

**31 736**

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

**Nr. 1**

**KONINKLIJKE BOODSCHAP**

Aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Wij bieden U hiernevens ter overweging aan een voorstel van wet houdende wijziging van de Zorgverzekeringswet, de Wet op de zorgtoeslag en enige andere wetten, houdende maatregelen om ook wanbetalers voor hun zorgverzekering te laten betalen (structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering).

De memorie van toelichting, die het wetsvoorstel vergezelt, bevat de gronden waarop het rust.

En hiermede bevelen Wij U in Godes heilige bescherming.

's-Gravenhage, 11 oktober 2008

Beatrix

Vergaderjaar 2008–2009

**31 736**

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

**Nr. 2**

**VOORSTEL VAN WET**

Wij Beatrix, bij de gratie Gods, Koningin der Nederlanden, Prinses van Oranje-Nassau, enz. enz. enz.

Allen, die deze zullen zien of horen lezen, saluut! doen te weten:

Alzo Wij in overweging genomen hebben, dat het wenselijk is maatregelen te treffen opdat ook wanbetalers premie voor hun zorgverzekering betalen, zodat voorkomen wordt dat zij onverzekerd raken of dat verplichtingen afgewenteld worden op anderen;

Zo is het, dat Wij, de Raad van State gehoord, en met gemeen overleg der Staten-Generaal, hebben goedgevonden en verstaan, gelijk Wij goedgevinden en verstaan bij deze:

**ARTIKEL I**

De Zorgverzekeringswet wordt als volgt gewijzigd:

A

Onder vervanging van de punt aan het slot van het laatste onderdeel van artikel 1 door een puntkomma, worden twee onderdelen toegevoegd, luidende:

- x. premie: de premie, bedoeld in afdeling 3.3.1;
- y. bestuursrechtelijke premie: de premie, bedoeld in artikel 18d.

B

Artikel 8a, eerste lid, komt te luiden:

1. Nadat de zorgverzekeraar de verzekeringnemer heeft aangemaand tot betaling van een of meer vervallen termijnen van de verschuldigde premie, kan de verzekeringnemer gedurende de tijd dat de verschuldigde premie, rente en incassokosten niet zijn voldaan, de zorgverzekering niet opzeggen, tenzij de zorgverzekeraar de zorgverzekering of de dekking daarvan heeft geschorst of opgeschort.

C

De aanduiding «*Paragraaf 3.3. De premie*» wordt vervangen door «*Paragraaf 3.3. De premie en de gevolgen van het niet betalen van de premie*», waarna voor artikel 16 een nieuwe aanduiding wordt ingevoegd, luidende: AFDELING 3.3.1. DE PREMIE.

D

Artikel 16, tweede lid, komt te luiden:

2. In afwijking van artikel 925 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek en van het eerste lid:

- a. is geen premie verschuldigd tot de eerste dag van de kalendermaand volgende op de kalendermaand waarin een verzekerde de leeftijd van achttien jaren heeft bereikt;
- b. is geen premie verschuldigd over de periode, bedoeld in artikel 18d, eerste lid.

E

Artikel 17 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het vierde lid wordt «artikel 19» vervangen door: artikel 20.
2. In het vijfde lid wordt «of 19» vervangen door: of 20.

F

Onder vernummering van de artikelen 18a tot en met 21 tot 19 tot en met 22, wordt na artikel 18 een afdeling ingevoegd, luidende:

#### AFDELING 3.3.2 DE GEVOLGEN VAN HET NIET BETALEN VAN DE PREMIE

##### **Artikel 18a**

1. Uiterlijk tien werkdagen nadat ten aanzien van een zorgverzekering een achterstand in de betaling van de verschuldigde premie ter hoogte van twee maandpremies is geconstateerd, doet de zorgverzekeraar de verzekeringnemer een aanbod tot het treffen van een betalingsregeling.

2. De betalingsregeling bestaat ten minste uit de volgende elementen:

a. een machtiging van de verzekeringnemer aan de zorgverzekeraar tot maandelijks automatische incasso van nieuw vervallende termijnen van de premie dan wel een opdracht aan een derde van wie de verzekeringnemer periodieke betalingen ontvangt, om namens hem en onder inhouding van de desbetreffende bedragen op deze betalingen, periodiek rechtstreeks aan de zorgverzekeraar het bedrag van nieuw vervallende termijnen van de premie te betalen,

b. afspraken inzake de afwikkeling van de uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden van de verzekeringnemer aan de zorgverzekeraar, inclusief rente en incassokosten, en de termijnen waarbinnen betaling zal plaatsvinden, en

c. een toezegging van de zorgverzekeraar, inhoudende dat hij de zorgverzekering of de dekking daarvan gedurende de looptijd van de betalingsregeling niet om reden van het bestaan van de schulden, bedoeld in onderdeel b, zal beëindigen, schorsen of opschorten, zolang de verzekeringnemer de machtiging of de opdracht, bedoeld in onderdeel a, niet intrekt en de afspraken, bedoeld in onderdeel b, nakomt.

3. Indien de verzekeringnemer een ander heeft verzekerd en ten aanzien van diens verzekering een premie-achterstand als bedoeld in het eerste lid is ontstaan, omvat het aanbod, bedoeld in het eerste lid, tevens

een bereidverklaring opzegging van deze verzekering met ingang van de dag waarop de betalingsregeling van kracht wordt, te aanvaarden, mits:

a. de verzekerde zichzelf uiterlijk met ingang van dezelfde dag krachtens een andere zorgverzekering verzekerd heeft, en

b. deze, indien deze zorgverzekering bij dezelfde zorgverzekeraar is gesloten, terzake van de premie voor deze verzekering een volmacht of opdracht als bedoeld in het tweede lid, onderdeel a, heeft gegeven.

4. Tegelijk met het aanbod deelt de zorgverzekeraar de verzekeringnemer schriftelijk mee dat deze een termijn van vier weken heeft om het te aanvaarden, waarbij de verzekeraar bovendien aangeeft wat de gevolgen zullen zijn indien het aanbod niet wordt aanvaard en de premieschuld, rente en incassokosten buiten beschouwing gelaten, tot zes of meer maandpremies zal zijn opgelopen, en wijst hij de verzekeringnemer op de mogelijkheid van schuldhulpverlening.

5. Indien het derde lid van toepassing is, zendt de zorgverzekeraar de verzekerde tegelijk met de verzending van de in het eerste tot en met vierde lid bedoelde stukken aan de verzekeringnemer, afschriften van deze stukken.

### **Artikel 18b**

1. Zo spoedig mogelijk nadat ten aanzien van een zorgverzekering, rente en incassokosten buiten beschouwing latend, een achterstand in de betaling van de verschuldigde premie ter hoogte van vier maandpremies is geconstateerd, deelt de zorgverzekeraar de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, de verzekerde mee dat hij voornemens is over te gaan tot de melding, bedoeld in artikel 18c, zodra de premieschuld de daar bedoelde hoogte zal hebben bereikt, tenzij de verzekeringnemer of de verzekerde hem uiterlijk vier weken na ontvangst van de mededeling heeft laten weten, het bestaan van de schuld of de hoogte ervan te betwisten.

2. Ingeval van tijdige betwisting als bedoeld in het eerste lid deelt de zorgverzekeraar, indien deze na onderzoek zijn standpunt handhaaft, de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, de verzekerde mee dat hij het voornemen tot melding tot uitvoering zal brengen zodra de premieschuld de in artikel 18c, eerste lid, bedoelde hoogte zal hebben bereikt, tenzij de verzekeringnemer of de verzekerde binnen een termijn van vier weken na ontvangst van de in dit lid bedoelde mededeling een geschil hierover heeft voorgelegd aan een onafhankelijke instantie als bedoeld in artikel 114 of aan de burgerlijke rechter.

3. Indien een betalingsregeling als bedoeld in artikel 18a ingaat nadat ten aanzien van de zorgverzekering, rente en incassokosten buiten beschouwing latend, een achterstand in de betaling van de verschuldigde premie ter hoogte van vier maandpremies is ontstaan, laat de zorgverzekeraar de in het eerste lid bedoelde melding achterwege zolang de nieuw vervallende termijnen van de premie worden voldaan.

### **Artikel 18c**

1. Indien ten aanzien van een zorgverzekering, rente en incassokosten buiten beschouwing latend, een premieschuld ter hoogte van zes of meer maandpremies is ontstaan, meldt de zorgverzekeraar dit, onder vermelding van de voor de heffing van de bestuursrechtelijke premie alsmede voor de uitvoering van artikel 34a noodzakelijke persoonsgegevens van de verzekeringnemer en de verzekerde, aan het College zorgverzekeringen, de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, aan de verzekerde.

2. De melding geschiedt niet:

a. in geval van tijdige betwisting als bedoeld in artikel 18b, eerste lid, zolang de zorgverzekeraar zijn standpunt dienaangaande niet aan de

verzekeringnemer en, indien dit een ander dan de verzekeringnemer is, aan de verzekerde heeft kenbaar gemaakt;

b. gedurende de termijn, genoemd in artikel 18b, tweede lid;  
c. ingeval van tijdige voorlegging van het geschil aan een onafhankelijke instantie of aan de burgerlijke rechter als bedoeld in artikel 18b, tweede lid, zolang op het geschil niet onherroepelijk is beslist.

3. Onderdeel van de melding vormt een verklaring van de zorgverzekeraar, inhoudende dat hij artikel 18b en het tweede lid in acht heeft genomen.

### **Artikel 18d**

1. De verzekeringnemer is aan het College zorgverzekeringen een bestuursrechtelijke premie verschuldigd vanaf de eerste dag van de maand volgende op de maand waarin dat college de melding, bedoeld in artikel 18c, heeft ontvangen tot de eerste dag van de maand volgende op de maand waarin de datum, bedoeld in het derde lid, ligt.

2. De bestuursrechtelijke premie bedraagt per maand 130% van de tot een maandbedrag herleide standaardpremie, bedoeld in de Wet op de zorgtoeslag.

3. De zorgverzekeraar stelt het College zorgverzekeringen, de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, de verzekerde, met het oog op de toepassing van het eerste lid onverwijld op de hoogte van de datum waarop:

a. de uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden zijn of zullen zijn afgelost of tenietgaan,

b. de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen, bedoeld in de Faillissementswet, op de verzekeringnemer van toepassing wordt, of

c. door tussenkomst van een schuldhulpverlener als bedoeld in artikel 48 van de Wet op het consumentenkrediet een schuldregeling tot stand is gekomen waarin, naast de verzekeringnemer, ten minste zijn zorgverzekeraar deelneemt.

4. In afwijking van het eerste tot en met derde lid, is de verzekeringnemer wederom aan het College zorgverzekeringen bestuursrechtelijke premie verschuldigd vanaf de eerste dag van de maand volgende op de maand:

a. waarin de toepassing van de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen op grond van artikel 350, derde lid, onderdeel c, d, e, f, of g, van de Faillissementswet, is beëindigd;

b. waarin hij zich, blijkens een mede door de schuldhulpverlener ondertekende melding van zijn zorgverzekeraar, aan deelname aan de in het derde lid, onderdeel c, bedoelde regeling heeft onttrokken voordat hij de in die regeling neergelegde afspraken jegens zijn zorgverzekeraar volledig is nagekomen.

### **Artikel 18e**

1. Het College zorgverzekeringen heft en int de bestuursrechtelijke premie.

2. In opdracht van het College zorgverzekeringen houdt de inhoudingsplichtige de bestuursrechtelijke premie geheel of voor een door dat college te bepalen gedeelte in op door hem aan de verzekeringnemer uit te betalen loon als bedoeld in de Wet op de loonbelasting 1964, waarna hij het ingehouden bedrag aan het college afdraagt.

3. De inhouding geschiedt nadat de krachtens een ander wettelijk voorschrift of krachtens een arbeidsovereenkomst in te houden belastingen, premies of andere bijdragen zijn ingehouden.

4. Een inhoudingsplichtige die het door het College zorgverzekeringen aan te geven bedrag niet of niet geheel heeft ingehouden, is gehouden

het gehele bedrag aan dat college af te dragen, zonder dat het niet ingehouden bedrag alsnog op de verzekeringnemer kan worden verhaald.

5. In opdracht van het College zorgverzekeringen wordt een aan de verzekeringnemer of zijn partner uit te betalen zorgtoeslag als bedoeld in de Wet op de zorgtoeslag of een voorschot daarop, in afwijking van artikel 25, eerste lid, van de Algemene wet inkomensafhankelijke regelingen, als tegemoetkoming in de bestuursrechtelijke premie aan het College zorgverzekeringen uitbetaald.

6. Het College zorgverzekeringen kan de bestuursrechtelijke premie of het door de werkgever af te dragen bedrag, bedoeld in het vierde lid, bij dwangbevel invorderen.

7. Het College zorgverzekeringen heeft terzake van de bestuursrechtelijke premie die op andere wijze dan bij wege van inhouding wordt geïnd, een voorrecht op alle goederen van de verzekeringnemer, welk voorrecht onmiddellijk na het voorrecht, bedoeld in artikel 21 van de Invorderingswet 1990, kan worden uitgeoefend.

#### **Artikel 18f**

1. Het College zorgverzekeringen gebruikt het burgerservicenummer of, bij het ontbreken daarvan, het sociaal-fiscaalnummer van de in artikel 18c, eerste lid, bedoelde personen, met het doel te waarborgen dat de in het kader van de uitvoering van deze afdeling en artikel 34a te verwerken persoonsgegevens op die personen betrekking hebben.

2. Bij gegevensuitwisseling tussen het College zorgverzekeringen en de in de artikelen 18e, 88 en 89 bedoelde personen en instanties wordt, voor de uitvoering van deze afdeling en voor zover die personen en instanties tot gebruik van dat nummer bevoegd zijn, het burgerservicenummer of, bij het ontbreken daarvan, het sociaal-fiscaalnummer gebruikt.

3. Het College zorgverzekeringen is bevoegd schulden ter zake van de bestuursrechtelijke premie die hem nog niet zijn voldaan nadat artikel 18d niet meer op de verzekeringnemer van toepassing is, kwijt te schelden.

4. Bij ministeriële regeling worden nadere regels gesteld over de wijze waarop het College zorgverzekering de bestuursrechtelijke premie int.

G

In artikel 23, tweede lid, wordt «bedoeld in artikel 18a, tweede lid» vervangen door: bedoeld in artikel 19, tweede lid.

H

De aanduiding «*Paragraaf 4.2. De vereveningsbijdrage*» wordt vervangen door: *Paragraaf 4.2. De vereveningsbijdrage en de bijdrage voor het verzekerd houden van wanbetalers*

I

Na artikel 34 wordt een artikel ingevoegd, luidende:

#### **Artikel 34a**

1. Het College zorgverzekeringen verstrekt een zorgverzekeraar een bijdrage indien hij verzekerden voor wier zorgverzekering de bestuursrechtelijke premie verschuldigd is, onverminderd onder de dekking van de zorgverzekering heeft gehouden.

2. De bijdrage wordt slechts verstrekt indien de zorgverzekeraar:

- a. zich heeft gehouden aan zijn verplichtingen, bedoeld in artikel 18a, 18b en 18c, tweede en derde lid,
- b. voorafgaande aan de melding, bedoeld in artikel 18c, ook naast de

op incasso gerichte inspanningen, bedoeld in de artikelen 18a en 18b, voldoende inpanningen tot inning van de premie heeft geleverd, en

c. zich houdt aan zijn verplichting, bedoeld in artikel 18d, derde lid, en desgevraagd voldoende medewerking verleent aan activiteiten van de verzekeringnemer of derden, gericht op aflossing van de jegens de zorgverzekeraar bestaande, uit de zorgverzekering voortvloeiende schuld.

3. De periode waarover de bijdrage wordt verstrekt en de hoogte ervan, alsmede de wijze waarop deze wordt verstrekt, worden bij ministeriële regeling bepaald.

4. Het College zorgverzekeringen is bevoegd de te verstrekken bijdrage te verrekenen met van de zorgverzekeraar terug te vorderen bedragen aan vereveningsbijdrage.

J

Artikel 39 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het tweede lid wordt onder verlettering van de onderdelen g en h tot h en i, een onderdeel ingevoegd, luidende:

g. de bestuursrechtelijke premies, bedoeld in artikel 18d;

2. In het derde lid, onderdeel a, wordt voor «en 34» vervangen door: 34 en 34a.

K

In artikel 116, tweede lid, onderdeel a, wordt «als bedoeld in artikel 69, 70 of 96» vervangen door: als bedoeld in artikel 18d, 18e, 18f, 69, 70 of 96.

L

In artikel 118a, eerste lid, wordt «artikel 18a» telkens vervangen door: artikel 19.

M

In artikel 124 wordt «18a, vijfde en zesde lid, 20» vervangen door: 19, vijfde en zesde lid, 21.

## **ARTIKEL II**

De Wet op de zorgtoeslag wordt als volgt gewijzigd:

A

Artikel 1, eerste lid, wordt als volgt gewijzigd:

1. De aanhef komt te luiden:

1. In deze wet en de daarop berustende bepalingen wordt, tenzij anders is geregeld, verstaan onder:

2. Onder verlettering van de onderdelen d tot en met g tot e tot en met h wordt een onderdeel ingevoegd, luidende:

d. premie: een premie als bedoeld in afdeling 3.3.1 van de Zorgverzekeringswet;

3. Onderdeel e (nieuw) komt te luiden:

e. zorgtoeslag: een tegemoetkoming in een premie dan wel in een bestuursrechtelijke premie als bedoeld in artikel 18d van de Zorgverzekeringswet,;

4. In onderdeel f (nieuw) wordt «de premie ingevolge artikel 25, tweede lid, van de Wet financiering sociale verzekeringen» vervangen door: de premie, bedoeld in artikel 25, tweede lid, van de Wet financiering sociale verzekeringen.

B

Onder vernummering van het tweede lid van artikel 5 van de Wet op de zorgtoeslag tot derde lid, wordt een lid ingevoegd, luidende:

2. In afwijking van artikel 25, eerste lid, van de Algemene wet inkomensafhankelijke regelingen betaalt de Belastingdienst/Toeslagen in opdracht van het College zorgverzekeringen, bedoeld in de Zorgverzekeringswet, de zorgtoeslag of het voorschot op de zorgtoeslag als tegemoetkoming in de bestuursrechtelijke premie, bedoeld in artikel 18d van de Zorgverzekeringswet, aan dat college uit.

C

In artikel 4 wordt «ingevolge artikel 18a van de Zorgverzekeringswet» vervangen door: ingevolge artikel 19 van de Zorgverzekeringswet.

### **ARTIKEL III**

Aan onderdeel H van de bijlage bij de Algemene wet bestuursrecht wordt na subonderdeel 3 een subonderdeel toegevoegd, luidende:

4. Artikel 18e, eerste lid, juncto artikel 18d, van de Zorgverzekeringswet, voor zover een besluit wordt genomen over de verschuldigdheid van de bestuursrechtelijke premie of de hoogte daarvan.

### **ARTIKEL IV**

Onderdeel 22a van onderdeel C van de bijlage bij de Beroepswet komt te luiden:

22a. De artikelen 18e, 18f, 69, 70, 96 en 118a van de Zorgverzekeringswet, behalve voor zover op grond van de artikelen 18e, eerste lid, juncto 18d van die wet, een besluit is genomen over de verschuldigdheid van de bestuursrechtelijke premie of de hoogte daarvan.

### **ARTIKEL V**

Artikel 475d, vijfde lid, onderdeel a, van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering komt te luiden:

a. telkens wanneer deze premie vervalt terwijl het beslag ligt:

1°. voor zover deze niet ingevolge afdeling 3.3.2 van de Zorgverzekeringswet reeds is of zal worden ingehouden, de premie van een door de schuldenaar gesloten zorgverzekering als bedoeld in die wet, verminderd met de normpremie, bedoeld in artikel 2 van de Wet op de zorgtoeslag, voor zover reeds begrepen in de bijstandsnorm zoals die voor de schuldenaar geldt ingevolge het eerste, tweede en vierde lid, en met de krachtens die wet ontvangen zorgtoeslag;

2°. de premie van een door de schuldenaar gesloten aanvullende ziektekostenverzekering,;



## **ARTIKEL VI**

De Wet uitkeringen burger-oorlogsslachtoffers 1940–1945 wordt als volgt gewijzigd:

A

In artikel 20, derde lid, onderdeel a, en artikel 21, derde lid, onderdeel a, wordt «de standaardpremie, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel f, van de Wet op de zorgtoeslag» telkens vervangen door: de standaardpremie, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel g, van de Wet op de zorgtoeslag.

