privacywetgeving bij het verkrijgen van hun informatie en
- een eigen functionaris voor de gegevensbescherming.

Alle gerechtsdeurwaarders dienen zich te houden aan de Gedragscode gerechtsdeurwaarders ter bescherming van persoonsgegevens. De Nederlandse Vereniging van Incasso-ondernemingen (NVI) heeft een beperkt aantal richtlijnen in haar gedragscode opgenomen. In de gerechtsdeurwaardersbranche worden periodiek door een externe partij audits gehouden op de verwerking van GBA- en UWV-informatie. Incassopartners die niet over verhaalsinformatie beschikken, kunnen een Verhaalsinformatiebureau inschakelen. Echter, niet alle verhaals- informatiebureaus houden zich aan de eisen die de WBP stelt. De incassopartner dient daar strikt op toe te zien en ook de informatie die hij aan het verhaalsinformatiebureau verstrekt, bij de opdracht tot een minimum te beperken. In het kader van de WBP kan een organisatie een functionaris voor de gegevensbescherming aanwijzen (hierna: FG). De FG, die een onafhankelijke positie in de organisatie heeft, ziet toe op de verwerking van persoonsgegevens en naleving van de van toepassing zijnde gedragscode en kan aanbevelingen doen die strekken tot een betere bescherming van de gegevens die verwerkt worden. De FG stelt jaarlijks een verslag op van zijn bevindingen.

Ad 6. Landelijke dekking

Kennis van de debiteur bevordert een effectief en efficiënt incassotraject. De energie van de incassopartner dient vooral gericht te zijn op de inbare vorderingen, teneinde een zo goed mogelijk incassoresultaat te behalen. Incassopartners met landelijke dekking, in die zin dat er een goede spreiding is van vestigingen over Nederland, dragen daaraan bij. Zij kennen de debiteuren, de maatschappelijke organisaties en de probleemadressen, waardoor zij vroegtijdig oninbare vorderingen kunnen selecteren. Hierdoor blijven de kosten bij oninbare vorderingen beperkt.

7. Rapportage en Controle

Ter uitvoering van dit incassoprotocol genieten de zorgverzekeraars de vrijheid een eigen incassopartner te kiezen voor de inning van achterstallige premies. De zorgverzekeraar stelt een rapportage op over de door hem en in het verlengde daarvan door zijn incassopartner verrichte activiteiten op basis waarvan de externe accountant van de zorgverzekeraar in staat is om te controleren of voldaan is aan de in dit protocol beschreven activiteiten. Deze rapportage zal een

integraal onderdeel moeten gaan vormen van de jaarverantwoording door de zorgverzekeraar en wordt daardoor betrokken in de af te geven bestuursverklaring van de zorgverzekeraar. Deze verklaring dient in zijn geheel van een oordeel op juistheid door de externe accountant te worden voorzien. Over de exacte inhoud en de periodiciteit van de rapportage zullen de zorgverzekeraars en hun incassopartners nadere afspraken moeten maken. Nadrukkelijk wordt er op gewezen dat onderdeel van die afspraken moet bestaan uit een expliciete rapportage op grond van welke overwegingen op enig moment incasso activiteiten in specifieke gevallen worden gestaakt. Hiervoor dient de zorgverzekeraar zich te baseren op de expertise van zijn incassopartner en diens rapportage daarover.

Bijlage 7: Protocol incassotraject wanbetalers Zorgverzekeringswet (meest recent)

Bron: per mail van ZN ontvangen op 8 juli 2011 - *Versie 16 maart 2011*

Protocol incassotraject wanbetalers Zorgverzekeringswet

Zeist, 26 januari 2010

1. Inleiding

Uit de Grondwet en internationale verdragen blijkt dat de Nederlandse overheid verantwoordelijk is voor een zorgstelsel dat haar ingezetenen toegang biedt tot noodzakelijke en kwalitatief goede zorg.

Per 1 januari 2006 is de Zorgverzekeringswet (Zvw) in werking getreden. De kring van verzekerden op grond van de Zvw is gelijk aan de kring van verzekerden op grond van de AWBZ. Eén van de doelstellingen van de Zvw is dat zoveel mogelijk verzekeringsplichtigen ook daadwerkelijk verzekerd zijn op grond van de Zvw.

De financiering van de Zvw is voor de helft inkomensgerelateerd. Naast de inkomensafhankelijke bijdrage en een rijksbijdrage aan het Zorgverzekeringsfonds kent de Zvw een nominale premie. Dit is een door de zorgverzekeraar vastgesteld bedrag dat de verzekeringnemer rechtstreeks aan zijn zorgverzekeraar dient te voldoen. In de praktijk komt het voor dat een verzekeringnemer niet aan zijn betalingsverplichting voldoet. Dit heeft, zeker in de situatie waarin verzekeringnemer gedurende langere periode niet aan zijn betalingsverplichting voldoet, gevolgen voor de relatie verzekeraar en verzekerde en op den duur voor de houdbaarheid van het verzekeringsstelsel. In dit kader wordt onderscheid gemaakt tussen langdurige premie-achterstand en kortdurende premie-achterstand. Langdurige premie-achterstand wordt in dit protocol wanbetaling genoemd. Hiervan is sprake als een verzekeringnemer een achterstand heeft ter hoogte van zes maanden nominale premie-achterstand of meer. Vanaf het moment dat de verzekeraar een tweede aanmaning stuurt wordt in dit kader gesproken van premie-achterstand (en dus nog niet van wanbetaling).