B

In artikel 27a wordt «de standaardpremie als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel f, van de Wet op de zorgtoeslag» vervangen door: de standaardpremie, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel g, van de Wet op de zorgtoeslag.

## **ARTIKEL VII**

De Wet uitkeringen vervolgingslachtoffers 1940–1945 wordt als volgt gewijzigd:

A

In artikel 14, vierde lid, onderdeel a, en artikel 15, derde lid, onderdeel a wordt «de standaardpremie, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel f, van de Wet op de zorgtoeslag» telkens vervangen door: de standaardpremie, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel g, van de Wet op de zorgtoeslag.

B

In artikel 18a wordt «de standaardpremie als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel f, van de Wet op de zorgtoeslag» vervangen door: de standaardpremie, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel g, van de Wet op de zorgtoeslag.

## **ARTIKEL VIII**

Na inwerkingtreding van artikel I van deze wet berust het Besluit zorgverzekering mede op de artikelen 19 en 21 van de Zorgverzekeringswet.

## **ARTIKEL IX**

1. Indien op de datum van inwerkingtreding van deze wet ten aanzien van een zorgverzekering volgens de administratie van een zorgverzekeraar reeds een premieschuld van twee of meer maanden bestaat, doet deze zorgverzekeraar, in afwijking van artikel 18a, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet het in dat artikel bedoelde aanbod binnen tien werkdagen na de inwerkingtreding van deze wet.

2. Indien de verzekeringnemer een ander heeft verzekerd en ten aanzien van diens verzekering een premie-achterstand als bedoeld in het eerste lid is ontstaan:

- a. is artikel 18a, derde lid, van de Zorgverzekeringswet niet van toepassing,
  - b. zendt de zorgverzekeraar deze verzekerde, tegelijk met de stukken, bedoeld in artikel 18a, vijfde lid, van de Zorgverzekeringswet een aanbod om zelf een zorgverzekering met hem te sluiten,
  - c. omvat het aanbod aan de verzekeringnemer de mededeling dat de zorgverzekeraar de ten behoeve van de andere verzekerde gesloten zorgverzekering met ingang van de eerste dag van de tweede maand volgende op de maand waarin het aanbod is gedaan, zal beëindigen, tenzij deze verzekerde hem voordien heeft laten weten het aanbod, bedoeld in onderdeel b, te verwerpen.
3. In afwijking van artikel 217 van Boek 6 van het Burgerlijk Wetboek en van artikel 4:29 van de Wet op het financieel toezicht, wordt een verzekeringsplichtige die een aanbod als bedoeld in het tweede lid, onderdeel b, heeft ontvangen, met ingang van de eerste dag van de tweede maand volgende op de maand waarin het aanbod is gedaan verzekeringnemer van een nieuwe, ten behoeve van hemzelf gesloten zorgverzekering bij de zorgverzekeraar die het aanbod heeft gedaan, tenzij hij de zorgverzekeraar voordien heeft laten weten het aanbod te verwerpen.
4. Indien op de datum van inwerkingtreding van deze wet ten aanzien van een zorgverzekering volgens de administratie van de zorgverzekeraar reeds een premieschuld van vier of meer maanden bestaat, doet een zorgverzekeraar, in afwijking van artikel 18b, de daar bedoelde mededeling:
- a. zodra de termijn voor aanvaarding van het aanbod, bedoeld in het eerste lid, is verlopen zonder dat het aanbod is aanvaard, of
  - b. het aanbod is aanvaard en desondanks toch nieuw vervallende termijnen van de premie niet voldaan worden.

## **ARTIKEL X**

1. In afwijking van artikel 7:10, eerste lid, van de Algemene wet bestuursrecht, beslist het College zorgverzekeringen op bezwaren tegen beschikkingen als bedoeld in de artikelen 18e of 18f van de Zorgverzekeringswet binnen twaalf weken, indien het bezwaarschrift is ontvangen binnen twee jaar na de datum van inwerkingtreding van deze wet.
2. Dit artikel vervalt met ingang van het derde jaar na de datum van inwerkingtreding van deze wet, met dien verstande dat het van toepassing blijft ten aanzien van op dat tijdstip aanhangige bezwaren.

## **ARTIKEL XI**

Deze wet treedt in werking met ingang van een bij koninklijk besluit te bepalen tijdstip.

Lasten en bevelen dat deze in het Staatsblad zal worden geplaatst en dat alle ministeries, autoriteiten, colleges en ambtenaren wie zulks aangaat, aan de nauwkeurige uitvoering de hand zullen houden.

Gegeven

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Vergaderjaar 2008–2009

**31 736**

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

**Nr. 3**

**MEMORIE VAN TOELICHTING**

**A. ALGEMEEN**

**1. Inleiding**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

De voorgestelde benadering bestaat uit vier fasen:

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **a. Compenserende maatregelen bij de invoering van de Zvw**

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

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

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

#### **b. Verzekeringnemer in de wettelijke schuldsanering (WSNP)**

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

#### **c. Gedwongen opgenomen patiënten**

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

#### **d. Overige maatregelen**

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



### **3. Overige getroffen maatregelen ter voorkoming van onverzekerde en wanbetaling**

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

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

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

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

#### **b. De actieve opsporing van onverzekerden**

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

#### **c. Protocol incassotraject wanbetalers Zorgverzekeringswet**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **f. Data-base verzekerden met betalingsachterstand**

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

#### **g. Signalering van betalingsachterstand bij bijstandgerechtigden via Inlichtingenbureau aan gemeenten**

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

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

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

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

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

#### **4. Resterende problematiek**

##### **4.1 Karakter van de zorgverzekering**

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

Verzekeringnemers kunnen zich niet volledig onttrekken aan de, aan de zorgverzekering ten grondslag liggende, solidariteitsgedachte. Als ze een inkomen hebben wordt hierop immers een inkomensafhankelijke bijdrage ingehouden, of ze zich nu verzekerd hebben of niet en of ze nu hun nominale premie betaald hebben of niet. De verzekeringnemer die zijn premieverplichting niet nakomt doet echter wel afbreuk aan de solidariteit binnen de portefeuille van de verzekeraar waarmee hij een verzekeringsovereenkomst heeft. De hoogte van de nominale premie van die verzekeraar is er op gebaseerd dat beide partijen hun betalingsverplichtingen nakomen. Als een verzekeringnemer niet betaalt, wentelt hij de van hem verwachte betaling af op andere verzekeringnemers. Als hij daarnaast ook nog zorgkosten heeft, wentelt hij ook de vergoeding van die zorgkosten af. Een verzekeraar kan er voor kiezen dit gedrag te accepteren en de premies van zijn wel betalende verzekeringnemers laten stijgen<sup>1</sup>. Hij kan ook proberen via incasso-inspanningen zijn verlies, en daarmee premiestijging, te beperken. Hij kan ten slotte premiestijging voorkomen door de overeenkomst met de verzekeringnemer (en eventueel bijgeschreven verzekerden) met een betalingsachterstand zo snel mogelijk op te zeggen (royeren) of (de dekking van) de verzekering te beperken (dat wil zeggen: te schorsen of op te schorten). De eerste twee gedragskeuzen hebben consequenties voor zijn marktpositie. Een verzekeraar die slecht betaalgedrag van zijn verzekeringnemers accepteert of veel moet uitgeven aan incasso, prijst zichzelf uit de markt.

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

---

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

## 4.2 Analyse van de wanbetalerspopulatie

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

## 4.3 Problemen bij de incasso

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

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

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

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

#### **4.4 Ontwikkelingen**

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

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

### **5. Inhoud voorliggend wetsvoorstel**

#### **5.1 Hoofdpijnen**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

De premieschuld jegens de zorgverzekeraar blijft beperkt tot rond de 1000 euro (zes maandpremies, wettelijke rente, incassokosten) per verzekerde. Om uit het bestuursrechtelijk regiem te komen moet een wanbetaler zijn uit zijn zorgverzekering voortvloeiende schuld aan de zorgverzekeraar voldoen. Dat kan door deze in een keer af te betalen, maar ook door een schuldsaneringstraject te doorlopen of – met betrokkenheid van een schuldhulpverlener – (alsnog) een regeling tot afbetaling van de inmiddels opgebouwde schuld te treffen. Als hij naast de premieschuld geen schuld aan zijn verzekeraar heeft voor niet voldane eigen betalingen<sup>1</sup>, is de schuld aan zijn zorgverzekeraar te overzien. Daarmee heeft hij perspectief om weer uit het voor hem duurdere, bestuursrechtelijke regiem te geraken.

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

## 5.2 Uitwerking enige deelonderwerpen

### a. Medeverzekerden

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

### b. Start bestuursrechtelijk regiem

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

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

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

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

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

### **c. Einde bestuursrechtelijk premieregiem**

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

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

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

### **d. Hoogte bestuursrechtelijke premie**

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

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

## e. Rechtsbescherming

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

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

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

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

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

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

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

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

## **f. Protocol incassotraject Zorgverzekeringswet**

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

## **g. Inningwijzen bestuursrechtelijke premie**

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

Bij personen met een minimumgerelateerde uitkering, waar de 130% publiekrechtelijke premie betekent dat ze onder het bestaansminimum komen, wordt slechts de standaardpremie aan de bron geïnd. Deze uitkeringen zullen in de Regeling zorgverzekering worden aangewezen<sup>1</sup>. De niet via bronheffing geïnde opslag van 30% wordt als schuld aan het CVZ geboekt en kan via incasso en beslag worden geïnd.

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

---

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

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

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

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

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

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

#### **i. Toezicht**

De NZa houdt toezicht op de rechtmatige uitvoering door de zorgverzekeraars van hetgeen bij en krachtens de Zvw geregeld is (artikel 16 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg)). Dat betekent dat de NZa er op toeziet dat zorgverzekeraars verzekeringnemers niet ten onrechte voor het bestuursrechtelijk premierégiem aanmelden<sup>1</sup>, en ook dat zij bij aflossing van de schulden jegens hen, onverwijld een afmelding aan het CVZ sturen. Indien een zorgverzekeraar deze meldingen ten onrechte of, wat betreft de afmelding, niet of te laat verricht kan de NZa de zorgverzekeraar op grond van artikel 80 Wmg een aanwijzing geven en bij het niet opvolgen van die aanwijzing publiceren dat de verzekeraar zich niet aan zijn meldingsplichten houdt. Daarnaast kan de NZa het CVZ dan melden dat de zorgverzekeraar niet aan de voorwaarden voor het recht op een bijdrage voldoet.

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

#### **j. Bestaande groep wanbetalers**

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

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

---

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

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

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

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

## **6. Consultatie en advies**

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

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

### *Advies Algemene Rekenkamer (ARK)*

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

### *Advies van het Adviescollege toetsing administratieve lasten (Actal)*

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

---

<sup>1</sup> Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

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

#### *Advies van het College bescherming Persoonsgegevens (CBP)*

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

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

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

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

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

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

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

#### *Advies Raad voor de Rechtspraak (RvR)*

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



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

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

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

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

---

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

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

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

## **7. Financiële gevolgen voor het rijk**

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

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

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

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

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

## **8. Uitvoeringsaspecten**

### **a. Administratieve- en uitvoeringslasten**

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

bestand is ook de basis voor de gegevensuitwisseling die zorgverzekeraars via het Inlichtingenbureau hebben met gemeenten. Deze uitwisseling is een uitwerking van een intentieverklaring<sup>1</sup>. De gegevens uit dit bestand worden door de zorgverzekeraars tevens als basis gebruikt voor de aanmelding voor de compensatieregeling.

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

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

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

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

#### Verwacht aantal wanbetalers

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

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

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

#### b. Gegevensverstrekking

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

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

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

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

#### *Heffing en inning bestuursrechtelijke premie*

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

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

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

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

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

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

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

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

## **10. Inwerkingtreding en voorlichting**

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

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

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

## **ARTIKELSGEWIJS**

### *ARTIKEL I*

#### *Onderdeel A*

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

### *Onderdeel B*

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

### *Onderdeel C*

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

### *Onderdeel D*

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

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

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

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

#### *Onderdelen E, G, L en M*

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

#### *Onderdeel F*

##### *Algemeen*

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

#### *Artikel 18a Zvw*

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

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

#### *eerste en tweede lid*

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

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

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

#### *derde lid*

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

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

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

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

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

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

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

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

#### *vierde lid*

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

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

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

#### *vijfde lid*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### *Artikel 18d Zvw*

##### *eerste lid*

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



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

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

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

#### *tweede lid*

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

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

#### *derde lid*

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

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

#### *ad a*

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

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

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

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

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

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

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

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

*ad b*

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

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

*ad c*

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

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

#### *vierde lid*

Op grond van artikel 18d, derde lid kan een structurele wanbetaler niet alleen uit het bestuursrechtelijke premieregime komen als hij al zijn uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden jegens zijn zorgverzekeraar heeft voldaan, dan wel deze schulden tenietgegaan zijn (derde lid, onderdeel a), maar ook als er alleen nog maar een vooruitzicht op (gedeeltelijke) afbetaling is (derde lid, onderdelen b en c). Weliswaar bevatten laatstgenoemde onderdelen voorwaarden die erop gericht zijn dat er ook daadwerkelijk volgens de afspraken (derhalve mogelijk slechts gedeeltelijk) afbetaald wordt (en dat bovendien de nieuw opkomende premies aan de zorgverzekeraar worden voldaan), maar een garantie daarop geven die voorwaarden niet. Dat blijkt ook wel uit het feit dat de rechter een opgelegde schuldsaneringsregeling soms moet beëindigen om reden van (drievoudige) onvoldoende medewerking van de schuldenaar<sup>1</sup> (zie art. 350, eerste lid en derde lid, onderdelen c tot en met g, van de Faillissementswet; FW) en uit het feit dat de uitvoering van een minnelijke schuldsaneringsregeling regelmatig om deze reden moet worden stopgezet. Het is uiteraard de bedoeling dat zo'n schuldenaar zo snel mogelijk weer in het bestuursrechtelijke premieregime terechtkomt. Het vierde lid van artikel 18d bewerkstelligt dit. Aangezien in het geval, bedoeld in het vierde lid, onderdeel a, sprake is van een beëindigingsvonnis van de rechtbank, waartegen de schuldenaar zonedig in hoger beroep kan komen (art. 351 Fw), is het niet nodig ook nog bij het CVZ (bestuursrechtelijke) rechtsbescherming te regelen tegen het feit dat betrokkene opnieuw in het bestuursrechtelijke premieregime terechtkomt (zie dan ook artikel III). Ook tegen het wederom van toepassing worden van het bestuursrechtelijke premieregime op basis van een mededeling van een zorgverzekeraar, dat de schuldenaar zich aan de afspraken van een minnelijke regeling heeft onttrokken, is geen rechtsbescherming bij het CVZ mogelijk (zie artikel III). De bescherming van de verzekeringnemer tegen een onterechte wederaanmelding van de zorgverzekeraar (dat wil zeggen: de verzekeringnemer stelt zich jegens zijn zorgverzekeraar op het standpunt dat hij wel degelijk aan de overeengekomen betalingsafspraken heeft voldaan en nog steeds voldoet), wordt hier gevonden in het feit dat de schuldhulpverlener deze melding mede moet ondertekenen.

#### *Ten slotte*

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

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

*eerste lid*

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

*tweede lid*

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

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

#### *derde lid*

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

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

#### *vierde lid*

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

#### *vijfde lid*

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

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

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

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

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

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



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

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

#### *zesde lid*

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

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

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

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

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

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

#### *zevende lid*

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

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

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

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

#### *artikel 18f Zvw*

##### *eerste en tweede lid*

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

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

##### *derde lid*

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

#### *vierde lid*

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

#### *Onderdelen H en I*

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

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

#### *Artikel 34a Zvw*

##### *eerste lid*

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

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

#### *tweede lid*

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

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

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

#### *derde en vierde lid*

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

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

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

#### *Onderdeel J*

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

#### *Onderdeel K en artikel IV*

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

#### *Artikel II*

##### *Onderdeel A*

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

##### *Onderdeel B*

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

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

### *Onderdeel C*

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

### *Artikel III*

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

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

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

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

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

#### *Artikel V*

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

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

#### *Artikelen VI en VII*

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

#### *Artikel VIII*

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

#### *Artikel IX*

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



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

#### *eerste lid*

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

#### *tweede en derde lid*

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

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

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

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

#### *vierde lid*

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

#### *Artikel X*

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

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

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

Vergaderjaar 2008–2009

**31 736**

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

**Nr. 4**

### **ADVIES RAAD VAN STATE EN NADER RAPPORT<sup>1</sup>**

Hieronder zijn opgenomen het advies van de Raad van State d.d. 24 juli 2008 en het nader rapport d.d. 8 oktober 2008, aangeboden aan de Koningin door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Het advies van de Raad van State is cursief afgedrukt.

*Bij Kabinetsmissive van 14 mei 2008, no. 08.001428, heeft Uwe Majesteit, op voordracht van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, bij de Raad van State ter overweging aanhangig gemaakt het voorstel van wet tot wijziging van de Zorgverzekeringswet en de Wet op de zorgtoeslag, houdende maatregelen om ook wanbetalers voor hun zorgverzekering te laten betalen (structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering), met memorie van toelichting.*

*Het wetsvoorstel geeft het College voor zorgverzekeringen (CVZ) de bevoegdheid om, indien de premieschuld van een verzekerde aan zijn zorgverzekeraar een bedrag ter hoogte van zes maanden nominale premie heeft bereikt, ten behoeve van het Zorgverzekeringsfonds een vervangende, hogere (bestuursrechtelijke) premie te heffen en deze op inkomen(sbronnen) van de wanbetaler te laten inhouden of deze bij dwangbevel in te vorderen. Ook krijgt het CVZ de bevoegdheid de zorgtoeslag van de wanbetaler als tegemoetkoming in de bestuursrechtelijke premie naar zich te laten overmaken.*

*De Raad van State maakt naar aanleiding van het wetsvoorstel een aantal opmerkingen met betrekking tot onder meer de noodzaak en effectiviteit van het wetsvoorstel, de vormgeving van het wetsvoorstel, de verhouding tot het Europese recht en het bestuursrechtelijke premieregime.*

*De Raad zal allereerst ingaan op de bestaande situatie wat betreft de inning door de verzekeraars van de verschuldigde premie voor het basispakket, ten einde na te gaan of er sprake is van een gebrek aan mogelijkheden om de verschuldigde premie geïnd te krijgen. Daarbij is het van belang acht te slaan op de vraag of de huidige wanbetaling haar oorzaak vindt in onwil dan wel in onmacht van verzekerden om de verschuldigde premie te betalen. De Raad zal uiteenzetten dat het voorstel niet overtuigend aantoont dat er aanvullende publiekrechtelijke maatregelen nodig zijn in het geval van de onwilligen. Vervolgens zal hij aangeven dat het voorstel niet effectief zal zijn voor zover het is gericht op de onmachtigen.*

*Vervolgens zal de Raad ingaan op de vormgeving van het voorstel, dat ervan uitgaat dat er wél aanleiding is voor aanvullende publiekrechtelijke maatregelen. In dit deel van zijn advies wordt aandacht besteed aan de inpasbaarheid van het voorstel in de Zorgverzekeringswet (Zvw), gegeven het bijzondere*

<sup>1</sup> De oorspronkelijke tekst van het voorstel van wet en van de memorie van toelichting zoals voorgelegd aan de Raad van State is ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

*karakter van deze algemene ziektekostenverzekering: een privaatrechtelijke verzekering, ingebed in een aantal publiekrechtelijke randvoorwaarden inzake onder meer acceptatieplicht van de verzekeraar, omvang basispakket en risicoverevening. Het voorstel roept naar het oordeel van de Raad spanningen op met het privaatrechtelijke karakter van de ziektekostenverzekering en zal ertoe leiden dat voor de verzekeraars iedere prikkel ontbreekt om de incasso-mogelijkheden die er zijn, ten volle aan te wenden. De Raad rondt zijn advies vervolgens af met enige aandachtspunten in de sfeer van de verhouding tot het Europese recht en nog enige andere aspecten. Hij is van oordeel dat in verband met deze opmerkingen over het voorstel in deze vorm niet positief kan worden geadviseerd.*<sup>1</sup>

Blijkens de mededeling van de Directeur van Uw Kabinet van 14 mei 2008, no. 08.001428, machtigde Uwe Majesteit de Raad van State zijn advies inzake het bovenvermelde voorstel van wet rechtstreeks aan mij te doen toekomen. Dit advies, gedateerd 24 juli 2008, nr. W13.08.0172/l, bied ik U hierbij aan.

Het kritische advies van de Raad maakt duidelijk dat het voor een zorgvuldige onderbouwing van de noodzaak en effectiviteit van het wetsvoorstel noodzakelijk is meer inzicht te bieden in de analyses, afwegingen en keuzen die aan het wetsvoorstel ten grondslag liggen. Dat geldt evenzeer voor de inpasbaarheid van het voorstel in het stelsel van de Zorgverzekeringswet (Zvw), de verenigbaarheid met de Europese regels inzake staatsteun en met artikel 6 van het Europees Verdrag inzake de Rechten van de Mens en de Fundamentele Vrijheden (EVRM), wat betreft de privaatrechtelijke rechtsbescherming in het traject dat voorafgaat aan het toepasselijk worden van het regime van bestuursrechtelijke premie, en voor de keuze voor bevoorrechtiging van de vordering van het College voor zorgverzekeringen (CVZ). De opmerkingen van de Raad hebben aanleiding gegeven tot belangrijke wijzigingen in het wetsvoorstel en de toelichting. Daarop zal hierna zal per onderdeel worden ingegaan.

#### *1. De huidige situatie.*

*Op 1 januari 2006 is de nieuwe Zvw in werking getreden. Op grond daarvan is het overgrote deel van de Nederlandse ingezetenen verplicht zich voor het basispakket te verzekeren<sup>2</sup> en geldt voor de verzekeraar een acceptatieplicht.<sup>3</sup> De zorgverzekering is (een bijzondere vorm van) een privaatrechtelijke verzekeringsovereenkomst.<sup>4</sup> Dit betekent dat de bij de overeenkomst betrokken partijen in beginsel zelf verantwoordelijk zijn voor de nakoming van de aan de overeenkomst verbonden verplichtingen. Om het aantal onverzekerden wegens royement (of schorsing van de dekking) zo klein mogelijk te houden, hebben de zorgverzekeraars en de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in het najaar van 2006 een aantal afspraken gemaakt.<sup>5</sup> Deze houden, voor zover van belang, in dat wanbetalers niet worden geroeyeerd, noch van de dekking worden uitgesloten. Tijdens de eerste zes maanden van wanbetaling geldt het normale, interne incassotraject; daarna wordt de wanbetaler onder een verzaamd incassoregime van de verzekeraar geplaatst, dat inhoudt dat de incasso wordt overgedragen aan een incassopartner die, na een minnelijk traject, eventueel gerechtelijke stappen onderneemt.<sup>6</sup> Zodra een premieschuld van zes of meer maandpremies is ontstaan, krijgt de zorgverzekeraar voor verdere premiederving een compensatie uit het Zorgverzekeringsfonds. De compensatie is gelijk aan de rekenpremie en wordt alleen verleend als de verzekeraar de wanbetaler gedurende een heel jaar verzekerd houdt en aantoonst het protocol te hebben nageleefd.<sup>7</sup>*

*Volgens de toelichting is het wetsvoorstel er met name op gericht om verzekerden die wel kunnen maar niet willen betalen, te prikkelen tot het voldoen van hun verzekeringspremie. De toelichting bevat evenwel geen analyse van de oorzaken van wanbetaling. Er is wel enige informatie beschikbaar omtrent de omvang en de samenstelling van de groep wanbetalers. Het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) heeft op verzoek van de minister onderzoek verricht en op 13 mei jl. een rapportage uitgebracht omtrent het aantal wanbetalers.<sup>8</sup> Hieruit blijkt dat er eind 2007 240 000 wanbetalers waren, een stijging van 26% ten opzichte van eind 2006. De toename van het aantal wanbetalers is vooral te zien bij personen met een bijstandsuitkering en bij burgers van allochtone afkomst.*

<sup>1</sup> Bij de aanhangigmaking van het wetsvoorstel beschikte de Raad van State nog niet over het advies van de Raad voor de rechtspraak. Dit is nadien aan de Raad toegezonden, evenals de reactie van de minister. Op een aantal onderdelen zullen het wetsvoorstel en de toelichting naar aanleiding van het advies van de Raad voor de rechtspraak aangepast worden, zoals de artikelen III en IV.

<sup>2</sup> Artikel 2 Zvw. Overtreding van de verzekeringsplicht kan leiden tot een bestuurlijke boete (artikel 96 Zvw). De verzekerde kan de verzekering niet opzeggen vanaf het moment dat de zorgverzekeraar hem heeft gemaand achterstallige premieschulden te voldoen (artikel 8a Zvw).

<sup>3</sup> Artikel 3 Zvw. Een zorgverzekeraar is niet verplicht een zorgverzekering te sluiten met of ten behoeve van een verzekeringsplichtige wiens eerdere zorgverzekering hij of de verzekeringnemer binnen een periode van vijf jaar daarvoor heeft opgezegd of ontbonden wegens het niet betalen van de premie.

<sup>4</sup> Zoals geregeld in titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek.

<sup>5</sup> Deze afspraken zagen op de periode 1 januari 2006 tot en met 1 juli 2007, maar zijn inmiddels verlengd in afwachting van dit wetsvoorstel. Zie nader de paragrafen 2 en 3 van de toelichting.

<sup>6</sup> De door de verzekeraars overeengekomen handelwijze is beschreven in het Protocol incassotraject wanbetalers Zorgverzekeringswet, Zeist, oktober 2006.

<sup>7</sup> Artikel 3.18 van het Besluit Zorgverzekering.

<sup>8</sup> Het betreft een nieuwe versie van het in de toelichting op bladzijde 10 genoemde overzicht. Tot de groep wanbetalers worden personen gerekend die minimaal zes maanden geen premie voor hun basisverzekering betaald hebben, op 31 december 2007 ingeschreven staan in de Gemeentelijke Basisadministratie Persoonsgegevens, op deze datum voorkomen in de registratie van alle verzekerden en 18 jaar of ouder zijn.

*Eén op de 14 personen met een bijstandsuitkering was wanbetaler. Van de 240 000 wanbetalers is, zo blijkt uit de cijfers van het CBS, bijna de helft van allochtone afkomst.*

*Uit het onderzoek van het CBS blijkt niet wat de oorzaak is van de stijging van het aantal wanbetalers ten opzichte van 2006 en evenmin welke redenen ten grondslag liggen aan het niet betalen van de premie. Zo wordt niet duidelijk of sprake is van een niet willen betalen of dat het gaat om mensen die niet kunnen betalen. Dit gebrek aan gegevens beperkt de mogelijkheid om te kunnen beoordelen of het in te zetten instrument effectief zal zijn. Wel heeft de Stichting de Ombudsman in 2007 aangegeven dat uit hulpvragen blijkt dat het overgrote deel van de mensen die geen zorgverzekering hebben, in die situatie verkeren vanwege financiële problemen of omdat zij het zorgstelsel te ingewikkeld vinden.<sup>1</sup> Volgens haar zou, in plaats van het geven van een boete en het uiten van dreigementen door incassobureaus, moeten worden onderzocht waarom er zoveel mensen zijn die zich niet verzekeren of nalaten hun verzekering te betalen.*

*Naar het oordeel van de Raad dienen eerst de oorzaken voor wanbetaling in kaart te worden gebracht alvorens gerichte maatregelen kunnen worden ontworpen voor de aanpak van de problemen. Daarbij dient ook scherp het onderscheid tussen de «onwilligen» en de «onmachtigen» in beeld te worden gebracht, als basis voor een nader onderscheid in de voor beide categorieën te nemen maatregelen; de Raad zal hierop zelf in punt 2 nader ingaan. Tevens dient bij de analyse van de oorzaken van wanbetaling te worden ingegaan op de wenselijkheid om meer gerichte maatregelen te treffen ter voorkoming van betalingsproblemen.*

*De Raad adviseert tot de hiervoor bedoelde aanpak.*

#### 1. De huidige situatie

Anders dan de Raad kennelijk veronderstelt, zijn voorafgaand aan het ontwerpen van de onderhavige maatregelen voor de aanpak van het wanbetalersprobleem wel degelijk eerst de oorzaken van wanbetaling zo goed mogelijk verkend. Nagelaten is evenwel deze analyse en informatie in de memorie van toelichting op te nemen. Daarin is alsnog voorzien. Bij de oorzaken van wanbetaling kan in grote lijnen weliswaar onderscheid worden gemaakt naar groepen van verzekerden die «onwillig» zijn en groepen verzekerden die «onmachtig» zijn. Daarmee is evenwel nog niets gezegd over de grote diversiteit aan detailredenen die in individuele gevallen bepalend zijn voor het wanbetalen. Het spreekt voor zich dat, voor zover uit de gemaakte analyses blijkt dat het wanbetalersprobleem kan worden verminderd met specifieke niet wettelijke en minder ingrijpende maatregelen voor bepaalde deelgroepen (voorlichting, begeleiding, advies), met alle ter beschikking staande middelen zal worden getracht zulks te realiseren. Dat doet evenwel niet af aan het gegeven dat het met het oog op de handhaving van de solidariteitsgedachte achter de sociale ziektekostenverzekering zonder meer noodzakelijk is dat iedereen zijn deel van de kosten daarvan ook werkelijk bijdraagt. Dat bij de voorgenomen maatregelen in beginsel wordt geabstraheerd van de vraag waarom een verzekerde, zelfs na enige malen daartoe aangemaand te zijn, volhardt in het niet betalen van de premie, is logisch, gezien de maatregelen die de regering bij de invoering van de zorgverzekering heeft getroffen om te waarborgen dat iedere verzekerde in beginsel in staat is om zijn premie te betalen. Voor het aanpakken en oplossen van betalingsproblemen die verzekerden desalniettemin mochten ervaren, kent ons land een hele reeks mogelijkheden buiten de sfeer van de ziektekostenverzekering. Deze mogelijkheden moeten dan ook in eerste instantie worden gebruikt om wanbetaling of toepasselijkheid van het regiem van bestuursrechtelijke premie te voorkomen. Desalniettemin heeft de regering gemeend nog aanvullend rekening te moeten houden met financieel «onmachtigen» (vgl. de door de Raad aangehaalde passage in de toelichting omtrent de beperking van de inning van de bestuursrechtelijke premie tot 100% in bepaalde gevallen) en is naar aanleiding van het advies van de Raad nader onderzocht welke maatregelen kunnen worden genomen om de situatie voor de «onmachtigen» te verzachten. Daarop wordt in punt 2b ingegaan.

*2. De inpasbaarheid van het voorstel in de Zorgverzekeringswet*  
*Het wetsvoorstel is bedoeld als sluitstuk van de maatregelen tegen wanbetaling. Het houdt in dat, zodra een betalingsachterstand van zes maandpremies*

---

<sup>1</sup> Publicatie van 2 mei 2007.

is ontstaan en na melding daarvan, de premieverplichting jegens de zorgverzekeraar wordt omgezet in de plicht om aan het CVZ een bestuursrechtelijke premie te betalen. Deze premie bedraagt 130% van de standaardpremie. De verzekerde is vanaf dat moment, afgezien van de niet-nagekomen betalingsverplichting over de eerste zes maanden, geen nominale premie verschuldigd aan zijn zorgverzekeraar, zodat deze geen inspanningen meer hoeft te verrichten om een verder oplopende premieschuld te incasseren. De verzekeraar wordt hiervoor gecompenseerd door het CVZ uit het Zorgverzekeringsfonds. Het CVZ krijgt de bevoegdheid derden opdracht te geven de bestuursrechtelijke premie in te houden op het loon, de uitkering of het pensioen.<sup>1</sup> Ook wordt het CVZ bevoegd de bestuursrechtelijke premie bij dwangbevel in te vorderen.<sup>2</sup>

De Raad stelt vast dat het voorstel ertoe leidt dat de incasso-inspanning van de verzekeraars beperkt wordt tot de betalingsachterstand van de eerste zes maanden, waarna jegens de desbetreffende verzekeraar de betaling van verdere premies gegarandeerd wordt door de overheid, totdat de verzekerde alle privaatrechtelijke premieschuld, inclusief incassokosten en rente, heeft afgelost.

De toelichting vermeldt een aantal uitgangspunten waaraan, naar het oordeel van de regering, aanvullende maatregelen, gelet op het incassorisico voor verzekeraars, moeten voldoen:<sup>3</sup>

- het middel moet effectief zijn en zo snel mogelijk resultaat opleveren;
- het middel moet zo min mogelijk inbreuk maken op het privaatrechtelijke karakter van de zorgverzekeraar;
- het middel moet zich zo veel mogelijk richten op bewuste wanbetalers en niet op mensen die niet in staat zijn om zelfstandig aan hun betalingsverplichtingen te voldoen.

Tegen deze achtergrond beoordeelt de Raad het voorstel.

a. De «onwilligen»: bestaande instrumenten uitgeput?

Het wetsvoorstel berust op de gedachte dat de oplossing van het probleem van wanbetaling, hoezeer ook in beginsel een privaatrechtelijke aangelegenheid, een aanvullend publiekrechtelijk instrument vergt. Hierin ligt de vooronderstelling besloten dat de bestaande privaatrechtelijke middelen om de premie te innen niet toereikend zijn. De toelichting werkt deze vooronderstelling evenwel niet uit. Zonder een nadere toelichting is de Raad er niet van overtuigd dat de bestaande middelen ten aanzien van verzekerden die niet willen betalen, tekortschieten. Zo kan de verzekeraar, nadat hij daartoe een executoriale titel heeft verkregen, evenals elke andere schuldeiser, (derden-)beslag laten leggen. Het valt niet in te zien dat, althans wat betreft de «onwilligen», de bestaande mogelijkheden voor verzekeraars ontoereikend zijn om de premies geïnd te krijgen.

De effecten van het voorstel – na een half jaar krijgt de verzekeraar alle incassorisico's automatisch vergoed uit het Zorgverzekeringsfonds – zullen voorts, naar het oordeel van de Raad, ertoe leiden dat elke prikkel voor een verzekeraar ontbreekt om te komen tot een daadkrachtig incassobeleid gedurende het eerste half jaar. Na zes maanden wachten zullen de premies via het CVZ immers automatisch geïncasseerd worden en wordt elk incassorisico overgenomen door het CVZ. Dit regime geldt totdat alle privaatrechtelijke schulden van de verzekerde aan de zorgverzekeraar zijn voldaan, zodat het CVZ in feite ook het incassorisico van de eerste zes maanden overneemt.

In dit verband wijst de Raad op de uitgangspunten die in de toelichting zijn uiteengezet, waaruit de intentie blijkt om het aanvullende middel zo min mogelijk inbreuk te laten maken op het privaatrechtelijke karakter van de zorgverzekering. De Raad onderschrijft dit uitgangspunt. Hij is er evenwel niet van overtuigd dat aan dit uitgangspunt in het voorstel ook daadwerkelijk recht wordt gedaan, gegeven het feit dat na zes maanden alle incassorisico's worden overgenomen.

Naar het oordeel van de Raad ligt het, gelet op het karakter van de Zvw, voor de hand, dat primair de verzekeraar de incasso-instrumenten effectief en actief inzet, waarbij wat betreft de zorgtoeslag ook gebruik zou kunnen worden gemaakt van de mogelijkheden die artikel 45 van de Algemene wet inkomensafhankelijke regelingen biedt. Uitgaande van de veronderstelling die aan het voorstel ten grondslag ligt, dat er aanvullende instrumenten nodig zijn, zou het

<sup>1</sup> Op termijn ook de Belastingdienst met het oog op de zorgtoeslag.

<sup>2</sup> Met beslaglegging op bankrekening of goederen.

<sup>3</sup> Paragraaf 1, tiende alinea.

naar het oordeel van de Raad, gelet op het privaatrechtelijke karakter van de Zvw, voor de hand liggen waar nodig het huidige incassoregime voor de verzekeraars te versterken. Zo zou eraan gedacht kunnen worden de verzekerde te verplichten tot medewerking aan automatische incasso; daarbij zou de zorgtoeslag, naar het oordeel van de Raad, niet uitgesloten mogen worden van de inkomensbronnen die voor de verplichte automatische incasso in aanmerking zouden dienen te komen.

*b. De «onmachtigen»: effectief?*

Zoals eerder aangegeven, heeft de Stichting de Ombudsman erop gewezen dat in veel gevallen financiële problemen er de oorzaak van zijn dat geen zorgverzekering wordt afgesloten. Niet uitgesloten kan worden dat een deel van de groep wanbetalers bestaat uit dergelijke «onmachtigen».

Het voorstel om na zes maanden wanbetaling de premieverplichting te verhogen tot 130% van de standaardpremie mist een passende afstemming op de situatie van de «onmachtigen». Mitsdien kan, naar het oordeel van de Raad, niet verwacht worden dat het voorstel ten aanzien van hen effectief zal bijdragen aan beter betalingsgedrag en afname van de betalingsachterstand. De toelichting<sup>1</sup> maakt melding van afspraken met zorgverzekeraars en gemeenten voor gevallen waarin sprake is van lage inkomens en incidenteel hoge schulden, maar hieraan worden op het niveau van het voorstel geen consequenties verbonden. Zo wordt bijvoorbeeld in de toelichting beschreven dat bij personen die door de 130% bestuursrechtelijke premie onder het bestaansminimum komen, slechts 100% premie wordt geïnd.<sup>2</sup> In het wetsvoorstel is dit evenwel niet opgenomen. Nog afgezien van de inconsistentie op dit punt van het voorstel en de toelichting, illustreert het voorgaande dat het voorstel niet effectief is naar de groep «onmachtigen».

*c. Risicoverevening*

Het bijzondere karakter van de Zvw – in het bijzonder het samengaan van privaatrechtelijke en publiekrechtelijke kenmerken – brengt met zich dat er uiteindelijk, nadat alle incassomaatregelen zijn uitgeput, een problematiek van niet betaalde rekeningen resteert. Iedereen is verplicht om zich te verzekeren, ook als de capaciteit voor de premiebetaling geheel of gedeeltelijk ontbreekt. Tegen die achtergrond verdient het aanbeveling om, naast de noodzaak om het volle accent te leggen op het privaatrechtelijke incassotraject met zo nodig aanscherping van de huidige middelen, een vangnet te creëren voor de dekking van de kosten van de verzekering voor hen die niet in staat (blijken te) zijn (ten volle) te voldoen aan hun premieverplichtingen. De Raad geeft in overweging om deze lasten te versleutelen via het bestaande systeem van de risicoverevening, dat nu al een wezenlijke functie vervult in het evenwichtig verdelen van risico's die de verzekeraars niet kunnen ontlopen in de sfeer van het verzekerdenbestand.

*d. Conclusie*

De Raad komt op basis van het voorgaande tot de conclusie dat het voorstel niet nodig is, voorzover het is gericht op het betalingsgedrag van de groep onwilligen en niet effectief zal zijn voor zover het voorstel ook gaat gelden voor de groep onmachtigen.

In het voorstel wordt ten onrechte vrijwel geheel voorbijgegaan aan het onderscheid tussen beide groepen en wordt niet dragend gemotiveerd dat er voor beide groepen aanvullende instrumenten nodig zijn. Daar komt bij dat het voorstel, naar het oordeel van de Raad, op gespannen voet staat met het bijzondere karakter van de Zvw. In ieder geval getuigt het voorstel van een ingrijpende wijziging van opvatting over de taak van de overheid met betrekking tot de (dwang)invordering van civielrechtelijke schulden; een dergelijke wijziging behoeft een draagkrachtige motivering. De Raad adviseert het voorstel op dit punt te heroverwegen.

Indien uitgegaan dient te worden van de noodzaak van aanvullende voorzieningen, ligt het, naar het oordeel van de Raad, meer voor de hand de zorgverzekeraars de bevoegdheid te verlenen om bij het sluiten van een overeenkomst dwingend aanvullende polisvoorwaarden te stellen, bijvoorbeeld in de zin van het toestaan van een automatische incasso van de premie. Dit sluit aan bij het in de Zvw neergelegde uitgangspunt dat de inning van de premies tot de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar behoort. Tevens worden op die manier betalingsachterstanden zoveel mogelijk voorkomen.

<sup>1</sup> Paragraaf 4.1.

<sup>2</sup> Paragraaf 4.2.



*Ten slotte adviseert de Raad een restproblematiek van oninbare premies evenwichtig over de verzekeraars te versleutelen via het bestaande risico-vereveningssysteem.*

*Onverminderd het voorgaande, geeft het voorstel de Raad nog aanleiding tot de volgende opmerkingen.*

2. De inpasbaarheid van het voorstel in de Zorgverzekeringswet

a. De «onwilligen»: bestaande instrumenten uitgeput?