Op grond van artikel 8a Zvw geldt dat, nadat de zorgverzekeraar de verzekeringnemer heeft aangemaand tot betaling van een of meer vervallen termijnen van de verschuldigde premie, de verzekeringnemer gedurende de tijd dat de verschuldigde premie en incassokosten (waaronder wettelijke rente) niet zijn voldaan, de zorgverzekering niet kan opzeggen, tenzij de zorgverzekeraar de dekking van de zorgverzekering heeft geschorst.

De zorgverzekeraar heeft op grond van de Zvw de mogelijkheid de zorgverzekering te beëindigen. Dit leidt tot het onverzekerd raken van de door verzekeringsnemer verzekerde personen of tot de situatie dat deze verzekerde zich inschrijft bij een andere verzekeraar, hetgeen door de nieuwe verzekeraar moet worden geaccepteerd. Beide gevallen zijn ongewenst.

VWS heeft in overleg met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) naar een oplossing gezocht om genoemde situaties zoveel mogelijk te voorkomen. Op de eerste plaats hebben verzekeraars afgesproken dat wanbetalers in beginsel niet zullen worden geroyeerd. Als tegenprestatie heeft VWS op grond van de Zvw geregeld dat verzekeraars een bijdrage ontvangen uit het Zorgverzekeringsfonds voor de premiederving van meer dan zes nominale maandpremies en dat verzekerden met een betalingsachterstand het recht is ontzegd hun lopende verzekering te beëindigen. Op grond van artikel 2 lid 1 van de Zvw kan een verzekeringnemer een zorgverzekering afsluiten ten behoeve van een ander. Een verzekerde die niet tevens verzekeringnemer is, heeft op grond van de Zvw altijd de mogelijkheid om tussentijds, in de loop van een kalenderjaar, zelf een zorgverzekering te sluiten. Daarom is in artikel 7 lid 2 van de Zvw geregeld dat de verzekeringnemer die een ander dan zichzelf heeft verzekerd de zorgverzekering kan opzeggen indien de verzekerde krachtens een andere zorgverzekering verzekerd wordt. Op grond van artikel 8a Zvw kan bij premie-achterstand en wanbetaling de overeenkomst met de zorgverzekeraar door de verzekeringnemer niet worden opgezegd.

De zorgverzekeraars hebben als onderdeel van de maatregelen onderling afspraken gemaakt. Deze zijn neergelegd in het voorliggende ‘Protocol incassotraject wanbetalers Zorgverzekeringswet’ (verder te noemen “Incassoprotocol”). De zorgverzekeraars zullen dienovereenkomstig handelen. Dit zal er onder meer toe leiden dat zorgverzekeraars periodiek de premieachterstand inventariseren bij hun verzekerden. Wordt een betalingsachterstand geconstateerd dan is de zorgverzekeraar zelf verantwoordelijk voor een passend incasso-traject. De zorgverzekeraar zal in die periode minimaal die activiteiten verrichten die zijn vastgelegd in het onderhavige protocol.

Het onderhavige Incassoprotocol is gericht op het verhalen van de premievordering van maximaal zes nominale maandpremies en eventuele incassokosten en overige bijkomende kosten (waaronder administratiekosten en wettelijke rente). Indien de premievordering meer bedraagt dan zes maandpremies is de zorgverzekeraar verplicht de incasso van verdere bestuursrechtelijke premiebetaling over te dragen aan het College voor zorgverzekeringen (CVZ). Het CVZ zal een premie vervangend bedrag innen bij de wanbetalende verzekeringnemer. Alleen de verzekeringnemer wordt door het CVZ als wanbetaler aangemerkt. Voor de individuele verzekerde (de zogenaamde “medeverzekerde”) ten behoeve waarvan door de verzekeringnemer geen premie is betaald ter grootte van zes nominale maandpremies of meer wordt de bestuursrechtelijke premie bij de verzekeringnemer ingehouden. Daar waar gesproken wordt over bestuursrechtelijke premieheffing wordt bedoeld bronheffing via de verzekeringnemer dan wel inning door het Centraal Justitieel Incasso Bureau (CJIB). Het voorgaande laat onverlet dat de zorgverzekeraar de plicht heeft zijn incasso-activiteiten voor de “medeverzekerde(n)” te continueren voor de periode dat deze nog geen premieschuld hebben/heeft van minimaal zes nominale maandpremies. Deze situatie is met name van toepassing in de situatie waarin de “medeverzekerde” 18 wordt in de periode dat er al premie-achterstand bestaat bij verzekeringnemer. De verzekeringnemer blijft bij de verzekeraar ingeschreven en de verzekeraar voert onverkort de zorgverzekering uit voor de door de verzekeringnemer verzekerde personen. Op het moment dat de verzekeringnemer als bedoeld zijn gehele schuld heeft voldaan door gehele betaling van de schuld, een adequate betalingsregeling heeft getroffen met de zorgverzekeraar en deze is nagekomen of als er sprake is van een goedgekeurde saneringsregeling, zal de nominale premie weer geïnd worden door de zorgverzekeraar waarbij de zorgverzekering is gesloten. Vanaf dat moment kan de verzekeringnemer ook weer gebruik maken van het recht de zorgverzekering op te zeggen zoals vermeld in de wet. Gedurende de gehele periode blijven de door de verzekeringnemer verzekerde