Terecht wijst de Raad op het uitgangspunt dat de aanvullende middelen zo min mogelijk inbreuk moeten maken op het privaatrechtelijke karakter van de zorgverzekering. Met de Raad ben ik van oordeel dat primair de verzekeraar zijn incasso-instrumenten effectief en actief moet inzetten. Een actief incasso-beleid van verzekeraars leidt dan ook tot een vermindering van het aantal wanbetalers. De analyses van het CBS laten zien dat ongeveer een derde van de wanbetalers uit 2006 in 2007 zijn schulden heeft afgelost en weer gewoon premie is gaan betalen. Anders dan de Raad ben ik van mening dat er desalniettemin behoefte bestaat aan het thans voorgestelde sluitstuk. De Raad gaat voorbij aan het gegeven dat verzekeraars in de gekozen privaatrechtelijke opzet van het verzekeringstelsel vrij zijn zelf te bepalen hoever zij gaan in het accepteren van wanbetaling in combinatie met het laten doorlopen van de verzekeringsdekking, en zelf bepalen hoeveel kosten en inspanningen zij willen investeren in het voortzetten van de relatie met verzekerden die hun verplichtingen niet of slechts gedeeltelijk nakomen. Hierbij is ook van belang dat de derde richtlijn schadeverzekering het de lid-staten in principe verbiedt om regels aan acceptatie, pakket of premie voor schadeverzekeringen te stellen en aldus de vrijheid van schadeverzekeraars om verzekeringsproducten op de markt te brengen, te beperken. Voor zorgverzekeringen is regelstelling desondanks toch wel mogelijk, maar alleen voor zover de regels noodzakelijk zijn ter bescherming van het algemeen belang. Dat houdt onder meer in dat zij de vrijheid van de verzekeraars niet verder mogen beperken dan noodzakelijk is om het algemeen belang te dienen (proportionaliteitseis). Een verplichting om de verzekering, ondanks wanbetaling, gedurende een zekere tijd niet te beëindigen, zou al snel kunnen worden gezien als een te ver gaande beperking van de vrijheid van dienstverlening. Tegelijk zou een dergelijke verplichting voor een deel van de wanbetalers mogelijk een extra prikkel vormen om betaling van de premie zoveel mogelijk te ontlopen. Gegeven deze positie van de verzekeraars, zou het uitblijven van wettelijke, bestuursrechtelijke maatregelen leiden tot ofwel de in de toelichting beschreven wanbetalerscarrousel, ofwel toename van het aantal onverzekerden, ofwel afwenteling van de gederfde premie op de wel betalende verzekerden.

Desalniettemin heeft het advies van de Raad aanleiding gegeven opnieuw na te denken over de mogelijkheden om in het privaatrechtelijke traject de incassomogelijkheden van verzekeraars te versterken. Dat heeft ertoe geleid dat in het wetsvoorstel thans is voorzien in een aan de zorgverzekeraars gerichte verplichting om, nadat een premie-achterstand van twee maandpremieën is ontstaan, een betalingsregeling aan te bieden, waar het door de verzekeringnemer afgeven van een machtiging tot automatische incasso van nieuw vervallende premie-termijnen onderdeel van is.

Overigens wordt nog opgemerkt dat de stelling van de Raad, dat het CVZ ingevolge het wetsvoorstel in feite ook het incassorisico over de eerste zes premiemaanden overneemt, onjuist is. Dat risico blijft bij de zorgverzekeraar. Niet alleen zal het CVZ zich onthouden van pogingen de in de eerste zes maanden door de zorgverzekeraar gemiste premie (en rente en incassokosten) te innen, maar ook zal het CVZ de zorgverzekeraars geen bijdrage ter compensatie van die eerste zes gemiste maandpremieën verstrekken.

b. De «onmachtigen»: effectief?

De Raad merkt op dat de voorgestelde regeling van een bestuursrechtelijke premie van 130% een passende afstemming op de situatie van «onmachtigen» mist. Naar de mening van de Raad kan niet verwacht worden dat het voorstel effectief zal bijdragen aan beter betalingsgedrag en afname van de achterstand. Voorop zij gesteld dat de regering van oordeel is dat premiebetaling voor deze, zij het privaatrechtelijk vormgegeven, sociale ziektekostenverzekering, net als dat voor de belastingafdracht en andere sociale verzekeringen

het geval is, voorrang zou moeten hebben op andere toepassingen van het inkomen. De regelgeving in Nederland is zodanig, dat in beginsel iedereen in staat zou moeten zijn de nominale premie voor zijn zorgverzekering te betalen. Het sociaal minimum is daarop afgestemd. Het is naar het oordeel van de regering derhalve alleszins terecht dat – zonedig met aanvullende wettelijke maatregelen – maximaal wordt bevorderd dat de premie voor een zorgverzekering ook werkelijk wordt betaald. Het bestaan van de bestuursrechtelijke premie zal, mede door de hoogte daarvan, in belangrijke mate preventief moeten werken.

Verzekeringnemers die ondanks het feit dat zij in principe in staat zouden moeten zijn de nominale premie te betalen, dat in de praktijk toch niet kunnen (bijvoorbeeld omdat zij niet goed met geld om kunnen gaan en schulden hebben gemaakt) worden in de gelegenheid gesteld buiten het bestuursrechtelijke regiem met de hogere premie te blijven door voordat de premieschuld een bedrag van zes maandpremies heeft bereikt een betalingsregeling (waaronder deelname aan een schuldhulpverleningsregeling kan vallen) met hun zorgverzekeraar te treffen. Die mogelijkheid was reeds aangegeven in de memorie van toelichting van de aan de Raad voorgelegde versie van het wetsvoorstel. Ten gevolge van het advies van de Raad is het wetsvoorstel echter zodanig gewijzigd, dat de zorgverzekeraars verplicht worden een betalingsregeling aan te bieden nadat de premieschuld een bedrag ter hoogte van twee maandpremies heeft bereikt (zie het voorgestelde artikel 18a Zvw). De betalingsregeling betreft in ieder geval afspraken over de afbetaling van de reeds opgebouwde schuld, alsmede, bijvoorbeeld door middel van afgifte van een machtiging tot automatische incasso, enige zekerheid voor de zorgverzekeraar dat nieuw vervallende premie-termijnen voldaan zullen worden. Verzekeringnemers die de betalingsregeling accepteren, zullen geen betalingachterstand van zes maandpremies opbouwen en derhalve buiten de hogere premie van het bestuursrechtelijke regiem blijven. De betalingsregeling dient zo snel na het ontstaan van de premieschuld te worden aangeboden, dat ook onmachtigen – mede gezien het feit dat hun inkomen in principe hoog genoeg kan zijn om hun nominale premie te betalen, zoals hiervoor reeds is aangegeven – in staat kunnen worden geacht nieuwe premie-termijnen te betalen en de beperkte, reeds opgebouwde schuld af te betalen. De door de verzekeraars aan te bieden betalingsregeling kan derhalve worden gezien als een instrument om de onmachtigen van de onwilligen te scheiden: onmachtigen zullen de gelegenheid aangrijpen om, met hulp van de zorgverzekeraar, hun schuld te saneren en toekomstige premie-termijnen te voldoen. Onwilligen zullen de betalingsregeling weigeren en vervolgens, bij voortgaande wanbetaling, in het bestuursrechtelijke regiemierecht komen. De preventieve werking van de hogere, bestuursrechtelijke premie voor onmachtigen ligt hierin, dat zij een prikkel ervaren om de betalingsregeling te accepteren.

Naar aanleiding van de opmerkingen van de Raad is de memorie van toelichting aangevuld met een passage waarin wordt ingegaan op de gevolgen van voorliggende wetsvoorstel voor onwilligen enerzijds en onmachtigen anderzijds.

Overigens geldt bovendien dat iemand die eenmaal in het bestuursrechtelijke regiem is opgenomen, daar weer uit kan komen als de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen van toepassing is geworden dan wel indien betrokkene deelneemt in een door een schuldhulpverlener begeleide schuldregeling (zie het voorgestelde art. 18d Zvw).

Met het oog op de preventieve werking is er niet voor gekozen de bestuursrechtelijke premie voor structurele wanbetalers met een minimumloon-gerelateerde uitkering per definitie te beperken. Ook bij hen zal het CVZ derhalve, als zij na weigering van de betalingsregeling in het bestuursrechtelijke regiem geraken, de bestuursrechtelijke premie ter hoogte van 130% van de standaardpremie heffen. Om te voorkomen dat de desbetreffende personen met hun periodieke inkomen beneden het bestaansminimum geraken, zullen echter bij de ministeriële regeling, bedoeld in het voorgestelde artikel 18f, vierde lid, Zvw enkele inkomensregels worden gesteld. Geregeld zal worden dat van de te heffen bestuursrechtelijke premie in de hier bedoelde gevallen slechts een bedrag ter hoogte van 100% van de standaardpremie op de uitkering ingehouden zal worden. Tevens zal het CVZ in dit geval de

zorgtoeslag niet naar zich laten over maken. De restschuld ter hoogte van 30% van de standaardpremie per maand zal het CVZ langs andere weg trachten te innen. Bedacht dient hierbij te worden dat het hebben van een minimumloon-gelateerde uitkering niet per definitie betekent dat iemand niet in staat is de bestuursrechtelijke premie te betalen. Iemand kan immers naast een dergelijke uitkering vermogen hebben. De hier bedoelde inningsregels zijn zullen een enigszins gedetailleerd karakter kennen, waardoor regelgeving op het niveau van de formele wet, zoals de Raad lijkt voor te staan, niet geschikt is.

#### c. Risicoverevening

De Raad beveelt aan om, naast de noodzaak om het volle accent te leggen op het privaatrechtelijke incassotraject met zonnodig aanscherping van de huidige middelen, een vangnet te creëren voor de dekking van de kosten van de verzekering voor hen die niet in staat (blijken te) zijn (ten volle) te voldoen aan hun premieverplichtingen en geeft in overweging om deze lasten te versleutelen via het bestaande systeem van risicoverevening.

Het vangnet is gerealiseerd door verzekeraars een bijdrage te verstrekken voor de premie die zij niet mogen innen voor de verzekering die is aangemeld voor het bestuursrechtelijke regiem. Het systeem van risicoverevening leent zich niet voor het verstrekken van deze bijdrage. De bestaande risicoverevening compenseert uitsluitend voorspelbare verschillen in *zorgkosten* als gevolg van verschillen in gezondheid. De verevening is noodzakelijk om risicoselectie te voorkomen en om een gelijk speelveld te scheppen in verband met de acceptatieplicht voor verzekeraars. Zij moeten immers iedereen accepteren, zonder daarbij acht te slaan op de (potentiële) gezondheidsituatie van betrokkenen, terwijl ze evenmin mogen differentiëren in de hoogte van de premie. Het karakter – en daarmee de effectiviteit – van de risicoverevening zou ernstig worden verstoord als het risicovereveningssysteem ook zou moeten dienen als systeem voor het wegnemen van (ongelijke) risico's op betaalgedrag; een risico van een heel andere orde.

#### 3. Verhouding met Europees recht

*In het stelsel van de Zvw krijgen verzekeraars compensatie voor de extra kosten waarmee zij worden geconfronteerd als gevolg van de publieke randvoorwaarden die worden gesteld, in het bijzonder de acceptatieplicht.<sup>1</sup> Bij de totstandkoming van de Zvw is onder andere het risicovereveningsstelsel aangemeld bij de Europese Commissie, wegens mogelijke staatssteun-aspecten. Op 3 mei 2005 heeft de Europese Commissie het risicovereveningsstelsel goedgekeurd.<sup>2</sup> De Commissie overwoog daarbij dat zorgverzekeraars ondernemingen zijn, dat bij het risicovereveningsstelsel via het Zorgverzekeringsfonds sprake is van verstrekking van overheidsmiddelen en dat deze voordelen toekomen aan een beperkte groep van ondernemingen. Omdat de steun in algemene zin de relatieve positie van de begunstigden ten opzichte van die van hun concurrenten in andere lidstaten versterkt, vormt de steun een verstoring van de mededinging en moet deze als een ongunstige beïnvloeding van het handelsverkeer tussen de lidstaten worden aangemerkt, zo overwoog de Commissie. Dit geldt volgens de Commissie temeer voor sommige begunstigden die grote verzekeraars zijn. De Commissie achtte de steun echter gerechtvaardigd. Een belangrijk aspect daarbij was dat dit stelsel zo is ontworpen, dat gegarandeerd is dat de compensatie beperkt is tot het strikt noodzakelijke, waardoor overcompensatie wordt voorkomen.*

*Bij het Besluit van 4 september 2007, houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met het opnemen van een bepaling op grond waarvan zorgverzekeraars die wanbetalers verzekerd houden een bijdrage in de daaruit voortvloeiende premiederving kan worden verstrekt (Stb. 2007, 332), is reeds in een regeling voorzien. In gevallen dat zorgverzekeraars met structurele wanbetaling worden geconfronteerd, kunnen zij een bijdrage krijgen. De hoogte daarvan is beperkt tot de nominale rekenpremie en als voorwaarde geldt dat de verzekeraar zich voldoende moet hebben ingespannen om de verschuldigde premies te innen. In het advies over dit besluit heeft de Raad de vraag gesteld of die regeling zou moeten worden aangemeld bij de Europese Commissie. In de toelichting is gesteld dat de regeling niet is aangemeld, omdat de regering van oordeel was dat geen sprake is van staatssteun, omdat de verzekeraars een vergoeding ontvangen ter hoogte van de nominale rekenpremie, die lager is dan de gemiddelde*

<sup>1</sup> Hoofdzakelijk via het vereveningsstelsel.

<sup>2</sup> Beschikking van de Europese Commissie van 3 mei 2005 (C(2005)1329 fin).

*nominale premie en omdat er over de eerste zes maanden niet wordt gecompenseerd. Gelet op het vorenstaande uitgangspunt staat evenwel, naar het oordeel van de Raad, niet vast dat daarmee is voldaan aan de voorwaarden om aan toepassing van de staatssteunregels te ontkomen.*

*Wat daarvan ook zij, het voorliggende voorstel gaat verder dan de thans bestaande regeling, doordat het CVZ de incasso overneemt. Voor de overname van de incasso geldt bovendien niet de voorwaarde dat de verzekeraar zich voldoende moet hebben ingespannen om de verschuldigde premies te innen. De overname van de incasso impliceert het bieden van compensatie aan de verzekeraar, hetgeen uitbreiding van de regeling inhoudt.*

*Gelet op de europeesrechtelijke uitgangspunten kan verdedigbaar zijn dat een voorziening wordt getroffen voor de onvermijdbare risico's die verzekeraars lopen in verband met de acceptatieplicht, maar onvoldoende is aangetoond dat de voorgestelde regeling geen overcompensatie inhoudt. Dientengevolge is de Raad van oordeel dat niet uitgesloten kan worden dat sprake is van een steunmaatregel in de zin van artikel 87 van het EG-Verdrag, die aangemeld dient te worden bij de Europese Commissie.*

*Tegen die achtergrond adviseert de Raad, indien wordt overgaan tot het treffen van aanvullende maatregelen, deze aan te melden bij de Europese Commissie.*

### 3. Verhouding tot het Europese recht

De Raad merkt op dat de zorgverzekeraars reeds op grond van het geldende recht een compensatie krijgen voor iedere verzekerde die zij onverminderd verzekerd houden nadat ter zake van hun zorgverzekering een premie-achterstand ter hoogte van zes maandpremies is ontstaan. Die compensatie heeft de hoogte van de nominale rekenpremie. De Raad vraagt zich af of dit niet leidt tot overcompensatie van zorgverzekeraars en daarmee tot (niet gerechtvaardigde) staatssteun, zeker nu ingevolge voorliggend wetsvoorstel de premieplicht jegens de zorgverzekeraars nadat een premie-achterstand ter hoogte van zes maandpremies is bereikt, wordt omgezet in een premieplicht jegens het CVZ. De Raad adviseert daarom (de hoogte van) de voorgenoemde bijdrage aan verzekeraars aan te melden bij de Europese Commissie.

Anders dan de Raad is het kabinet nog steeds van mening dat een bijdrage ter hoogte van de nominale rekenpremie niet kan leiden tot overcompensatie van de verzekeraars en dus in de gegeven situatie niet als staatssteun kan worden aangemerkt. Niet in het bestaande systeem (waarin de premieschuld jegens de verzekeraar ook nadat deze een bedrag ter hoogte van zes maandpremies heeft bereikt blijft groeien) en niet in het voorgestelde systeem (waarin de schuld jegens de verzekeraar na bereiken van dat bedrag niet meer groeit omdat de premieplicht jegens de verzekeraar eindigt en de plicht de bestuursrechtelijke premie aan het CVZ te betalen ingaat). Ook blijft het kabinet bij de redenen daarvoor. Ten eerste is het bedrag van de de nominale rekenpremie lager dan dat van de gemiddelde nominale premie die de zorgverzekeraars aan hun verzekeringnemers vragen en dus, bij wanbetaling, missen. Immers, in het bedrag van de nominale rekenpremie zijn de uitvoeringskosten van de zorgverzekeraar niet verdisconteerd, terwijl deze wel in de premies die zij verzekeringnemers vragen, verdisconteerd zullen zijn.

Wettelijk is niet uitgesloten dat een zorgverzekeraar zijn nominale premie op een bedrag lager dan de de nominale rekenpremie vaststelt, maar in dat geval zal sprake zijn van het interen op vermogen. De verzekeraar kan tot zo'n zeer lage nominale premie besluiten om verzekerden te trekken en daarmee met andere zorgverzekeraars te concurreren. In het – overigens onwaarschijnlijke – geval dat een zorgverzekeraar uit de compensatie voor wanbetalers een voordeel haalt, is dat voordeel volledig toe te rekenen aan het inzetten van vermogen, en als zodanig aan te merken als redelijke winst en niet als overcompensatie. Zou de compensatie voor het verzekerd houden van structurele wanbetalers met het oog op het staatssteunaspect per zorgverzekeraar worden vastgesteld, en wel zodanig dat deze altijd onder de door de verzekeraar gevraagde nominale premie uit zou komen, dan zou dat juist het tegengestelde effect hebben van wat met het verbod van staatssteun wordt beoogd: de concurrentie tussen verzekeraars zou er door worden belemmerd.

Ten tweede zal ook daarom niet snel sprake zijn van overcompensatie – ook niet in het geval van de hierboven bedoelde, hypothetische zorgverzekeraar die om concurrentiereden zijn nominale premie beneden de rekenpremie houdt – omdat de verzekeraars daarnaast altijd nog zes maandpremies, de wettelijke rente daarop en de incassokosten daarvoor zullen missen alsmede bedragen aan eigen risico, de wettelijke rente daar weer op en de incassokosten daarvoor. Gezien de groep waar het hier om gaat, kan namelijk verwacht worden dat ook onder het eigen risico vallende bedragen niet gemakkelijk voldaan zullen worden. Ten opzichte van een louter privaatrechtelijke verzekeringssituatie, waarin een verzekeraar als al de eerste maandpremie niet wordt betaald meestal aanneemt dat de verzekering in het geheel niet tot stand is gekomen, en na wanbetaling van een tweede of verdere vervolgpremie de dekking schorst en daarna royeert, zal een verzekeraar dus extra risico lopen over ten minste vijf maanden, inclusief eventueel in die periode niet betaalde eigen betalingen, rente en incassokosten, die bij een louter privaatrechtelijke verzekering niet gemaakt zouden zijn.

Overigens is de hoogte van de bijdrage die de zorgverzekeraars na inwerking-treding van voorliggend wetsvoorstel voor het verzekerd houden van structurele wanbetalers zullen ontvangen, nog voorwerp van overleg met de verzekeraars. Niet uitgesloten is dat de bijdrage hoger zal worden dan de nominale rekenpremie. Uiteraard zal er in de discussie rekening mee worden gehouden, dat het bedrag in ieder geval niet zo hoog kan worden, dat sprake zou kunnen zijn van overcompensatie.

Wordt de hier bedoelde bijdrage afgezet tegen de risicovereveningsbijdragen die de zorgverzekeraar jaarlijks ontvangt, dan gaat het slechts om een gering bedrag, omdat het betrekking heeft op een klein aantal verzekerden (gemiddeld 1,9% in 2007). Aangezien het vereveningssysteem elk jaar wel op een paar ondergeschikte punten wordt gewijzigd en het ondoelmatig zou zijn, om het gehele systeem ieder jaar voor een toetsing aan het verbod van staatssteun te melden, is met het directoraat-generaal Mededinging van de Europese Commissie afgesproken het risicovereveningssysteem eens in de vijf jaar opnieuw aan te melden. Ook de onderhavige bijdrage is vanuit het perspectief van staatssteun ondergeschikt. Het zal bij de volgende melding worden meegenomen.

Ten slotte wordt nog opgemerkt dat, anders dan de Raad kennelijk meent, het hebben verricht van voldoende incasso-inspanningen wel degelijk een voorwaarde zal vormen voor het recht op de bijdrage. Dit is nu in artikel 34a, tweede lid, onderdelen a en b, Zvw geëxpliciteerd.

#### *4. Bestuursrechtelijke premie*

*Blijkens de toelichting dient de bestuursrechtelijke premie op een zo hoog bedrag te worden vastgesteld dat het voor de verzekeringnemer te allen tijde aantrekkelijk blijft buiten het bestuursrechtelijke premieregime te blijven. Om die reden is de vervangende premie hoger gesteld dan de nominale premie bij de duurste zorgverzekeraar, en bepaald op 130% van de standaardpremie, bedoeld in de Wet op de zorgtoeslag (Wtz).<sup>1</sup> Bij het bepalen van het percentage is volgens de toelichting aangesloten bij het boetepercentage dat geldt als iemand zich te laat verzekert dan wel zich te laat als verdragsgerechtigde meldt.<sup>2</sup> Het feit dat voor de bestuursrechtelijke premie een zelfde percentage is gekozen als voor de boete, laat onverlet dat de bestuursrechtelijke premie geen boete is, aldus de toelichting.<sup>3</sup> De Raad merkt het volgende op.*

*a. Voor zover de bestuursrechtelijke premie overeenkomt met de standaardpremie, kan worden gesteld dat dit bedrag als redelijk wordt ervaren, gelet op de daartegenover staande te verlenen zorg. Het percentage van 30% dat daarbovenuit gaat, is bedoeld om de verzekerde te prikkelen zijn nominale premie aan de zorgverzekeraar te voldoen en blijft van toepassing totdat de wanbetaler alle schulden uit de verzekeringsovereenkomst heeft afgelost. Er is derhalve sprake van een negatieve financiële prikkel om te bewerkstelligen dat de verzekerde van een bepaald gedrag afziet. De mogelijkheid om bij de bestuursrechter op te komen tegen de beschikking tot heffing en inning van de bestuursrechtelijke premie is in artikel III van het voorstel uitgesloten, voor zover het de verschuldigdheid dan wel de hoogte*

<sup>1</sup> De standaardpremie is het bedrag dat de overheid een redelijk bedrag voor een zorgverzekering vindt (artikel 4 Wzt).

<sup>2</sup> Artikel 96 Zvw, respectievelijk artikel 69 Zvw; zie toelichting op artikel 18a, vierde lid.

<sup>3</sup> Paragraaf 4.2, onderdeel c en de toelichting op artikel 18a, vierde lid.

daarvan betreft. Volgens de toelichting staan de verzekeringnemer voldoende civielrechtelijke mogelijkheden open om op te komen tegen een (voornemen tot) melding van zijn zorgverzekeraar en is het voor het CVZ niet mogelijk steeds na te gaan of iemand terecht gemeld is.

De Raad merkt op dat, voor zover sprake is van een geschil over «civil rights en obligations», de mogelijkheden die de verzekeringnemer ten dienste staan om een melding aan te vechten, dienen te voldoen aan het vereiste van een eerlijk proces voor een onafhankelijke en onpartijdige rechter (artikel 6 EVRM). Dit klemmt temeer, nu volgens het voorstel geen beroep open staat tegen de premiebeschikking, die het rechtstreeks gevolg is van de melding en bovendien tot een verzwaarde premielast leidt. Uit de toelichting blijkt niet dat een toetsing aan artikel 6 EVRM heeft plaatsgevonden bij de bepaling van het standpunt dat de civielrechtelijke mogelijkheden toereikend zijn.

De Raad adviseert de toelichting op dit punt aan te vullen en het voorstel zonedig aan te passen.

b. Ingevolge artikel 18a, vijfde lid, onderdeel a, blijft de plicht om de bestuursrechtelijke premie te betalen bestaan, zolang niet alle schulden uit de zorgverzekering zijn afgelost. Blijkens de toelichting gaat het daarbij om premieschulden die voorafgaande aan de ingang van het bestuursrechtelijke regime waren ontstaan en verder om schulden ten aanzien van de wettelijke rente, door de verzekeraar gemaakte incassokosten op de premieschuld of schulden wegens het niet voldoen van eigen betalingen (waaronder het verplicht en vrijwillig eigen risico).<sup>1</sup> Aanvullende verzekeringen blijven buiten beschouwing. Dit betekent dat het tarief van 130% van de standaardpremie wordt geheven en geïnd in relatie tot schulden die vóór het tijdstip van in werking treden van het wetsvoorstel reeds bestonden. Volgens de toelichting hebben sommigen vanaf 1 januari 2006 niet betaald. Voor deze groep met oude schulden wordt het door toepassing van de bestuursrechtelijke premie moeilijker schoon schip te maken. Volgens de toelichting zou het evenwel niet eerlijk zijn de schuld bij deze groep wanbetalers kwijt te schelden (tot bijvoorbeeld ten hoogste zes maanden premieachterstand).

De Raad merkt op dat deze oude wanbetalers, op het moment dat de schulden zijn ontstaan, niet konden weten dat zij geconfronteerd zouden worden met de 30% hogere bestuursrechtelijke premie. De Raad adviseert dan ook de mogelijkheid tot het opleggen van de bestuursrechtelijke premie te beperken tot schulden die zijn ontstaan na inwerkingtreding van het wetsvoorstel. In die opvatting zouden oude schulden nog onder het oude regime vallen en de inning ervan voor risico en rekening van de verzekeraars komen.

De Raad adviseert het voorstel aan te passen.

#### 4. Bestuursrechtelijke premie

##### a. Toetsing aan artikel 6 EVRM

Net als de regering, ziet de Raad de bestuursrechtelijke premie ter hoogte van 130% van de standaardpremie als een negatieve financiële prikkel, die erop is gericht te bewerkstelligen dat verzekeringnemers hun premieverplichtingen jegens hun zorgverzekeraar nakomen. Eerder is aangegeven dat de regering het van groot belang acht dat de burgers, daartoe ook in staat gesteld door de maatregelen die bij de invoering van de Zvw zijn getroffen in relatie tot de betaalbaarheid van die premie, uit hun inkomen in elk geval de premies voor hun zorgverzekering voldoen en daardoor ook verzekerd zijn van de nodige zorg als zij daaraan behoefte krijgen.

De Raad benadrukt dat, voor zover sprake is van een geschil over «civil rights and obligations», de mogelijkheden voor de verzekeringnemer om een melding aan te vechten, dienen te voldoen aan het vereiste van een eerlijk proces voor een onafhankelijke en onpartijdige rechter. De Raad merkt op dat uit de toelichting niet blijkt of een toetsing aan artikel 6 van het EVRM heeft plaatsgevonden bij de bepaling van het standpunt dat de civielrechtelijke mogelijkheden toereikend zijn.

Naar mijn mening kan de voorgestelde, civielrechtelijke rechtsbescherming tegen de aanmelding voor het bestuursrechtelijke regime (met als gevolg dat de hogere, bestuursrechtelijke premie verschuldigd wordt) een toets aan artikel 6 EVRM uitstekend doorstaan. Voordat een zorgverzekeraar een dergelijke aanmelding doet, wordt de verzekeringnemer en, indien de

<sup>1</sup> Toelichting op artikel 18a, vijfde lid.

verzekerde een ander is dan de verzekeringnemer, ook de verzekerde, er op grond van de voorgestelde wetswijziging tweemaal van op de hoogte gesteld dat de verzekeraar ten aanzien van de zorgverzekering een premie-achterstand heeft geconstateerd (dit overigens nog afgezien van de incasso-inspanningen die de zorgverzekeraar verder verricht). Allereerst ontvangt de verzekeringnemer ingevolge het voorgestelde artikel 18a Zvw na twee maanden premie-achterstand een aanbod voor een betalingsregeling, waarbij tevens wordt aangegeven wat het gevolg zal zijn als dat aanbod niet wordt geaccepteerd (te weten in ieder geval aanmelding voor het bestuursrechtelijke regiem en daarmee het van toepassing worden van de hogere, bestuursrechtelijke premie nadat de schuld de hoogte van zes maandpremies zal hebben bereikt). Gaat hij niet op het aanbod in en gaat hij ook niet op andere wijze zijn premie alsnog betalen, dan krijgt hij nadat de premieschuld tot een bedrag van vier maandpremies is opgelopen, de waarschuwing dat hij voor het bestuursrechtelijke regiem zal worden aangemeld tenzij (a) hij alsnog gaat betalen of (b) hij zijn zorgverzekeraar binnen vier weken laat weten van mening te zijn helemaal geen wanbetaler te zijn dan wel een premieschuld te hebben van minder dan vier maandpremies (art. 18b Zvw). In geval (b) zal de zorgverzekeraar een heronderzoek doen. Komt daaruit dat volgens de zorgverzekeraar toch echt sprake is van een premieschuld van vier maandpremies, dan zal hij dat aan de verzekeringnemer en, indien dit een ander is, ook aan de verzekerde melden, waarna deze(n) vier weken hebben om hierover – naar eigen keuze – een geschil aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) of de burgerlijke rechter voor te leggen. Zolang de resultaten van een tijdig aangevraagd heronderzoek niet bekend zijn, de termijn om een zaak aan de SKGZ of de civiele rechter voor te leggen nog niet verlopen is, of de SKGZ dan wel civiele rechter nog geen onherroepelijke uitspraak heeft gedaan, mag de zorgverzekeraar een zorgverzekering niet voor het bestuursrechtelijke regiem aanmelden (art. 18c, tweede lid, Zvw). De verzekeringnemer en, indien dit een ander is, de verzekerde hebben aldus ruim de mogelijkheid om te voorkomen dat het bestuursrechtelijke regiem van toepassing wordt (door de premie te gaan betalen) dan wel om volgens hen bestaande fouten in de premieregistratie bij de verzekeraar aan te vechten (opgemerkt wordt overigens dat dit ook al naar aanleiding van het betalingsaanbod kan; bij de vierdemaandwaarschuwing dient de verzekeraar echter expliciet op deze mogelijkheid te wijzen). Tijdige betwisting betekent dat het bestuursrechtelijke regiem niet ingaat zolang er geen onherroepelijk oordeel is geveld. Onderdeel van de aanmelding voor het bestuursrechtelijke regiem vormt bovendien een verklaring van de zorgverzekeraar, inhoudende dat hij de verzekeringnemer (en indien dit een ander is, ook de verzekerde) de vierdemaandwaarschuwing heeft gegeven en dat de termijnen om daartegen op te komen zijn verstreken (dan wel dat de SKGZ of de civiele rechter onherroepelijk in het nadeel van de verzekeringnemer heeft beslist; zie artikel 18c, derde lid, Zvw). Ontbreekt die verklaring, dan is geen sprake van een melding in de zin van art. 18d, eerste lid, en kan het bestuursrechtelijke regiem niet ingaan. Naar mijn mening is de (civielrechtelijke) rechtsbescherming tegen onterechte aanmelding voor het bestuursrechtelijke regiem aldus afdoende geregeld. De memorie van toelichting is in lijn met het voorgaande uitgebreid.

#### b. Bestaande gevallen van wanbetalen

De Raad wijst er op dat «oude» wanbetalers, die voor de inwerkingtreding van het wetsvoorstel reeds een premieschuld hadden, niet hebben kunnen voorzien dat zij geconfronteerd zouden worden met een hogere bestuursrechtelijke premie en adviseert daarom de werking van het wetsvoorstel te beperken tot schulden die zijn ontstaan na inwerkingtreding van het wetsvoorstel.

De opmerkingen van de Raad hebben aanleiding gegeven het wetsvoorstel zodanig aan te passen dat de voorprocedure bij aanmelding voor het bestuursrechtelijke premierégiem nu in de wet is opgenomen. Ook voor het aanmelden van de wanbetalers die op het moment van inwerkingtreding van de wet al een premie-achterstand ter hoogte van zes of meer maandpremies hebben, moet de voorprocedure conform de artikelen 18a en 18b Zvw worden gevolgd, al dienen de verzekeraars na inwerkingtreding het aanbod, bedoeld in artikel 18a, aan hen binnen tien werkdagen na inwerkingtreding van de wet (in plaats van na twee maanden na inwerkingtreding van de wet) te doen. Aldus hebben wanbetalers die op de dag van inwerkingtreding van voorliggend

wetsvoorstel een premie-achterstand ter hoogte van zes of meer maandpremie's hebben, nog enkele maanden te tijd om zich in te stellen op de bestuursrechtelijke premie of, wat uiteraard te prefereren is, alsnog op het aanbod, bedoeld in artikel 18a Zvw in te gaan. Daarbij moet worden bedacht betrokkenen door de voorlichting die de komende periode zal worden gegeven omtrent het nieuwe wettelijke regiem ook tevoren nog voldoende tijd hebben om hun schuld te delgen dan wel tot een schuldhulp- of schuldsaneringsregeling te komen en daarmee de facto buiten het systeem van bestuursrechtelijke premie te blijven.

##### *5. Bevoorrechtting vorderingen CVZ*

*Op grond van artikel 18b, zesde lid, krijgt de vordering van het CVZ een voorrecht op alle goederen van de wanbetaler, welk voorrecht onmiddellijk na het voorrecht, bedoeld in artikel 21 van de Invorderingswet, uitgeoefend kan worden. Volgens de toelichting volgt de hoge rang van het voorrecht van CVZ uit het feit dat de zorgverzekering een sociale verzekering is die behoort tot de Nederlandse sociale zekerheid.*

*De Raad merkt op dat bevoorrechtting van vorderingen de gelijkheid van crediteuren doorbreekt (paritas creditorum). De fiscus heeft van oudsher een bevoorrechte positie voor belastingschulden. Gemeenten hebben een bevoorrechte positie ten aanzien van vorderingen op grond van onder meer de Wet werk en bijstand. Nu wordt een algemene preferentie voor de vorderingen van het CVZ voorgesteld. Voortdurende uitbreiding van de bevoorrechtting van vorderingen leidt tot uitholling van het uitgangspunt van gelijkheid van crediteuren. Daarom dient terughoudend te worden omgegaan met het in het leven roepen van nieuwe preferente vorderingen en steeds zorgvuldig te worden afgewogen of het belang van de te bevoorrechtten crediteur moet opwegen tegen de verslechtering van de positie van de overige crediteuren. Gelet hierop acht de Raad de motivering voor de bevoorrechtting in de toelichting onvoldoende. Het gegeven dat de vorderingen van de belastingdienst en die van de gemeenten op grond van de Wet werk en bijstand bevoorrecht zijn, is op zichzelf onvoldoende reden om ook de vorderingen van het CVZ bevoorrecht te doen zijn.*

*Ten slotte wijst de Raad op het advies van de Commissie Insolventierecht (Commissie Kortmann) die een voorontwerp voor een Insolventiewet heeft voorbereid. Daarin is het gehele stelsel van voorrechten opnieuw bezien. In dit licht adviseert de Raad om niet op dit moment nieuwe algemene voorrechten in het leven te roepen, maar de bevoorrechtting van vorderingen te bezien in het bredere kader van alle preferenties, aan de orde bij een nieuwe Insolventiewet.*

*Gelet op het voorgaande adviseert de Raad de bevoorrechtting nader te bezien. In aansluiting op het vorenstaande wijst de Raad ook op artikel 18, tweede lid, waarin een feitelijke voorrang wordt gecreëerd, zoals die ook geldt voor andere inhoudingen, waaronder de loonbelasting en de premies. Daarentegen kan beslag pas worden gelegd op het nettoloon, de netto-uitkering of het nettopensioen.*

*Evenals voor de hiervoor genoemde bevoorrechtting wordt deze feitelijke voorrang niet gemotiveerd.*

*De Raad adviseert op het bovenstaande in te gaan en zonodig de tekst aan te passen.*

##### *5. Bevoorrechtting vorderingen CVZ*

*De Raad wijst er terecht op dat voortdurende uitbreiding van de bevoorrechtting van vorderingen leidt tot uitholling van het uitgangspunt van gelijkheid van crediteuren. De Raad acht de motivering van de gekozen bevoorrechtting van de vorderingen van het CVZ in de toelichting onvoldoende. De opmerking van de Raad heeft geen aanleiding gevormd om terug te komen op de voorgestelde bevoorrechtting. Zoals in de toelichting reeds was aangegeven, berust de keuze op bevoorrechtting van de vordering van het CVZ op de overweging dat de zorgverzekering een sociale verzekering is. Anders dan de Raad acht de regering de overwegingen die gelden voor het voorrangrecht voor de andere sociale verzekeringen en voor het voorrecht inzake de inkomensafhankelijke bijdrage voor de Zvw, evenzeer toepasselijk voor de invordering door het bestuursorgaan CVZ van de bestuursrechtelijke premie. Wel is de toelichting in verband met de opmerking van de Raad nog enigszins*



aangepast. Daarbij is ook tot uitdrukking gebracht dat in het kader van een nieuwe Insolventiewet uiteraard ook dit voorrecht kan worden heroverwogen.

Anders dan de Raad meent, wordt voorts wel degelijk gemotiveerd waarom de inhouding van de bestuursrechtelijke premie voorgaat op andere inhoudingen. In dat verband zij verwezen naar de toelichting op het voorgenomen artikel 18e, derde lid, Zvw.

#### *6. Persoonsgegevens*

*Ingevolge artikel 18a, eerste lid, verstrekt de zorgverzekeraar de voor de uitvoering van dat artikel noodzakelijke persoonsgegevens van de verzekeringnemer en de verzekerde aan het CVZ indien sprake is van een premieschuld van zes maanden of meer.*

*Het College bescherming persoonsgegevens (CBP) heeft er in zijn advies op gewezen dat de aanduiding «noodzakelijke persoonsgegevens» dermate ruim is dat op basis daarvan tevens bijzondere persoonsgegevens, als bedoeld in artikel 16 van de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp), kunnen worden verstrekt.<sup>1</sup> Het CBP adviseert daarom de aanduiding «noodzakelijke persoonsgegevens» te specificeren, zodat hieromtrent geen onduidelijkheid kan bestaan. Blijkens de toelichting is de regering van oordeel dat nadere invulling van artikel 18a, eerste lid, overbodig is, omdat dit artikel niet kan dienen als grondslag voor verstrekking van persoonsgegevens buiten het kader van het garanderen van de juistheid van de persoon waarop zij betrekking hebben. De Raad is van oordeel dat het aangewezen is op dit punt in de wet duidelijkheid te bieden en in ieder geval op te nemen dat het bij de bedoelde «noodzakelijke persoonsgegevens» niet kan gaan om bijzondere persoonsgegevens als bedoeld in artikel 16 Wbp.*

*De Raad adviseert artikel 18a, eerste lid, in deze zin aan te passen.*

#### *6. Persoonsgegevens*

Aan het advies van de Raad om in artikel 18a, eerste lid, (inmiddels: artikel 18c, eerste lid) Zvw te expliciteren dat onder de noodzakelijke persoonsgegevens in elk geval geen bijzondere persoonsgegevens als bedoeld in artikel 16 van de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) zijn begrepen, is geen gevolg gegeven. Uit het feit dat de te verstrekken gegevens noodzakelijk moeten zijn voor het in artikel 18c, eerste lid, weergegeven doel, volgt al zonder meer dat de te verstrekken gegevens geen bijzondere gegevens in de zin van artikel 16 Wbp mogen zijn. Verstrekken de zorgverzekeraars in het kader van de in artikel 18c, eerste lid, Zvw bedoelde melding bijzondere persoonsgegevens, dan kunnen de bevoegde toezichthouders, te weten de Nederlandse zorgautoriteit en het College bescherming persoonsgegevens, optreden. Toevoegen van de door de Raad voorgestelde zinsnede is derhalve niet nodig en kan (a contrario) leiden tot de vraag of ook in andere wetsartikelen waarin wordt geregeld dat die persoonsgegevens mogen worden verwerkt, die noodzakelijk zijn voor het bereiken van een bepaald doel, aangegeven moet worden welke gegevens het in ieder geval (niet) betreft. Dat zou leiden tot onnodig gedetailleerde wetgeving.

#### *7. Delegatie*

*a. Artikel 18b, tweede lid, biedt de mogelijkheid in opdracht van het CVZ de bestuursrechtelijke premie te laten inhouden door bij ministeriële regeling aan te wijzen personen op bij de regeling aan te wijzen inkomsten van de verzekeringnemer.*

*De toelichting maakt melding van de afdracht van het loon (door werkgevers), een uitkering ingevolge de sociale zekerheid (door uitkeringsinstanties) en een aanvullend pensioen (door het pensioenfonds). Omdat nog onderzocht zal worden of er ook nog andere gevallen zijn waarin aan derden opgedragen kan worden de premie in te houden op de aan de verzekeringnemer uit te keren inkomsten en omdat de regelgeving op het terrein van de fiscale wetgeving en sociale verzekeringen regelmatig aan wijziging onderhevig is, zullen de inkomensbestanddelen bij ministeriële regeling worden aangewezen.*

*De Raad merkt hierover het volgende op.*

*Ministeriële regelingen dienen te worden beperkt tot voorschriften van administratieve aard, uitwerking van details van een regeling, voorschriften die vaak moeten worden gewijzigd of die met grote spoed moeten worden*

---

<sup>1</sup> Advies van 14 maart 2008, kenmerk z2007-01538, blz. 4.

vastgesteld.<sup>1</sup> De Raad is van oordeel dat deze situaties in het voorstel niet aan de orde zijn.