personen bij de zorgverzekeraar ingeschreven. Overigens zal de zorgverzekeraar gedurende de periode dat bestuursrechtelijke premie-inning plaatsvindt zich, voor zover dat in redelijkheid van hem verlangd kan worden, inspannen de openstaande vordering te innen.

Wellicht ten overvloede wordt opgemerkt dat zorgverzekeraars die het protocol niet naleven, onvoldoende incasso-inspanningen leveren en/of toch royeren geen bijdrage van de nominale premie ontvangen uit het Zorgverzekeringsfonds.

2. Uitgangspunten incassoprotocol

Bij het ontwerp van dit protocol zijn de volgende uitgangspunten gehanteerd:

1. Wanbetaling zal niet leiden tot royement, noch tot opschorten van de dekking van de zorgverzekering.
2. Alle (incasso-)inspanningen zijn erop gericht betalingsachterstanden van verzekeringnemers zoveel mogelijk te voorkomen en – indien toch ontstaan – zo snel mogelijk adequaat op te lossen.
3. Het incassobeleid is gericht op het voor de zorgverzekeraars realiseren van een optimaal incassorendement en hoge incassosnelheid.
4. De incassowerkzaamheden moeten effectief, efficiënt en op een administratief gemakkelijke en transparante wijze en met minimale kosten en risico's voor de zorgverzekeraars worden uitgevoerd.
5. Er wordt voorzien in het beschikbaar zijn van alle benodigde informatie (juist, tijdig en volledig) om te voldoen aan de informatiebehoefte van alle betrokken partijen.
6. Het is aan de zorgverzekeraar om te bepalen welke erkende incasso-organisatie hij inschakelt in het kader van de incassowerkzaamheden. Indien de zorgverzekeraar aanspraak wil maken op een financiële bijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds moet de zorgverzekeraar kunnen aantonen dat het Incassoprotocol adequaat is nageleefd en dat alle instrumenten die de zorgverzekeraar ter beschikking staan zijn benut voor zover dat in redelijkheid van hem verlangd kan worden. De toets om vast te stellen of het voortzetten van de incasso-activiteiten zinvol is moet plaatsvinden door een deurwaarder/erkend incassobureau.
7. Aanmelding bij het CVZ voor de bestuursrechtelijke premie-inning van een verzekerde met meer dan zes nominale maandpremies achterstand is verplicht op grond van de wet. Dat geldt ook voor de procedurele stappen.
8. Alleen die verzekerden worden voor de bestuursrechtelijke premie-inning bij het CVZ aangemeld die privaatrechtelijk niet tot betalen zijn te bewegen. Uiteraard geldt het voorgaande voor zover dat in redelijkheid van de zorgverzekeraar verlangd kan worden.
9. De verzekeraar wijst de verzekeringnemer erop dat hij de mogelijkheid heeft een erkende schuldhulpverlener in de arm te nemen indien deze hulp behoeft bij het oplossen van zijn financiële problemen.
10. Indien de verzekeringnemer zich heeft aangemeld bij een schuldhulpverlener als bedoeld in artikel 48 van de Wet op het consumentenkrediet en aantoont dat hij in het kader daarvan een schriftelijke stabilisatieovereenkomst is aangegaan zal deze niet door de zorgverzekeraar worden

aangemeld bij het CVZ voor de bestuursrechtelijke premie-inning, ook niet indien zijn betalingsachterstand zes maanden nominale premie bedraagt.

3. Protocol traject zorgverzekeraar ter grootte van de eerste zes nominale maandpremies achterstand

1. De zorgverzekeraar zal uiterlijk 10 werkdagen na de premievervaldag de openstaande premie constateren. Vanaf dit moment (dat wil zeggen 10 werkdagen na de premievervaldag start het incassotraject dat minimaal zes maanden in beslag zal nemen). De termijn van “minimaal zes maanden” wordt genoemd omdat de “interne” activiteiten betrekking hebben op de periode dat de hoogte van de premie-achterstand zes nominale maandpremies bedraagt. Deze periode duurt derhalve minimaal zes maanden maar kan een langere periode in beslag nemen afhankelijk van het betaaldedrag van de verzekeringnemer. De incasso-activiteiten die de zorgverzekeraar verricht lopen door voor zover dat van de zorgverzekeraar in redelijkheid verlangd kan worden. Het voorgaande betekent dat privaatrechtelijke middelen slechts ingezet hoeven te worden voor zover dat in redelijkheid van de zorgverzekeraar verlangd kan worden (denk aan het dagvaarden van verzekeringnemer).