Voor zover de inhoudingen betrekking zullen hebben op het loon, de uitkering ingevolge de sociale zekerheid dan wel het aanvullend pensioen, kunnen deze als zodanig worden aangeduid in de wet.<sup>2</sup>

Voorts is de delegatiebepaling dermate ruim geformuleerd dat de minister de vrijheid heeft personen en inkomsten van de verzekeringnemer aan te wijzen zonder dat deze enigermate zijn begrensd. Deze keuze heeft ook gevolgen voor het verstrekken van persoonsgegevens. Ingevolge artikel 88, eerste lid, Zvw kan het CVZ de beschikking krijgen over de benodigde persoonsgegevens, maar deze kunnen alleen worden uitgewisseld in zoverre de artikelen 86 en 89 Zvw daartoe de ruimte bieden. Instanties en natuurlijke personen die geen vermelding hebben gevonden in deze artikelen, zijn niet bevoegd persoonsgegevens aan elkaar te verstrekken. Aangezien artikel 18, tweede lid, onderdeel a, van het wetsvoorstel geen beperking op dit punt bevat, is niet uit te sluiten dat niet voldaan wordt aan met name het vereiste van voldoende specificiteit dat de Wbp stelt.

De Raad adviseert de mogelijkheid tot delegatie nader te bezien.

b. Voordat een zorgverzekeraar een verzekeringnemer mag aanmelden bij het CVZ moet hij hem in de gelegenheid stellen het bestaan of de hoogte van de premieschuld te betwisten. De verzekeringnemer zal, zo kan verwacht worden, veelal een verzoek indienen bij de zorgverzekeraar om zijn beslissing te heroverwegen. Blijft de zorgverzekeraar bij zijn standpunt, dan kan de verzekeringnemer zijn zaak voorleggen aan een geschillencommissie of de burgerlijke rechter (artikel 18a, tweede lid).

Indien de verzekeringnemer berust in een voor hem negatief uitgevallen heroverweging, geldt dat standpunt van de zorgverzekeraar als het onherroepelijk standpunt en kan melding aan het CVZ plaatsvinden. De termijn waarbinnen de verzekeringnemer zijn zaak bij de geschillencommissie dan wel de burgerlijke rechter moet hebben aangemeld, is niet in artikel 18a opgenomen, maar zal op grond van artikel 18c, vierde lid, bij ministeriële regeling worden bepaald. Hierover moet nog overleg plaatsvinden met Zorgverzekeraars Nederland.<sup>3</sup> Gelet op het feit dat voorschriften betreffende de rechtsbescherming zoveel mogelijk in de wet moeten worden opgenomen en nu hier geen sprake is van een detailvoorschrift, adviseert de Raad de hier bedoelde termijn op te nemen in de wet, waarbij gedacht kan worden aan artikel 18a.

## 7. Delegatie

### a. Aanwijzing groepen afdrachtplichtigen

Naar aanleiding van de opmerkingen van de Raad is artikel 18b, tweede lid, (inmiddels: artikel 18e, tweede lid) Zvw gewijzigd zodanig, dat de bronhouders die gehouden zullen zijn de bestuursrechtelijke premie op verzoek van het CVZ op het inkomen van de verzekeringnemer in te houden, op wetsniveau zijn aangewezen. Het gaat hierbij om de inhoudingsplichtigen als bedoeld in artikel 1 Zvw, dat wil in de praktijk vooral zeggen: werkgevers, pensioenfondsen en uitkeringsinstanties. Ook het inkomen waarop kan worden ingehouden, is nu bij wet geregeld: het gaat om loon in de zin van de Wet op de loonbelasting 1964. Ook hier geldt dat het in de praktijk vooral zal gaan om loon, aanvullende pensioenen en socialeverzekeringuitkeringen.

Artikel 18e, tweede lid, Zvw kan niet worden uitgevoerd als het CVZ bij zijn opdracht niet mag melden op wiens loon, pensioen of uitkering de bestuursrechtelijke premie moet worden ingehouden of als de werkgever, het pensioenfonds of de uitkeringsinstantie bij de afdracht daarvan niet aan het CVZ mogen aangeven voor wie wordt afgedragen. De bevoegdheid om de voor de uitvoering van dit artikellid noodzakelijk persoonsgegevens te verwerken, vloeit derhalve al onlosmakelijk uit dat lid voort. Het is niet nodig dat ook de artikelen 88 of 89 Zvw hier nog een expliciete grondslag voor bieden. Laatstgenoemde bepalingen hebben meer het karakter van vangnetbepalingen in die zin, dat zij regelen wat is toegestaan in gevallen waarin niet al uit de tekst van (eerdere) Zvw-bepalingen zelf zonneklaar is dat bepaalde persoonsgegevens, willen de bepalingen uitgevoerd kunnen worden, moeten worden verwerkt.

<sup>1</sup> Aanwijzing 26 van de Aanwijzingen voor de regelgeving.

<sup>2</sup> Vergelijk artikel 69, zevende lid, Zvw: Bij ministeriële regeling kan worden bepaald dat organen die pensioen of rente verschuldigd zijn in opdracht van het College zorgverzekeringen werkzaamheden verrichten ter voorbereiding of uitvoering van beschikkingen als bedoeld in het vierde lid, waarbij kan worden bepaald dat die organen de bijdragen, bedoeld in het tweede lid, op het pensioen of de rente inhouden en aan het Zorgverzekeringsfonds afdragen (kamerstukken II 2007/08, 31 377, nr. 2, blz. 1).

<sup>3</sup> Toelichting op artikel 18c, vierde lid, in relatie met de toelichting op artikel 18a, tweede en derde lid, laatste alinea.

b. Termijn onherroepelijk worden premieschuld  
Gevolg is gegeven aan het advies van de Raad om de termijn waarbinnen een verzekeringnemer zijn zaak bij de geschillencommissie dan wel de rechter aanhangig moet maken om te voorkomen dat de zorgverzekeraar ervan mag uitgaan dat hij berust in de voorgenomen melding, op te nemen in artikel 18a (inmiddels: artikel 18b) Zvw. Een en ander heeft geleid tot een geheel gewijzigde formulering van het tweede lid.

#### 8. Uitvoeringslasten

a. *In paragraaf 5 van de toelichting heeft het CVZ wat betreft de uitvoering een voorbehoud gemaakt voor zover het betreft de mogelijkheden voor ondersteuning van de ketenpartners Belastingdienst en Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen. Het CVZ zal na overleg met hen hierover uitsluitend gegeven. De uitkomst van dit overleg is niet in de toelichting opgenomen. Omdat het tijdstip van inwerkingtreding van het wetsvoorstel mede bepaald wordt door het moment waarop met name de Belastingdienst beschikt over de benodigde programmatuur, verdient het aanbeveling in de toelichting hierop nader in te gaan.*

*Voorts dient ook ingegaan te worden op de taakverzwaring voor de NZA waar het betreft het toezicht op de rechtmatige uitvoering door de zorgverzekeraars. Verder is het de Raad opgevallen dat uit de toelichting niet blijkt dat de NZA bij de voorbereiding van het wetsvoorstel is geconsulteerd.*

*De Raad adviseert in de toelichting alsnog op het bovenstaande in te gaan.*

b. *Uit het advies van de Raad voor de rechtspraak blijkt dat de invoering van het wetsvoorstel in de eerste drie jaar ongeveer 10 miljoen euro extra kosten voor de rechtspraak met zich zal brengen, in de daaropvolgende jaren gevolgd door een jaarlijkse besparing van 250 000 euro.*

*Paragraaf 6 van de toelichting vermeldt deze kosten niet, maar maakt melding van 4 miljoen euro voorbereidingskosten in 2008 en 7,2 miljoen euro uitvoeringskosten bij het CVZ.*

*In de reactie op het advies van de Raad voor de rechtspraak wordt opgemerkt dat de financiële consequenties nog onderwerp van overleg vormen tussen de financiële experts van de betrokken departementen.*

*De Raad adviseert in de toelichting een zo nauwkeurig mogelijk beeld te geven van de kosten die met het voorstel gemoeid zijn en daarbij ook de vraag te betrekken of de kosten in redelijke verhouding staan tot het doel.*

#### 8. Uitvoeringslasten

##### a. Consultaties

Aan de opmerkingen van de Raad over het uitbreiden van de toelichting met betrekking tot de gepleegde consultaties is gevolg gegeven.

##### b. Kosten van het voorstel

Aan de opmerking van de Raad omtrent het toelichten van de kosten van het voorstel en de verhouding van de kosten tot het nagestreefde doel is gevolg gegeven.

*9. Voor redactionele kanttekeningen verwijst de Raad naar de bij het advies behorende bijlage.*

#### 9. Redactionele kanttekeningen

De redactionele kanttekeningen van de Raad zijn, voor zover deze na verwerking van de overige punten van de Raad nog van toepassing waren, overgenomen.

#### 10. Overige wijzigingen

Ten opzichte van de aan de Raad voorgelegde versie, zijn voorts nog de volgende wijzigingen in het wetsvoorstel en in de memorie van toelichting aangebracht:

- De termijnen waarbinnen een verzekeringnemer of, indien dat een ander is, een verzekerde moet opkomen tegen het hem gemelde voornemen van een verzekeraar, zijn zorgverzekering voor het bestuursrechtelijke regiem aan te melden, zijn verkort van zes naar vier weken. Aanleiding daarvoor is

de wens tot harmonisatie met de termijn voor acceptatie van het – naar aanleiding van het advies van de Raad in de wet opgenomen – aanbod van een betalingsregeling (art. 18a zvw), welke, om te voorkomen dat (acceptatie van) het aanbod van de betalingsregeling en de vierdemaand-mededeling van artikel 18b Zvw in de tijd overlappen, niet langer kan zijn dan vier weken.

- Voorgesteld wordt aan de Zvw een nieuw artikel (34a) toe te voegen, dat de basis bevat voor het kunnen verstrekken van bijdragen aan verzekeraars die zorgverzekeringen ten aanzien waarvan een premie-achterstand van zes maanden is ontstaan, zonder beperkingen in de dekking in stand houden. Een en ander is op dit moment bij en krachtens het Besluit zorgverzekering geregeld. Nu voorliggend wetsvoorstel structurele maatregelen bevat om wanbetaling aan te pakken, ligt het in de rede voor deze bijdrage een basis in de formele wet op te nemen.
- Naar aanleiding van het advies van de Raad voor de Rechtspraak zijn enkele wijzigingen in de artikelen III en IV toegevoegd.
- Er is een artikel X toegevoegd op grond waarvan het CVZ tijdelijk twaalf weken krijgt om op bezwaarschriften inzake de inning van de bestuursrechtelijke premie of het kwijtschelden van schulden nadat het bestuursrechtelijke regiem beëindigd zal zijn, te beslissen.

*De Raad van State heeft bezwaar tegen de inhoud van het voorstel van wet en geeft U in overweging dit niet aldus te zenden aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal.*

*De waarnemend Vice-President van de Raad van State,  
P. van Dijk*

Ik moge U verzoeken het hierbij gevoegde gewijzigde voorstel van wet en de gewijzigde memorie van toelichting aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal te zenden.

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

**Bijlage bij het advies van de Raad van State betreffende  
no. W13.08.0172/I met redactionele kanttekeningen die de Raad in  
overweging geeft.**

- In artikel 18a, tweede lid, van de Zorgverzekeringswet (Zvw) na «termijn van zes weken» invoegen: na het ontvangen van de mededeling; daarnaast verduidelijken dat de termijn van zes weken uitsluitend betrekking heeft op de heroverweging door de zorgverzekeraar.
- In aansluiting op het gebruik van het woord «personen» in de Zvw in artikel 18b, tweede lid, onderdeel a, «aan te wijzen personen» wijzigen in «aan te wijzen natuurlijke en rechtspersonen» (verwezen zij naar de artikelen 1, onderdeel c, en 4, eerste tot en met derde lid, Zvw).
- In artikel 18c, vierde lid, Zvw «commissie» wijzigen in «instantie» (in aansluiting op artikel 18a, tweede lid).
- In artikel 1, eerste lid, onderdeel f (nieuw), van de Wet op de zorgtoeslag aanwijzing 82 van de Aanwijzingen voor de regelgeving in acht nemen.
- Het slotformulier hoeft slechts eenmaal te worden opgenomen.

Vergaderjaar 2008–2009

**31 736**

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

**Nr. 5**

### **VERSLAG**

Vastgesteld 28 november 2008

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport<sup>1</sup>, belast met het voorbereidend onderzoek van voorliggend wetsvoorstel, heeft de eer als volgt verslag uit te brengen van haar bevindingen.

Onder het voorbehoud dat de in het verslag opgenomen vragen en opmerkingen afdoende door de regering worden beantwoord acht de commissie de openbare behandeling van het wetsvoorstel voldoende voorbereid.

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
Smeets

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
Teunissen

<sup>1</sup> Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Kant (SP), Snijder-Hazelhoff (VVD), Ferrier (CDA), ondervoorzitter, Joldersma (CDA), De Vries (CDA), Smeets (PvdA), voorzitter, Van Miltenburg (VVD), Schippers (VVD), Smilde (CDA), Koşer Kaya (D66), Willemse-van der Ploeg (CDA), Van der Veen (PvdA), Schermers (CDA), Van Gerven (SP), Wolbert (PvdA), Heerts (PvdA), Zijlstra (VVD), Ouwehand (PvdD), Agema (PVV), Leijten (SP), Bouwmeester (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink (CU), Sap (GL) en Vacature (SP).

Plv. leden: Van der Staaij (SGP), Van Velzen (SP), Neppéus (VVD), Atsma (CDA), Aasted-Madsen-van Stiphout (CDA), Ormel (CDA), Van Dijken (PvdA), Verdonk (Verdonk), Dezentjé Hamming-Bluemink (VVD), Vietsch (CDA), Van der Ham (D66), Uitslag (CDA), Gill'ard (PvdA), Omtzigt (CDA), Langkamp (SP), Vermeij (PvdA), Arib (PvdA), Kamp (VVD), Thieme (PvdD), Bosma (PVV), Luijben (SP), Tichelaar (PvdA), Ortega-Martijn (CU), Halsema (GL) en De Wit (SP).

<b>Inhoudsopgave</b>	<b>Blz.</b>
<b>ALGEMEEN</b>	<b>2</b>
Inleiding	2
De inhoud van het wetsvoorstel	3
Inning/incasso	8
<b>Rechtsbescherming</b>	<b>9</b>
Consultatie en advies	9
Administratieve lasten	10
<b>ARTIKELSGEWIJS</b>	<b>11</b>

## **ALGEMEEN**

### **Inleiding**

De leden van de **CDA**-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van het wetsvoorstel. Zij betreuren de noodzaak tot indiening van een wetsvoorstel dat beoogt een ingrijpend systeem in te voeren om wanbetalers tot premiebetaling te dwingen. Zij zijn het echter met de regering eens dat het noodzakelijk is voor de solidariteitsgedachte van de Zorgverzekeringswet (Zvw) dat alle verzekerden hun nominale premieverplichtingen jegens de zorgverzekeraar nakomen, temeer omdat de zorgverzekeraar op grond van het Protocol Incassotraject wanbetalers Zvw de verzekerde niet zal royeren bij premieachterstand om te voorkomen dat iemand onverzekerd raakt. Dat schept verplichtingen voor de overheid om toch in te grijpen in deze privaatrechtelijke overeenkomst, wanneer contractpartijen er niet meer uitkomen. Wel vragen ze de regering nog eens in te gaan op de vraag waarom deze problematiek bestuursrechtelijk geregeld moet worden.

De leden van de CDA-fractie hebben aandachtig de kritische opmerkingen van de Raad van State gelezen en hebben met instemming geconstateerd dat de regering hieraan grotendeels tegemoet gekomen is. Ze delen niet het standpunt van de Raad dat het wetsvoorstel niet noodzakelijk is, omdat de financiële gevolgen van achterstallige premieschulden via de gebruikelijke risicoverevening kunnen worden gecompenseerd. Zij zijn met de regering van mening dat de risicoverevening bedoeld is om extra zorgkosten te compenseren. Zij benadrukken het belang om de doelstelling van de risicoverevening eng te interpreteren, juist om problemen met het Europese recht (de Derde Schaderichtlijn) te voorkomen.

Genoemde leden vragen de regering nog in te gaan op de opmerking van de Raad van State dat de zorgverzekeraar te weinig geprikkeld zou worden tot het innen van de achterstallige premie wanneer het wetsvoorstel zou worden aangenomen. Ook willen deze leden van de regering weten of alle andere alternatieven zijn overwogen om wanbetaling tegen te gaan.

De leden van de **PvdA**-fractie hebben kennisgenomen van de voorgestelde wijziging van de Zorgverzekeringswet. Zij hebben naar aanleiding van de wijziging een aantal vragen die in de loop van het verslag aan de orde worden gesteld.

De leden van de **SP**-fractie hebben met interesse kennis genomen van het wetsvoorstel om de aanpak van wanbetalers van de zorgpremie aan te pakken.

De leden van de **VVD**-fractie steunen de inzet van de regering om wanbetalers aan te pakken en zo te voorkomen dat mensen, die wel hun premie betalen, opdraaien voor de kosten van deze groep. Een publiekrechtelijk

sluitstuk is noodzakelijk, omdat er vanuit de overheid een acceptatieplicht is opgelegd aan verzekeraars. We mogen ons echter niet neerleggen bij het te grote aantal wanbetalers, waarbij voor de VVD-fractie iedere wanbetaler er één te veel is.

De leden van de **PVV**-fractie hebben kennis genomen van het voorstel van de regering en hebben naar aanleiding daarvan enkele vragen die onderstaand zijn geformuleerd.

### **De inhoud van het wetsvoorstel**

De leden van de **CDA**-fractie lezen in de MvT dat het gaat om netto premieschuld. Is in deze nettoschuld ook begrepen de schuld van achterstand in betaling van het verplichte eigen risico en van een mogelijk vrijwillig eigen risico?

De hoogte van de bestuursrechtelijke premie wordt gesteld op 130% van de standaardpremie, bedoeld in de Wzt. De regering schrijft dat dit percentage aansluit op het boetepercentage dat geldt indien iemand zich te laat aanmeldt. De leden van de CDA-fractie vragen de regering in te gaan op de hoogte van dit percentage, temeer daar de bestuursrechtelijke premie geen boete is. Zij vinden het percentage vrij hoog. In het geval dat er niet alleen betalingsachterstand is van verzekerde zelf, maar ook van gezinsleden, gaat het om een behoorlijk bedrag. De premieschuld, zo staat in de MvT, kan beperkt blijven tot rond de € 1000 per verzekerde, in het geval van gezinsleden/medeverzekerden kan die schuld behoorlijk zijn opgelopen. Het is toch de bedoeling van de bestuursrechtelijke premie om de normale verzekeringsovereenkomst tussen verzekerde en zorgverzekeraar te herstellen? Hoe past het hoge percentage in dat streven? De verzekerde betaalt 130% bestuursrechtelijke premie en is daarnaast bezig zijn premieachterstand inclusief rente en incassokosten af te betalen. Zijn mensen die in deze situatie terecht zijn gekomen inderdaad in staat uit dit vangnet van de bestuursrechtelijke boete te komen? Kan de regering aangeven of dit realistisch is, vooral gezien de bevolkingsgroepen waarbinnen zich de wanbetalers bevinden? Wat te doen wanneer betrokkenen bijv. deelneemt aan een schuldhulpverleningstraject? Met de regering is de CDA-fractie van mening dat notoire wanbetalers moeten worden aangepakt, maar er moet wel sprake zijn van een realistisch traject om weer tot een normale verzekeringsrelatie te komen.

Welke gevolgen heeft dit wetsvoorstel voor de preferentie van de verschillende schuldeisers, zo vragen de leden van de CDA-fractie. Door dit wetsvoorstel wordt een in essentie private vordering via een bestuursrechtelijke inning preferent gemaakt aan allerlei andere vorderingen.