2. De zorgverzekeraar neemt de premie-achterstand waar en zendt de verzekeringnemer een betalingsherinnering c.q. aanmaning.

3. De zorgverzekeraar zendt de verzekeringnemer in ieder geval een tweede aanmaningsbrief.

4. De eerste factuur wordt niet als een aanmaning zoals hier bedoeld beschouwd.

5. De zorgverzekeraar zal in de situatie dat een automatische incasso niet slaagt via een acceptgiro de premiegelden proberen te innen.

6. Indien een betalingsachterstand ter grootte van twee nominale maandpremies is ontstaan informeert de zorgverzekeraar de verzekeringnemer over deze constatering. Tevens zal de zorgverzekeraar:

- de verzekeringnemer een betalingsregeling aanbieden. Onderdeel van deze betalingsregeling is in ieder geval een machtiging van de verzekeringnemer tot automatische incasso van de in de toekomst te vervallen premietermijnen. Dit onder vermelding van de consequenties van het niet betalen van de achterstallige premie of het meewerken aan de aangeboden betalingsregeling;
- de verzekeringnemer aanbieden de premie-achterstand ter grootte van twee nominale maandpremies minimaal in vier termijnen te voldoen, waarbij een ondergrens geldt van euro 25 en de premisse geldt dat vanaf dat moment de maandpremie geheel wordt voldaan;
- de verzekeringnemer wijzen op de mogelijkheid van hulpverlening bij betalingsproblemen onder verwijzing naar de sociale dienst van zijn woonplaats dan wel een erkende schuldhulpverlener in zijn woonplaats;
- de verzekeringnemer aanbieden dat eventuele andere op de polis bijgeschreven verzekerden een eigen polis afsluiten en zelf verzekeringnemer worden.
- de ‘oude’ medeverzekerde krijgt het aanbod een eigen zorgverzekering te sluiten (zonder premieachterstand, hij neemt aldus niet de premieschuld mee van de ‘oude’ verzekeringnemer);

- de verzekeringnemer hierbij op de gevolgen wijzen van het niet nakomen van zijn premieplicht alsmede op het feit dat zijn gegevens in een centraal databestand zullen/zijn opgenomen. Daar waar gesproken wordt over premie-achterstand wordt bedoeld premie-achterstand per individuele verzekerde;
 - de verzekeringnemer erop wijzen dat hij aanmelding bij het CVZ kan voorkomen door een zogenoemde stabilisatieovereenkomst af te sluiten voor schuldbemiddeling via de sociale dienst van de gemeente van zijn woonplaats dan wel via een erkende schuldhulpverlener in zijn woonplaats. De erkende schuldhulpverlener is gebonden aan het convenant NVVK-ZN.
7. Indien een betalingsachterstand ter grootte van vier nominale maandpremies is geconstateerd, informeert de zorgverzekeraar de verzekeringnemer over de consequenties van het niet betalen, de aanmelding voor de bestuursrechtelijke premie bij een bedrag ter hoogte van zes maanden nominale premie achterstand bij het CVZ alsmede de gevolgen daarvan en de mogelijkheid van de in dit kader vigerende geschillenregeling onder vermelding van de geldende termijnen.
8. Indien de verzekerde een andere persoon is dan de verzekeringnemer ontvangt de verzekerde een afschrift van alle stukken die de verzekeringnemer heeft ontvangen zoals bedoeld ad 6 en 7.
9. De zorgverzekeraar schakelt voor het incassotraject een erkend incassobureau/deurwaarder in. Voor zover in redelijkheid van de zorgverzekeraar niet verlangd kan worden dat de incasso-activiteiten worden gecontinueerd, zal de zorgverzekeraar erop toezien dat dit blijkt uit een verklaring van een erkend deurwaarder.
10. De zorgverzekeraar zal gedurende de periode dat het interne en (eventueel) externe incassotraject plaatsvindt, alsmede gedurende de periode dat een bijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds en/of bestuursrechtelijke premie-inning plaatsvindt, niet tot schorsing van de rechten op grond van de polis overgaan.
11. De zorgverzekeraar zal met betrekking tot de door hem verrichte en te verrichten incasso werkzaamheden een adequate verslaglegging voeren.
12. Het staat de zorgverzekeraar vrij om naast de in dit kader genoemde incasso-activiteiten andere (extra) activiteiten te verrichten.
13. De zorgverzekeraar zal zover dat in redelijkheid van hem verlangd kan worden betalingsregelingen treffen en schuldhulpsaneringsvoorstellen honoreren. Indien een verzekeringnemer zijn verplichtingen op grond van een betalingsregeling niet (tijdig) nakomt vervallen door de zorgverzekeraar gedane toezeggingen in het kader van een betalingsregeling. Indien een verzekeringnemer een betalingsregeling niet nakomt is het de zorgverzekeraar toegestaan de persoon per direct voor de bestuursrechtelijke premie-inning aan te melden voor zover hij voldoet aan de voorwaarden die in dit kader gelden.
14. Vanaf de dag dat de schuldhulpsaneringsregeling is ingegaan zal de verzekeraar het betalingsgedrag van de verzekeringnemer gedurende 24 maanden volgen. Indien betreffende verzekeringnemer gedurende deze periode recideert, dat wil zeggen wederom niet aan zijn betalingsverplichting voldoet, is de verzekeraar gerechtigd de verzekeringnemer per direct aan te melden bij het CVZ indien de oude schuld (inclusief het gedeelte waar de zorgverzekeraar van afziet in het kader van de schuldsanering) groter is dan zes nominale maandpremies. Het voorgaande leidt ertoe

dat de zorgverzekeraar nooit meer financieel risico loopt dan een bedrag ten hoogste van zes nominale maandpremies. Het deel van de vordering waarvoor de zorgverzekeraar finale kwijting verleent gaat over in een natuurlijke verbintenis. Dit deel van de vordering is daarmee niet meer in rechte afdwingbaar maar wordt wel meegewogen bij de melding voor de bestuursrechtelijke premie-inning.

15. Indien de verzekerde een ander is dan de verzekeringnemer zal ook de verzekerde als bedoeld geïnformeerd worden op het moment dat de verzekeringnemer voor de bestuursrechtelijke premie-inning wordt aangemeld.

16. De zorgverzekeraar zal voor zover dat in redelijkheid van hem verlangd kan worden positief reageren op schuldsaneringsvoorstellen. Zorgverzekeraars achten de redelijkheid aanwezig indien het saneringsvoorstel afkomstig is van een lid van de NVVK (dan wel enige ander door de verzekeraar als zodanig erkende organisatie) en indien de lopende maandpremies tijdig en volledig worden voldaan.

17. Indien een collectiviteit optreedt als verzekeringnemer en de collectiviteit voldoet niet aan zijn betalingsverplichting worden de individuele verzekerden in de gelegenheid gesteld als verzekeringnemer op te treden. De verzekeraar verzoekt betreffende verzekerden aan te tonen dat deze de nominale premie aan de collectiviteit hebben voldaan. De zorgverzekeraar zal bij verzekerden die kunnen aantonen dat ze de nominale premie voldaan hebben aan de collectiviteit alleen premie in rekening brengen vanaf het moment dat ze als verzekeringnemer optreden.

18. De zorgverzekeraar handelt geschillen af die betrekking hebben op het feit dat een verzekeringnemer stelt ten onrechte als persoon met premie-achterstand bij de zorgverzekeraar geregistreerd te staan.

19. De zorgverzekeraar zal zich inspannen juridische procedures te versnellen door het tijdig en volledig leveren van door betrokken instanties gevraagde informatie.

20. De zorgverzekeraar is verplicht om de verzekerde die een (niet onder een adequate betalingsregeling gebrachte) betalingsachterstand heeft ter grootte van zes nominale maandpremies aan te melden bij het CVZ ten behoeve van de bestuursrechtelijke premie-inning.

21. De zorgverzekeraar zal een verzekerde die een schriftelijke stabilisatieovereenkomst is aangegaan en dit kan aantonen niet aanmelden bij het CVZ voor de inning van de bestuursrechtelijke premie, ook niet indien deze een premieschuld heeft ten grootte van zes maanden nominale premie.

4. Aan- en afmelding bij het CVZ

De aan- en afmelding bij het CVZ wordt afzonderlijk van dit Incassoprotocol geregeld.

Bijlage 8: Grote convenant

**Convenant gericht op het voorkomen en oplossen
van wanbetaling van de nominale premie voor een
zorgverzekering
ingevolge de Zorgverzekeringswet**



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport



Ministerie van Sociale Zaken en
Werkgelegenheid



Vereniging van
Nederlandse Gemeenten



indrap;

Zorgverzekeraars Nederland



juli

Vereniging voor schuldhulpverlening en sociaal bankieren

nvvk

Convenant gericht op het voorkomen en oplossen van wanbetaling van de nominale premie voor een zorgverzekering ingevolge de Zorgverzekeringswet