Al vaker hebben de leden van de CDA-fractie erop gewezen dat primair alles in het werk moet worden gesteld om onverzekerde en premieachterstanden te voorkomen. De door hen bepleite voorlichtingscampagne voor specifieke groepen maakte daarvan deel uit. Ook verwachten zij veel van de actieve opsporing van onverzekerden die vanaf ongeveer 2012 mogelijk zal zijn, wanneer de SVB beschikt over gegevens van alle AWBZ-verzekerden in ons land.

Een groot aantal gemeenten heeft een collectieve verzekering (inclusief aanvullende verzekering) afgesloten voor de bijstandsgerechtigden.

Echter, deelname hieraan is vrijwillig, evenals het automatisch inhouden van de premie en het overmaken naar de gemeente van de Zorgtoeslag.

De leden van de CDA-fractie zijn met de regering van mening dat een collectief contract daarom geen sluitende oplossing is van het wanbetalersprobleem. Gezien echter het feit dat zo'n 20% van de bijstandsgerechtigden tot de groep van wanbetalers behoort, vragen deze leden de regering of er niet meer actief kan worden bevorderd dat bijstandsgerechtigden deelnemen aan een collectieve verzekering, incl. automatisch incasso. Kan de regering aangeven op welke wijze gemeenten hun bijstandsgerechtigden hierop opmerkzaam maken? Is het niet mogelijk



om op het moment dat de signalering van 2 maanden betalingsachterstand bij het Inlichtingenbureau gemeld wordt, de wanbetaler actief te benaderen vanuit de gemeente om zich alsnog aan te sluiten? Gebeurt dat ook?

De leden van de CDA-fractie zien hier wel mogelijkheden, omdat uit de MvT blijkt dat er duidelijk sprake is van concentratie bij deelgroepen en ook van een geografische concentratie. Dat maakt actieve benadering, naar de mening van deze leden goed mogelijk.

Sinds de invoering van de Zvw is het wanbetalerprobleem onderwerp van discussie geweest i.v.m. de aantasting van de solidariteitsgedachte van de wet. De CDA-fractie heeft daarbij altijd gesteld dat royeren wegens premieachterstand moet worden vermeden. Temeer omdat het niet alleen om de verzekerde zelf alleen gaat, maar soms ook om zijn gezin. De leden van de CDA-fractie hebben dan ook altijd oog gehad voor een stevig incassoregime. Wel hebben zij steeds aangegeven dat er onderscheid moet worden gemaakt tussen de «onwilligen» en de «onmachtigen». De opmerkingen van de Raad van State daarover hebben ze dan ook met belangstelling gelezen. Zij hebben geconstateerd dat de regering in reactie daarop het voortraject aanzienlijk heeft aangepast. Kan de regering aangeven of er nu onderscheid kan worden gemaakt tussen onmachtig en onwillig? Hoe krijgt de wettelijke voorgeschreven betalingsregeling door de zorgverzekeraar na een betalingsachterstand van twee maanden vorm? Juist om onmachtigen te beschermen is het belangrijk dat deze, waarschijnlijk schriftelijke betalingsregeling in duidelijke en begrijpelijke bewoordingen is gesteld. Kan de regering aangeven of hierover ook afspraken worden gemaakt met de verzekeraars? Dit geldt vooral voor een actieve houding om mogelijkheden van hulp door derden onder de aandacht te brengen.

Als iemand door omstandigheden zijn premie niet kan betalen dan kan een zorgverzekeraar een betalingsregeling treffen. De regering geeft aan dat de gemeenten in veel gevallen hun verantwoordelijkheid nemen voor bepaalde groepen van sociale minima, waaronder dak- en thuislozen. Kan worden aangegeven wat er gebeurt als de gemeenten niet hun verantwoordelijkheid hier in nemen? Wat verstaat de regering onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten, hoe ver rekt deze verantwoordelijkheid? De leden van de fractie van de PvdA vragen of collectieve verzekeringen voor de sociale minima door alle gemeenten worden gesloten.

De leden van de **SP**-fractie hechten aan dit voorstel aangezien het hier gaat om een verplichte zorgverzekering, en voorkomen moet worden dat mensen onverzekerd rondlopen en dat de schulden torenhoog oplopen. Bovendien hoort iedereen, vanwege de solidariteit in de zorgverzekering, de zorgpremie te betalen. Deze leden zijn om die reden wel van mening dat de premieheffing zelf dan ook op solidariteit gebaseerd moet zijn, dus geheven moet worden naar draagkracht.

Wel willen de leden van de SP-fractie benadrukken dat het wetsvoorstel zeer omslachtig is. Het was gemakkelijker en gewenster geweest om de premieheffing voor de zorgverzekering via de belastingen te regelen. Op deze manier is niemand onverzekerd, loopt niemand een betalingsachterstand op en dit benadrukt de solidariteit die ten grondslag aan een zorgverzekering dient te liggen. Deze leden willen om deze reden ook graag weten wat de (bureaucratische) lasten zijn van dit wetsvoorstel. Waarom is er geen advies bij Actal ingewonnen? Daarnaast willen de leden van de SP-fractie er op aan blijven dringen dat alle zorgverzekeraars het mogelijk moeten maken de zorgtoeslag direct aan hen over te laten maken, zodat in ieder geval een deel van de zorgpremie betaald is. De Raad van State stelt dat er spanning is met het privaatrechtelijke karakter van de zorgverzekering en dit wetsvoorstel. Kan de regering

hierop ingaan? Benadrukt dit niet het belang van een publiekrechtelijke zorgverzekering?

De leden van de SP-fractie willen nogmaals benadrukken dat er onderscheid gemaakt dient te worden tussen mensen die onwillig zijn om de premie te betalen en mensen die onmachtig zijn. Zij zijn het hierover eens met het door de Raad van State geleverde commentaar. Het voorliggende wetsvoorstel heeft tot doel een prikkel voor onwillige wanbetalers in de Zorgverzekeringswet in te bouwen om de premie te betalen. De leden van de SP-fractie vragen hoe beter aangesloten kan worden bij de bestaande schuldhulpverlening. Vaak heeft de groep (onwillige) wanbetalers ook te maken met andere schulden. Kan per fase worden aangegeven op welke wijze het vinden van een oplossing met behulp van schuldhulpverlening wordt gestimuleerd? Wat zijn per fase de consequenties van succesvol inzetten van schuldhulpverlening? Waarom wordt bij de preventieve maatregelen om bronheffing te voorkomen niet meer aangesloten bij de afsluitregeling voor energiebedrijven? Daarin wordt bijvoorbeeld persoonlijk contact voorgeschreven, maar ook meer dwang uitgeoefend op de wanbetaler om zich te melden bij schuldhulpverlening.

Op welke wijze worden zorgverzekeraars verplicht of geprikkeld om achterstand van betaling zo snel mogelijk bij de wanbetalende verzekerde te melden? Welke sancties zijn er voor zorgverzekeraars indien zij zich niet aan de afspraken houden, zoals vastgelegd in dit wetsvoorstel, bijvoorbeeld wanneer zij niet binnen tien dagen na niet-betaling een aanmaning sturen? Is het een mogelijkheid, wanneer zorgverzekeraars dit nalaten, een lagere vergoeding toe te kennen?

Vanaf welk premiejaar zal dit wetsvoorstel gaan gelden? Wat zijn de feitelijke kosten van het niet betalen van de premie? Waarom is er gekozen voor 130% van de standaardpremie en is niet aangesloten bij het voorstel voor de maximumincassotarieven ter hoogte van 15%. De leden van de SP-fractie maken zich zorgen over mensen die zich qua inkomen al op of onder het sociale minimum bevinden. De 30% zal op een andere manier worden geïnd, of over een langere termijn. Kan in ieder geval voor deze groep die 30% niet kwijtgescholden worden?

Hoe zal dit wetsvoorstel uitpakken voor samenwonenden die apart de zorgpremie betalen? Wat is de situatie als zij wel gezamenlijk de zorgtoeslag ontvangen?

Bezit het College voor Zorgverzekeringen voldoende capaciteit om deze taak op zich te nemen?

Het bestuursrechtelijke regiem geldt voor alle schulden die verzekerden hebben bij de zorgverzekeraar, inclusief het vrijwillige en verplichte eigen risico. De leden van de SP-fractie nemen aan dat het hier niet gaat om de premie voor de aanvullende verzekering.

De leden van de SP-fractie vragen of dit wetsvoorstel helpt om de mensen die nu al onverzekerd zijn zich te laten verzekeren. Zij willen er op aandringen dat onverzekerden opgespoord moeten worden en dat goed gekeken moet worden waarom zij onverzekerd zijn, en hen eventueel via een eenmalig «generaal pardon» alsnog te verzekeren. De opgebouwde schuld met de 30% boete is voor veel mensen een enorme drempel om zich nu aan te melden voor een verzekering.

De leden van de **VVD**-fractie ontvangen graag antwoord op de volgende vragen.

In de MvT wordt gesteld dat circa 100 000 wanbetalers een allochtone achtergrond hebben. Dit betekent dat circa 140 000 wanbetalers een autochtone achtergrond hebben. Gezien de verhouding allochtonen – autochtonen in Nederland betekent dit dat allochtonen relatief gezien circa 5–10x zoveel wanbetaler zijn als autochtonen. Heeft de regering overwogen voor deze groep wanbetalers specifiek beleid in te zetten, omdat

hier sprake zou kunnen zijn van een trend van het ontduiken van premiebetaling?

Kan de regering voorts toelichten wat het bestuursrechtelijke premieregiem (blz. 4 MvT) exact inhoudt?

Is het CVZ voldoende toegerust voor de taken waarmee hij in het kader van deze regeling wordt belast? Hoe wordt de chaos voorkomen die in het begin bij het CVZ bestond bij de uitvoering van de taken met betrekking tot de buitenlands verzekerden? De regering geeft aan dat het CVZ extra middelen ter beschikking heeft gekregen. In hoeverre zijn deze gebaseerd op reële schattingen, en kan gegarandeerd worden dat de uitvoering vanaf het begin van de invoering vlekkeloos verloopt?

Bij invoering van de Zorgverzekeringswet is er veel aandacht geschonken aan de mogelijkheid van gemeenten om de uitkeringsgerechtigden collectief te verzekeren. Hoeveel gemeenten verzekerden hun bijstandsgerechtigden en andere uitkeringsgerechtigden collectief? Zo'n collectief afgesloten premie is zeer waarschijnlijk financieel aantrekkelijk. Kan er extra dekking worden geregeld in de aanvullende verzekering? Voorts wordt er vaak afgesproken om automatisch de premie te laten afschrijven, wat de kans op wanbetaling aanzienlijk doet afnemen.

Ziet de regering aanleiding voor een nieuwe campagne die gemeenten wijst op de voordelen van de collectieve verzekering? Zo neen, waarom niet? Heeft de regering informatie over het aantal wanbetalers bij collectieve en individuele verzekeringen?

Voor de invoering van de Zorgverzekeringswet is een aantal maatregelen genomen om het aantal onverzekerden terug te dringen c.q. de groei daarvan te voorkomen, te weten intensieve, doelgroepgerichte voorlichting, bevordering van collectieve verzekeringen voor risicogroepen, signalering van betalingsachterstanden bij bijstandsgerechtigden en subsidies aan belangenorganisaties en moeilijk bereikbare groepen. Wat is concreet het resultaat geweest van deze inspanningen? Wat heeft het concreet opgeleverd? Is er onderzoek gedaan naar de regionale spreiding van onverzekerden en wanbetalers? Zo ja, op welk abstractieniveau?

In de reactie op het advies van de Raad van State wordt gesproken over een uitgebreide analyse van redenen voor het wanbetalen. Kan deze analyse worden verschaft en wat heeft deze opgeleverd?

De leden van de **VVD**-fractie zijn voorstander van het recht op keuzevrijheid. Echter, als men niet betaalt verliest men daarmee het recht op keuzevrijheid en kan men niet weg bij de zorgverzekeraar in geval van betalingsachterstand.

De MvT geeft aan dat de systemen van de belastingdienst worden aangepast, zodat de zorgtoeslag straks kan worden omgeleid naar het CVZ. De leden van de VVD-fractie zijn het hiermee eens en vragen waarom dit niet eerder is geregeld. Het is opmerkelijk dat 2,5% van de zorgtoeslagontvangers wanbetaler is. Dit ligt hoger dan het landelijk gemiddelde. Genoemde leden hebben al eerder aangegeven het onbestaanbaar te vinden dat wanbetalers de zorgtoeslag innen, maar de premie niet betalen. Dat is dubbel klaplopen! Wanneer zijn de systemen van de belastingdienst aangepast? Is dit ingewikkeld? Worden er uitvoeringsproblemen bij de belastingdienst verwacht? Hoe worden die voorkomen? Zijn de ICT-systemen hierop toegerust?

Afgesproken is dat individuele zorgverzekeraars betalingsachterstanden van bijstandsgerechtigden aan gemeenten melden. Hierbij wordt vermeld dat deze methode al concreet resultaat heeft opgeleverd.

Wat is het concrete resultaat, en kan dat worden gekwantificeerd?

Waarop, en in welk opzicht, wordt de conclusie gebaseerd dat het intensiever/effectiever kan?

Is bekend waarom de gemeenten die geen collectief contract hebben daarvan hebben afgezien?

Met name het percentage «overige minima» dat participeert ligt laag. Kan dit worden geduid?

Over het algemeen zal zo'n collectief aanbod financieel en qua dekking aantrekkelijk zijn. Is bekend waarom relatief weinig minima zich aansluiten? Wordt daarnaar nog onderzoek gedaan?

De regering geeft een indicatie van de deelgroepen waar wanbetaling relatief veel plaats heeft. Kan een volledig overzicht worden verschaft?

Van de 240 250 wanbetalers bestaat er een harde kern van 122 250 verzekerden. Dit is een bijzonder groot aantal. Is dat al jaren stabiel? Dat wil zeggen, waren deze verzekerden in het oude systeem ook al wanbetaler? Waarom blijft deze groep zo groot? Ondervond en ondervindt deze harde kern te weinig de negatieve gevolgen van wanbetalen?

Verder wordt vermeld «incasso en dwangvordering is een duur en tijdrovend proces dat zonder preferentie ten opzichte van andere schuldeisers vaak weinig oplevert». Dat is precies de achterliggende gedachte waarom de leden van de VVD-fractie eerder in deze inbreng hebben gevraagd naar de kosten/baten van incasso door de zorgverzekeraar, want het betreft een bedrag van maximaal € 650 per persoon, van mensen waarbij het niet onwaarschijnlijk is dat zij ook andere schulden hebben. De zorg die hierachter zit is of daarmee wanbetaling niet teveel lonend is.

De leden van de VVD-fractie steunen de lijn van de regering die uitgaat van de eigen verantwoordelijkheid van de burgers, ook als zij een uitkering hebben. Deze situatie moet immers zo kort mogelijk duren, waarna mensen wederom op eigen benen komen te staan. Voorwaarden stellen ten aanzien van de betaling zien wij echter niet als het ontnemen van verantwoordelijkheid en een rangorde aanbrengen tussen het betalen van de energierekening, huur of zorgpremie is helemaal absurd, gezien de forse solidariteit die van anderen wordt gevraagd in de betaling van de zorgpremie.

Deze leden achten het onacceptabel dat er een groep mensen kan bestaan, die zich weinig aan hoeven te trekken van de incassomaatregelen van de zorgverzekeraar en op die manier een gratis zorgverzekering hebben. Blijkbaar is dit gedrag voor een bepaalde groep in de huidige situatie lonend.

In het wetsvoorstel wordt gesteld dat royement van een individuele verzekeringnemer door een individuele verzekeraar mogelijk blijft. De leden van de VVD-fractie gaan ervan uit dat dit echter pas na afbetaling van bestaande premieschulden aan de orde kan zijn.

Gesteld wordt dat de verzekeraar de verzekeringnemer bij het ontstaan van een premieschuld na twee maanden de mogelijkheid biedt medeverzekerden een nieuwe, eigen polis te laten afsluiten. Op die wijze blijft voor de oude verzekeringnemer de schuld beperkt tot de bestaande schuld en kunnen de voorheen medeverzekerden een nieuwe – schone – polis afsluiten.

Wat is hiervan de meerwaarde? Of verzekerden nu een nieuwe verzekering afsluiten met dezelfde premie en de oude verzekeringnemer hun schulden afbetaalt, of dat alles op 1 polis blijft staan? Kan de regering aangeven wat hier het – positief geachte – verschil is, omdat het hier gezinnen betreft, die één financiële huishouding voeren?

Kan de regering de leden van de VVD-fractie chronologisch het verloop van een wanbetalingsproces schetsen?

Bij overgang naar het bestuursrechtelijk regiem worden kosten van rente, incasso en kosten als gevolg van eigen betalingen niet meegenomen in de schuldberekening. De leden van de VVD-fractie zijn de mening toegedaan dat «niet betaald» «niet betaald» is. Wie betaalt deze kosten dan wel? De mensen die wel hun premie betalen? Is dat dan wel eerlijk?

Onder punt 2 op blz. 15 wordt beredeneerd dat het niet betrekken van incassokosten en kosten van eigen betalingen bij de overgang naar het bestuursrechtelijke regiem voorkomt dat de wanbetaler met hoge kosten

eerder in dat nadeliger regiem terecht komt. In de visie van deze leden heeft deze wanbetaler dat geheel aan zichzelf te danken. Mensen in dezelfde situatie die wel betalen moeten hiervoor opdraaien. Is dat wel «eerlijk»? Juist mensen met hoge zorgkosten mogen zich gelukkig prijzen met de solidariteit die door anderen voor hen wordt opgebracht. De Raad van State heeft zich in zijn advies kritisch uitgelaten over het aanwijzen van uitkeringen via ministeriële regelingen. De Raad stelt dat een ministeriële regeling hiertoe niet het geijkte middel is. Kan de minister hierop ingaan?

De leden van de **PVV**-fractie ontvangen graag antwoord op de volgende vragen.

Welk bedrag komt er op dit moment door wanbetaling en onverzekerde zijn ten laste van premiebetalende medeburgers? Met welk percentage zou de nominale premie omlaag kunnen als deze fenomenen zich niet voordeden? Verwacht de regering dat de voorgestelde aanpak van wanbetaling tot een verlaging van de nominale premie zal leiden?

Hoe hoog zijn de totale zorgkosten gemaakt door wanbetalers en onverzekerden? Worden deze kosten op hen verhaald? Zou het geen goede zaak zijn deze groepen alleen voor acute zorg in aanmerking te laten komen? Zou het niet beter zijn om voor bijstandsgerechtigden de zorgtoeslag en de resterende premie rechtstreeks aan de zorgverzekeraar te laten overmaken door de betrokken instanties?

### **Inning/incasso**

Het huidige incassoprotocol loopt af op 1 januari 2009. De leden van de **CDA**-fractie gaan ervan uit dat dit verlengd wordt tot de inwerkingtreding van de wet, maar vragen de regering in te gaan op de inhoud van de «nieuwe afspraken» met de zorgverzekeraars, waarover de MvT (blz. 18) spreekt. Behelst een nieuw protocol opnieuw een verbod tot royement wegens wanbetaling?

De bestuursrechtelijke premie wordt ingehouden op het periodieke inkomen, via werkgever of uitkerende instantie. De leden van de **CDA**-fractie stellen de volgende vragen. Kan de werkgever hiertoe worden verplicht? Welk effect heeft deze inhouding voor de administratieve lasten van de werkgever?

Vorige week heeft de staatssecretaris van Financiën in een brief aan de Tweede Kamer aangekondigd dat de invoering van het nieuwe toeslagensysteem vertraging oploopt en pas per 1 januari 2010 wordt ingevoerd. Dit heeft mogelijk ook gevolgen voor de invoering van het wetsvoorstel. Kan de regering aangeven welke gevolgen dat precies zijn?

De leden van de **VVD**-fractie stellen de volgende vragen. Is het financieel lonend voor een zorgverzekeraar om zich in te spannen voor de premieinning in de eerste 6 maanden? Kan de regering inzicht geven in de kosten/baten?

Een verzekeraar die slecht betaalgedrag van zijn werknemers accepteert of veel moet uitgeven aan een incasso prijst zichzelf uit de markt, zo stelt de regering. Dat hangt volgens deze leden helemaal af van de eerder genoemde kosten/baten van incasso.

De Raad van State is kritisch ten aanzien van de prikkels voor de zorgverzekeraars in de eerste zes maanden. De Raad stelt dat de zorgverzekeraars in feite kunnen wachten tot na de zes maanden, omdat het incassorisico dan wordt overgenomen door het CVZ. Kan de regering hierop een reactie geven?

Het incasso-protocol loopt per 1 januari 2009 af. Kan de regering aangeven wat er gebeurt met het overgangsrecht? Wat gebeurt er

concreet met wanbetalers die nu al over de zes maanden termijn zitten en nog niet het traject van artikel 5.2 e hebben doorlopen?