Partijen,

de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, mevrouw drs. E.I. Schippers, handelend als vertegenwoordiger van de Staat en als bestuursorgaan, hierna te noemen: 'VWS';

de Staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, de heer drs. P. de Krom, handelend als vertegenwoordiger van de Staat en als bestuursorgaan, hierna te noemen: 'SZW';

de Vereniging van Nederlandse Gemeenten, te dezen rechtsgeldig vertegenwoordigd door de heer drs. C.J.G.M. de Vet, lid directieraad, hierna te noemen: 'VNG';

de landelijke vereniging van leidinggevendenden van gemeentelijke diensten op het terrein van werk, inkomen en zorg, te dezen rechtsgeldig vertegenwoordigd door de heer mr. drs. F.J. Paas, voorzitter, hierna te noemen: 'Divosa';

de Vereniging Zorgverzekeraars Nederland, te dezen rechtsgeldig vertegenwoordigd door de heer H. Wiegel, voorzitter, hierna te noemen: 'ZN';

de Vereniging voor schuldhulpverlening en sociaal bankieren, te dezen rechtsgeldig vertegenwoordigd door mevrouw J.C.M. de Kock, voorzitter, en de heer A.A. de Jong MPM, secretaris, hierna te noemen: 'NVVK';

Overwegende dat:

- het aantal wanbetalers voor betaling van de nominale premie voor een zorgverzekering op 31 december 2009 318.000 personen bedraagt en dit een stijging betekent van het aantal wanbetalers met 67% ten opzichte van eind 2006;
- deze stijging vooral te zien is bij personen met een bijstandsuitkering (+69%) en allochtonen (+17 %);
- de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekeringen ten doel heeft ook wanbetalers hun zorgpremie te laten betalen en extra aandacht besteed moet worden aan de groep mensen die door hun financiële situatie moeite hebben de zorgpremie te betalen ;
- op grond van voornoemde wet zorgverzekeraars bij wanbetaling voor zes maandpremies per verzekeringnemer risicodragend zijn;
- wanbetaling ook een indicatie kan zijn voor het ontstaan of bestaan van een (problematische) schuldsituatie;
- het instrument van de bestuursrechtelijke premie-inning voor deze groep geen echte oplossing biedt omdat ze (tijdelijk) te weinig betaalcapaciteit hebben in deze;
- voorkomen moet worden dat deze groep in het systeem van de bestuursrechtelijke premie-inning terecht komt door ze tijdig te helpen bij het op orde brengen van hun financiële situatie;

- ieder van de hierboven genoemde partijen vanuit de eigen rol en verantwoordelijkheid een bijdrage zal leveren aan het voorkomen van en/of oplossen van wanbetaling van de nominale premie voor een zorgverzekering ingevolge de Zvw.

Komen het volgende overeen,

Artikel 1. Doelstelling

De bij dit convenant betrokken partijen stellen zich als doel zoveel mogelijk te voorkomen dat de groep cliënten waarvoor betalingsachterstanden zorgverzekeringspremie een indicatie kan zijn voor het ontstaan of bestaan van een (problematische) schuldsituatie, in het systeem van de bestuursrechtelijke premie-inning terecht komt door ze tijdig te helpen bij het op orde brengen van hun financiële situatie.

Ieder van de aan dit convenant deelnemende partijen zal vanuit de eigen verantwoordelijkheid een bijdrage leveren aan het voorkomen en/of oplossen van wanbetaling van de nominale premie voor een zorgverzekering ingevolge de Zvw.

Artikel 2. Stimulering collectieve contracten

VNG en Divosa stimuleren en ondersteunen bij hun leden het instrument van een collectieve zorgverzekering voor sociale minima, waarbij tussen de gemeente en de zorgverzekeraar werkbare afspraken worden gemaakt over signalering en oplossing van betalingsproblemen bij deelnemers aan deze collectieve contracten.

Artikel 3. Collectieve zorgverzekering voor sociale minima

VWS, SZW, VNG en Divosa onderzoeken de wijze waarop gemeenten gefaciliteerd kunnen worden bij het informeren van zoveel mogelijk sociale minima over de mogelijkheden van de collectieve zorgverzekering.

Artikel 4. Gegevensuitwisseling (landelijk)

VWS, SZW, VNG, Divosa en ZN spannen zich er voor in dat de mogelijkheid van gegevensuitwisseling tussen Zorgverzekeraars en gemeenten beter benut wordt en dragen zorg voor het oplossen van knelpunten.

Artikel 5. Zorgpremie op persoonsniveau

VWS, SZW, VNG, Divosa, en ZN onderzoeken de mogelijkheid om in aanvulling op de in artikel 4 genoemde gegevensuitwisseling de hoogte van de te betalen (basis- en aanvullende) zorgpremie op persoonsniveau op te nemen. VNG, Divosa en ZN nemen hierin gezamenlijk het voortouw.

Artikel 6. Betalingsachterstand van meer dan twee maanden in collectief contract

Partijen onderzoeken de mogelijkheid om in de collectieve zorgverzekeringsovereenkomsten tussen gemeente en zorgverzekeraar op te nemen dat, in geval een deelnemer aan het contract meer dan twee maanden betalingsachterstand heeft opgebouwd, de zorgverzekeraar dit meldt bij de gemeente van de betrokkene.

Artikel 7. Signalen over betalingsachterstanden

VNG en Divosa bevorderen dat hun leden proactief aan de slag gaan met de signalen over betalingsachterstanden.

Artikel 8. 'Best practices'

VNG en Divosa verzamelen en verspreiden actief 'best practices' van gemeenten die op een effectieve manier de problematiek van wanbetaling van de nominale premie voor een zorgverzekering ingevolge de Zvw oppakken.

Artikel 9. LIS

ZN zal, zodra er een landelijk informatiesysteem schulden (LIS) bestaat, op zo kort mogelijke termijn aansluiting zoeken bij een dergelijk systeem.

Artikel 10. LIS

De NVVK en de VNG zullen als medeoprichters van het LIS, indien LIS operationeel wordt, bevorderen dat ZN daadwerkelijk op zo kort mogelijke termijn hieraan kan deelnemen.

Artikel 11. Schuldhulpverlening

VNG, Divosa en de NVVK bevorderen dat haar leden aan personen met een betalingsachterstand voor de Zvw -waar nodig- hulp bieden in de vorm van budgetadvies, budgetbeheer en/of schuldregeling.

Artikel 12. Convenant NVVK en ZN

De NVVK en ZN sluiten een convenant gebaseerd op de overtuiging dat minnelijke schuldregeling een positieve bijdrage levert aan de beperking van de problematiek van wanbetalers in de zorg. Dit convenant tussen NVVK en ZN is van toepassing op schuldregelende instellingen die lid zijn van de NVVK en de schuldregelende instellingen die zich schriftelijk conformeren aan de uitgangspunten en afspraken van het convenant tussen NVVK en ZN.

Artikel 13. Inhouding en betaling premie door gemeenten

VNG, Divosa en ZN onderzoeken de mogelijkheid uniforme afspraken te maken tussen gemeenten en zorgverzekeraars over de wijze waarop gemeenten voor hun uitkeringsgerechtigden die niet deelnemen aan de collectieve zorgverzekeringsovereenkomsten tussen gemeente en zorgverzekeraar, desgewenst inhouding en doorbetaling van premies plaats kan vinden.

Artikel 14. Incassoprotocol ZN

ZN stelt met zijn leden een incassoprotocol op, waarin afspraken zijn opgenomen over het niet-royeren of schorsen van verzekerden met betalingsachterstand, kwaliteit en opzet van de debiteurenadministratie, incasso-inspanningen en ondersteuning bij het beperken van de noodzaak tot bestuursrechtelijke premie-inning. ZN treedt over de uitvoering van het incassoprotocol in overleg met de NVVK.

Artikel 15. Voortgang van de uitvoering van het convenant

1. Ten minste een maal per jaar overleggen de bij dit convenant betrokken partijen over de uitvoering van dit convenant. Daarnaast vindt overleg over de uitvoering van dit convenant plaats indien een van de betrokken partijen daarom schriftelijk verzoekt.
2. Partijen treden in overleg binnen twee weken nadat een partij de wens daartoe aan de andere partijen schriftelijk heeft medegedeeld.

Artikel 16. Afdwingbaarheid

Dit convenant is niet (in rechte) afdwingbaar.

Artikel 17. Inwerkingtreding, looptijd en verlenging

Dit convenant treedt in werking met ingang van de dag na ondertekening door alle partijen en wordt voor onbepaalde tijd aangegaan.

Artikel 18. Wijziging

1. Elke partij kan de andere partijen schriftelijk verzoeken het convenant te wijzigen. De wijziging behoeft de schriftelijke instemming van alle partijen.
2. De wijziging en de verklaringen tot instemming worden in afschrift als bijlage aan het convenant gehecht.

Artikel 19. Opzegging

1. Een bij dit convenant betrokken partij kan met inachtneming van een opzegtermijn van twee maanden het convenant schriftelijk opzeggen, indien de omstandigheden zodanig zijn veranderd dat die partij het redelijk vindt om dit convenant te beëindigen. De opzegging moet de verandering van omstandigheden vermelden.
2. Wanneer een partij het convenant opzegt, beraden de overige partijen zich over de gevolgen daarvan voor het convenant waarbij partijen er naar zullen streven het convenant voort te zetten voor zover de inhoud en strekking van het convenant zich daartegen niet verzetten.

Artikel 20. Openbaarheid

Binnen vier weken na ondertekening van dit convenant wordt de tekst gepubliceerd in de Staatscourant.

Aldus opgemaakt en ondertekend,

Plaats: 's Gravenhage Datum: 2011
de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

drs. E.I. Schippers

Plaats: 's Gravenhage Datum: 2011
de staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid,

drs. P. de Krom

Plaats: 's Gravenhage Datum: 2011

het lid van de directieraad van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten,

drs. C.J.G.M. de Vet

Plaats: Utrecht Datum: 2011

de voorzitter van Divosa, de landelijke vereniging van leidinggevend van gemeentelijke diensten op het terrein van werk, inkomen en zorg,

mr. drs. F.J. Paas

Plaats: Zeist Datum: 2011

de voorzitter van de Vereniging Zorgverzekeraars Nederland,

H. Wiegel

Plaats: 's Gravenhage Datum: 2011

de voorzitter van de Vereniging voor schuldhulpverlening en sociaal bankieren NVVK,

J.C.M. de Kock

Plaats: 's Gravenhage Datum: 2011

de secretaris van de Vereniging voor schuldhulpverlening en sociaal bankieren NVVK,

A.A. de Jong MPM

Toelichting

Artikel 2.

Op het moment dat de gemeente risicodragers is bij het afsluiten van een collectieve zorgverzekering voor sociale minima op het gebied van premiebetaling is signalering niet meer aan de orde.

Artikel 3.

De collectieve contracten voor bijstandsgerechtigden zijn de facto voor iedere bijstandsgerechtigde beschikbaar en 75% van de bijstandsgerechtigden neemt deel.

Op dit moment neemt ongeveer 35% van de rechthebbenden deel aan de collectieve zorgverzekering voor minima. Een substantiële verhoging van dit percentage is alleen mogelijk indien gemeenten beter in staat worden gesteld hun inwoners met een laag inkomen gericht te benaderen.

Artikel 4.

Overeenkomstig de afspraak bij de totstandkoming van de Zvw wisselen verzekeraars en gemeenten via het Inlichtingenbureau gegevens uit over wanbetalers met een Wwb-uitkering. De Wwb biedt vervolgens de mogelijkheid om de zorgpremie te verrekenen met de uitkering en/of hulp te bieden.

Artikel 5.

Het instrument van gegevensuitwisseling wint aan praktische toepasbaarheid als ook de te betalen premie op persoonsniveau beschikbaar komt in de signalering. Dat scheelt de gemeente een hoop aanvullend onderzoekwerk.

VNG, Divosa en ZN zullen gezamenlijk nagaan of het wenselijk en mogelijk is de set gegevens die wordt uitgewisseld uit te breiden.

Artikel 6.

Op dit moment bestaat uitsluitend voor Wwb'ers een wettelijke grondslag om gegevens uit te wisselen tussen zorgverzekeraars en gemeenten. Mogelijk kan met een voorwaarde in de collectieve zorgverzekeringsovereenkomst worden bereikt dat ook andere burgers met betalingsproblemen kunnen worden geholpen.

Artikel 9.

Het College bescherming persoonsgegevens heeft een aantal belangrijke bezwaren tegen de bestaande opzet van het LIS. Of en hoe verder zal worden gegaan met een landelijk informatiesysteem schulden wordt op dit moment door het kabinet onderzocht.

Indien er een landelijk informatiesysteem schulden komt is het uitgangspunt om op een centraal niveau betalingsachterstanden te registreren. Indien een landelijk informatiesysteem schulden tot stand komt zal ZN daarbij op zo kort mogelijke termijn aansluiting zoeken. Het landelijk informatiesysteem kan behulpzaam zijn bij het voorkomen van overkreditering. Het biedt partijen ook de mogelijkheid om proactief te zijn bij het verhelpen van (problematische) schuldsituaties. Op het moment dat ZN ook deelneemt aan een landelijk informatiesysteem schulden kan -na een signaal van de Zorgverzekeraar aan de gemeente dat er sprake is van een betalingsachterstand- de gemeente via het landelijk informatiesysteem schulden nagaan of ook sprake is van andere betalingsachterstanden en -waar nodig- hulp bieden. Uiteraard zal bij het voorgaande de vigerende wet- en regelgeving in acht worden genomen.

Artikel 11.

Op het moment dat mensen een beroep doen op schuldhulpverlening is het van belang dat deze snel en op het juiste niveau geboden wordt. Partijen bevorderen daarbij zoveel mogelijk dat

mensen tijdig een beroep doen op schuldhulpverlening. Vroegsignalering speelt daarbij een belangrijke rol.

Artikel 12.

In een aantal gevallen zal er sprake zijn van een problematische schuldsituatie. In dergelijke gevallen kan een minnelijke schuldregeling een oplossing bieden voor de schuldsituatie en een bijdrage leveren aan de beperking van het aantal wanbetalers in de zorg. Bovendien kan een gang naar de WSNP worden voorkomen.

Artikel 13.

Gemeenten zullen, indien zij voor uitkeringsgerechtigden, die niet deelnemen aan de door de gemeente gesloten collectieve zorgverzekering, premie willen inhouden en of doorbetalen, voor veel verschillende zorgverzekeraars premies moeten inhouden en doorbetalen. Dit is praktisch alleen mogelijk indien daarover afspraken gemaakt kunnen worden met de zorgverzekeraars.

Artikel 14.

Met dit protocol verbinden zorgverzekeraars zich ten opzichte van elkaar aan de doelstelling om geen betalingsproblemen van verzekerden op elkaar af te wentelen en zo min mogelijk verzekerden in de bestuursrechtelijke premie-inning onder te brengen.