Er wordt gesproken over het melden van de consequenties van gedrag. De werkgever raakt bij de bronheffing bekend met het wanbetalingsgedrag van zijn werkgever. De leden van de VVD-fractie vragen in hoeverre dit wenselijk is. Is het niet mogelijk de bronheffing op het loon op een andere wijze uit te voeren? Is het noodzakelijk de werkgever te informeren over wanbetaling van zijn werknemers? Zijn hiervoor alternatieven overwogen? Waarom is er gekozen voor deze rol van de werkgever?

Moet hiervoor door de werkgever een administratie worden opgezet?

### **Rechtsbescherming**

De leden van de **CDA**-fractie hebben de kritische kanttekeningen van de Raad van State met aandacht gelezen, en geconstateerd dat de regering hieraan aandacht heeft besteed. In de MvT wordt opgemerkt dat na 4 maanden premieachterstand het voornemen van melding bij het CVZ voor de bestuursrechtelijke boete aan de verzekerde wordt gedaan. De verzekerde krijgt dan 4 weken de tijd om hetzij te betalen, hetzij bezwaar te maken tegen dit voornemen bij de Stichting Klachten Geschillen Zorgverzekering (SKGZ) of de burgerlijke rechter (blz. 16 MvT). Is hier niet sprake van eerst een procedure bij de Geschillencommissie en dan in tweede instantie de burgerlijke rechter? Begrijpen de leden van de CDA-fractie het goed wanneer ze constateren dat in theorie de bezwaar- en beroepsprocedure meer dan 2 maanden in beslag zou kunnen nemen, waardoor in theorie de premieachterstand tot meer dan 6 maanden zou kunnen oplopen? De MvT rept van een spoedprocedure bij de SKGZ, maar hoe zeker is het dat dit mogelijk is? Dit geldt zeker ook voor de gang naar de burgerlijke rechter. Genoemde leden vragen de regering hierop in te gaan.

Aangegeven wordt dat een zorgverzekeraar de zorgverzekering bij het CVZ aanmeldt, als hij het voornemen daartoe kenbaar heeft gemaakt aan de wanbetaler en hem een termijn heeft gegund om daarover beklag te doen. Indien de wanbetaler van deze gelegenheid geen gebruik maakt, meldt de zorgverzekeraar hem na de termijn aan bij het CVZ. De leden van de fractie van de **PvdA** vragen welke beleidsvrijheid het CVZ hierbij heeft. Is de toets van het CVZ met betrekking tot de aanmelding in sommige gevallen inhoudelijk, m.a.w. wat is de reikwijdte van de toets?

De Raad voor de Rechtspraak geeft in een brief aan de minister van VWS d.d. 11 april 2008 aan, dat de invoering van onderhavig wetsvoorstel ongeveer 10 miljoen extra kost voor de Rechtspraak, zo constateren de leden van de **VVD**-fractie. De daaropvolgende jaren houdt het wetsvoorstel een jaarlijkse besparing van € 250 000 in. In de MvT komt de regering hierop terug op blz. 23. Hier reageert de regering dat hij het oneens is met de raming van de gehanteerde beroepsprocedures. Kan de regering dit toelichten, en ook ingaan op de vraag aan het CVZ om een werkwijze te bedenken waarin het beroep op de rechtspraak kan worden beperkt? Wat deze leden betreft kan het toch niet zo zijn dat om louter financiële redenen de rechtsgang wordt beperkt. Kan de regering aangeven aan welke middelen zij denkt en welke mensen hierdoor geen beroep meer kunnen doen op de beroepsprocedures?

## Consultatie en advies

De leden van de fractie van de **PvdA** hebben kennisgenomen van het feit dat bij de totstandkoming van dit wetsvoorstel ZN, het CVZ, de NZa, Divosa, de Nederlandse Vereniging voor Volkskrediet en de VNG zijn betrokken. Waarom is er geen overleg gepleegd met MKB Nederland, gezien het feit dat zij een belangrijke rol spelen bij de uitvoering van de wanbetalingsproblemen?

Aangegeven wordt dat het wetsvoorstel is voorgelegd aan Actal. Actal heeft geconstateerd dat het wetsvoorstel voor een toename van de structurele administratieve lasten voor het bedrijfsleven zorgt. In het eerste jaar zullen de administratieve lasten € 2 250 000 bedragen, jaarlijks zal dit vervolgens afnemen tot een bedrag van € 562 500 per jaar. De leden van de fractie van de PvdA vragen hoe de toename van administratieve lasten zich verhoudt tot het voornemen van het kabinet om de administratieve lasten met 25% te reduceren.

De Raad voor de Rechtspraak heeft aangegeven dat de werklust zal toenemen, de eerste drie jaar geeft de invoering van het wetsvoorstel ongeveer € 10 miljoen extra kosten, in de daarop volgende jaren zal er sprake zijn van een besparing van € 250 000. De regering heeft aangegeven dat zij met de Raad van mening verschilt over de zwaarte van de beroepsprocedures. De leden van de fractie van de PvdA vragen wat de mening van de regering is, en in hoeverre deze mening verschilt van de Raad. Hoe wil de regering de verschillen van inzicht oplossen?

Het CVZ heeft aangegeven klaar te zijn voor de extra taakuitbreiding, maar wel aangegeven afhankelijk te zijn van de ketenpartners, in het kader van de Samenwerking UWV en Belastingdienst. Kan de minister aangeven of, en zo ja in hoeverre, deze instanties gereed zijn voor de invoering van deze wet, zo vragen de leden van de **VVD**-fractie.

Deze leden vinden het vreemd dat een wetsvoorstel, dat op veel terreinen gevolgen heeft met name ook voor de administratieve lasten, niet door Actal is bekeken. Zeker vanuit werkgeversadvies zou hiervoor input moeten zijn geweest van MKB Nederland (of VNO-NCW) over de negatieve gevolgen voor de ontwikkeling van administratieve lasten in het loondomein. Kan de regering aangeven of deze consultatie heeft plaatsgevonden?

De werkgevers worden verplicht informatie te verstrekken, die ze op basis van privacy overwegingen niet zouden willen of mogen ontvangen. Is een structurele betrokkenheid van de werkgever bij de incasso van particuliere schulden noodzakelijk. Dit is een inbreuk op het privédoel. Kan de regering bevestigen dat werkgevers deze informatie aanleveren, en over welke informatie gaat het dan precies?

## Administratieve lasten

Het CVZ geeft aan werkgevers, uitkeringsinstanties en pensioenfondsen-opdracht de vervangende premies in te houden op loon, uitkering of pensioen. De leden van de fractie van de **PvdA** vragen hoe de regering aankijkt tegen de administratieve lasten die daardoor voor de werkgevers toenemen. Heeft de regering kennisgenomen van de bezwaren van MKB Nederland? Op welke manier wil de regering de werkgevers tegemoet komen? Wat vindt de regering er van dat werkgevers daardoor privacy-gevoelige informatie van werknemers moeten verwerken?

Op blz. 24 geeft de regering aan dat de administratieve lasten voor het bedrijfsleven een half uur bedragen, zo constateren de leden van de **VVD**-fractie. Hoe zijn deze onderbouwd, zeker als de werkgever in zijn administratie moet gaan bijhouden of de werknemer al dan niet een wanbetaler is? Leidt dit tot substantiële toename van de kosten voor werk-

gevers? Wat zijn de initiële kosten voor de bronheffing bij werkgevers als er sprake is van de aanpassing van de administratie? Zijn er nog andere verborgen kosten voor werkgevers op basis van dit wetsvoorstel? In het verlengde van de extra druk op de werkgevers vragen de leden van de VVD-fractie of de uitvoeringsinstanties voor uitkeringen en pensioenen hier voldoende voor zijn toegerust. Kan de regering een overzicht geven van deze uitkeringsinstanties, en per instantie duiden hoe zij de wetgeving kunnen implementeren?

## **ARTIKELSGEWIJS**

### **Onderdeel F**

#### *Artikel 18c, eerste lid*

De leden van de fractie van de **PvdA** vragen waarom het verwerken van het BSN door het CVZ niet wordt genoemd, en de gegevensuitwisseling tussen het CVZ en andere instanties.

#### *Artikel 18e, tweede lid*

De toelichting op deze bepaling meldt dat moet worden voorkomen dat verzekeringnemers met een periodiek inkomen tot net boven het voor hun gezin geldende sociale minimum, ten gevolge van de bronheffing van 130% beneden het sociaal minimum geraken. De bronheffing bestaat uit de standaardpremie voor het basispakket plus een boete van 30% (bestuurlijke premie). De leden van de fractie van de **PvdA** begrijpen dat de bronheffing zal worden opgeheven op het moment dat er schuldregeling tot stand is gekomen. Kan de regering aangeven op wel moment de boete van 30% zal worden opgeheven, zo vragen deze leden? Ziet de regering hierbij een mogelijkheid om de boete op te heffen op het moment dat de schuldenaar zich aanmeldt bij schuldhulpverlening?

De leden van de PvdA-fractie vernemen graag van de regering of uit preventie collectieve zorgverzekeringen kunnen worden afgesloten, zoals een aantal gemeenten nu al doen. Vindt de regering het niet wenselijk dat mensen die 2 à 3 maanden een betalingsachterstand hebben wat betreft hun zorgpremie en in de bijstand zitten niet automatisch (en verplicht) verzekerd worden door gemeenten? Hoe worden zorgverzekeraars gestimuleerd mee te werken aan een schuldregeling? De leden van de PvdA-fractie begrijpen dat zorgverzekeraars voldoende medewerking moeten verlenen om een schuldregeling tot stand te laten brengen. Kan de regering dit concretiseren?

De leden van de PvdA-fractie constateren dat helaas regelmatig de zorgtoeslag foutief wordt vastgesteld. Op welke wijze zal hiermee door de CVZ rekening worden gehouden in verband met eventuele verrekeningen en invorderingen van achterstanden op de zorgpremie, zo vragen deze leden? Hoe ziet de regering de samenhang tussen de invulling van de open norm «voldoende medewerking» en de jurisprudentie die zich de afgelopen tijd gevormd heeft rond de gedwongen schuldregeling? De regering heeft er niet voor gekozen de bestuursrechtelijke premie voor structurele wanbetalers met een minimumloon gerelateerde uitkering per definitie te beperken. Bij ministeriële regeling zullen enkele inningsregels worden gesteld. Indien personen met hun periodieke inkomen beneden het bestaansminimum komen zal slechts een bedrag ter hoogte van 100% van de standaardpremie op de uitkering worden ingehouden. De restschuld ter hoogte van 30% zal het CVZ langs een andere weg trachten te innen. Kan aangegeven worden welke andere weg dit is? Kan de regering



toezeggen dat het CVZ meewerkt aan de totstandkoming van schuldregelingen? Wat zijn de consequenties als de restschuld niet kan worden afgedragen? Wordt dit nader uitgewerkt in de ministeriele regeling? De leden vernemen graag van de regering op welke wijze het CVZ de 30% boete (bestuurlijke premie) verhaalt op mensen die een uitkering ontvangen op grond van de Wet Werk en Bijstand?

*Artikel 18f, derde lid*

Dit artikel bepaalt dat indien een zorgverzekeraar het CVZ meldt dat de verzekeringnemer de jegens die zorgverzekeraar opgebouwde schuld heeft voldaan, de verzekeringnemer geen bestuursrechtelijke premie meer is verschuldigd. De leden van de **PvdA**-fractie zouden graag van de regering vernemen op welke wijze en wanneer de CVZ de mogelijkheid dan wel de bevoegdheid heeft om een schuld kwijt te schelden? Hoe verhoudt tot slot artikel 306 Faillissementswet zich tot onderhavig wetsvoorstel, vragen de leden van de fractie van de PvdA?

*Artikel 18f, vierde lid*

De leden van de **CDA**-fractie vragen of de regering kan verduidelijken wat de nadere regels inhouden over de wijze waarop het CVZ de bestuursrechtelijke premie int.

*Onderdeel I,*

*Artikel 34a, eerste lid*

De leden van de **CDA**-fractie vragen de regering aan te geven om welke bijdrage het gaat: vergoeding van de gemaakte zorgkosten of de nominale standaardpremie.

Artikel 34a, eerste lid, stelt dat zorgverzekeraars, indien zij zorgverzekering of de dekking van de verzekering niet hebben opgezegd of beperkt, in aanmerking komen voor een bijdrage vanuit het CVZ. De leden van de **SP**-fractie ontvangen graag antwoord op de volgende vragen. Klopt het dat zorgverzekeraars dus nog wel de mogelijkheid hebben om de dekking van de verzekering te beperken, dan wel de verzekering van verzekerden met een betalingsachterstand te ontbinden, ongeacht dit wetsvoorstel? Acht de regering dat een wenselijke ontwikkeling?

*Artikel 34a, tweede lid sub c*

De zorgverzekeraar krijgt deze bijdrage alleen als hij zich houdt aan de verplichtingen van artikel 18d lid e en «desgevraagd voldoende medewerking verleent aan activiteiten van de verzekeringnemer, die gericht is op aflossing». Kan de regering aangeven wat «desgevraagd» inhoudt en wanneer sprake is van «voldoende medewerking», zo vragen de leden van de **CDA**-fractie.

*Artikel 34a, derde lid*

De periode waarover de bijdrage aan de zorgverzekeraar wordt verstrekt en de hoogte ervan alsmede de wijze waarop deze wordt verstrekt, worden bij ministeriële regeling bepaald. De leden van de **CDA**-fractie stellen de volgende vragen. Kan de regering hierop nader ingaan? De periode waarover de bijdrage wordt verstrekt is toch gelijk aan de periode die de wanbetalende verzekerde nodig heeft om zijn schuld af te lossen?

Vergaderjaar 2008–2009

**31 736**

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

**Nr. 6**

**NOTA NAAR AANLEIDING VAN HET VERSLAG**

Ontvangen 12 december 2008

Met grote belangstelling heb ik kennis genomen van het verslag op het voorstel van wet 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 (structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering). Met genoegen constateer ik algehele steun voor de strekking van dit voorstel. Graag wil ik van de mogelijkheid gebruik maken om in deze nota naar aanleiding van het verslag de gestelde vragen te beantwoorden en de maatregelen verder toe te lichten. Bij de beantwoording van de vragen heb ik zoveel mogelijk aangesloten op de volgorde van het verslag.

De leden van de CDA-fractie vragen nog eens uit te leggen waarom de problematiek van de wanbetalers bestuursrechtelijk opgelost moet worden.

De zorgverzekering is een privaatrechtelijke verzekering, uitgevoerd door privaatrechtelijke zorgverzekeraars, die tegenover de verzekeringsplicht van de burger echter wel een acceptatieplicht hebben. Bij het schrijven van de Zorgverzekeringswet (Zvw) is de wetgever er in eerste instantie van uitgegaan dat de zorgverzekeraars wanbetalers met de normale, privaatrechtelijke incassomaatregelen tot het alsnog betalen van hun premie zouden kunnen bewegen. Dat bleek echter onvoldoende het geval te zijn. Bij andere privaatrechtelijke verzekeringen is de uiteindelijke sanctie op het niet betalen van de premie royement door de verzekeraar. Deze sanctie is voor de zorgverzekering echter niet wenselijk. Te verwachten is immers dat een deel van de geroyeerden in weerwil van de verzekeringsplicht geen nieuwe zorgverzekering sluit en derhalve onverzekerd zal blijven, terwijl een ander deel wel een nieuwe zorgverzekering zal sluiten maar ook daarvoor weer geen premie zal betalen (met als risico het ontstaan van een carrousel van wanbetalers). Omdat zowel de overheid als de zorgverzekeraars dergelijke gevolgen onwenselijk vinden, is in 2006 met en tussen de zorgverzekeraars afgesproken dat wanbetalers niet geroyeerd worden, terwijl ook de dekking van hun zorgverzekering niet wordt geschorst of opgeschort. Onder de voorwaarde dat de zorgverzekeraars voldoende inspanningen blijven verrichten tot het alsnog incasseren van de premie, krijgen zij in plaats daarvan voor het onverminderd verzekerd houden van wanbetalers vanaf het moment waarop de

premieschuld een bedrag ter hoogte van zes maandpremies bedraagt, een bijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds. Zij blijven immers voor de wanbetalers verzekeringsrisico lopen.

Een belangrijk nadeel van deze oplossing is, dat wanbetalers die zich aan de incasso-inspanningen van de zorgverzekeraars weten te onttrekken, geen premie voor hun zorgverzekering betalen. De kosten daarvan komen uiteindelijk voornamelijk voor rekening van mensen die hun premie wél betalen en, via de vergoeding van de inkomensafhankelijke bijdrage, van de werkgevers. Dit acht de regering niet acceptabel, te meer daar in Nederland, zoals in het algemene deel van de memorie van toelichting is uiteengezet, in beginsel iedereen over voldoende geld beschikt of kan beschikken om zijn nominale premie te kunnen betalen. Daarenboven wil de regering de hiervoor beschreven regeling aanpassen omdat anders olievlekwerking dreigt: hoe meer bekend wordt dat sommige wanbetalers onder de premiebetaling uit kunnen komen, hoe groter de kans dat ook anderen besluiten geen premie meer te betalen.

Kortom, de regering is van mening dat wanbetalers alsnog tot premiebetaling moeten worden gedwongen. Aangezien privaatrechtelijke premie-inning met de bijbehorende incassomaatregelen geen afdoende oplossing bleek, is gekozen voor een bestuursrechtelijke oplossing: het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) zal van wanbetalers met een schuld van zes (of meer) maanden nominale premie een bestuursrechtelijke premie gaan heffen ter hoogte van 130% van de standaardpremie, bedoeld in de Wzt. Het voordeel van het heffen van een bestuursrechtelijke premie is met name, dat voor bestuursrechtelijke geldschulden, gemakkelijker dan voor privaatrechtelijke geldschulden, bijzondere inningswijzen kunnen worden geregeld. De bijzondere positie die de premieheffende instantie inneemt – een bestuursorgaan, dat wil zeggen, deel van de overheid – rechtvaardigt dit. In voorliggend wetsvoorstel wordt in de bijzondere inningswijzen voorzien door de regel dat het CVZ werkgevers, uitkeringsinstanties en pensioenfondsen op kan dragen de bestuursrechtelijke premie op het loon, de uitkering of het pensioen in te houden en aan het CVZ af te dragen, door de regel dat de Belastingdienst/Toeslagen in opdracht van het CVZ de toeslag aan het CVZ overmaakt, en door de regel dat het CVZ bij het niet betalen op een acceptgiro of op de daaropvolgende aanmaning, een dwangbevel kan uitvaardigen en daarmee beslag kan leggen op goederen – waaronder het saldo van een bankrekening – van de wanbetaler.

Overigens blijft de regering, met de Raad van State, van mening dat de problematiek zoveel mogelijk privaatrechtelijk dient te worden opgelost. Om die reden moeten de zorgverzekeraars door middel van incasso-inspanningen blijven proberen te voorkomen dat er een premieachterstand ter hoogte van zes maandpremie ontstaat en dienen zij zodra de premie-achterstand een bedrag van twee maandpremies heeft bereikt de in artikel 18a Zw bedoelde betalingsregeling aan te bieden. De regering hoopt dat aldus het aantal wanbetalers bij wie uiteindelijk de bestuursrechtelijke premie geheven moet worden, aanzienlijk kan worden beperkt.

Verder willen de leden van de CDA-fractie weten of alle andere alternatieven zijn overwogen om wanbetaling tegen te gaan. Of inderdaad *alle* alternatieven zijn overwogen durf ik niet met zekerheid te zeggen, maar er zijn wel erg veel alternatieven overwogen. Ook nu, nu de uitvoering steeds concreter wordt ingevuld, moeten steeds keuzes worden gemaakt. Overigens merk ik op dat de hoofdlijnen van de aanpak nog dezelfde zijn als waar, in overleg met de Kamer, voor gekozen is bij de behandeling van wetsvoorstel «verzwaren incassoregiem premie en andere maatregelen zorgverzekering» (Kamerstukken II 2007/0830918).

De leden van de CDA-fractie vragen nader in te gaan op de opmerking van de Raad van State dat de zorgverzekeraar te weinig geprikkeld zou worden tot het innen van de achterstallige premie, wanneer het wetsvoorstel zou worden aangenomen.

Bij de uitwerking van de maatregelen die in het wetsvoorstel staan beschreven heb ik hetzelfde type afwegingen gemaakt als de Raad. Ik kom echter tot een andere conclusie. De prikkel voor de zorgverzekeraar berust op drie pijlers en blijft daarmee voldoende verankerd.

Het gaat om zijn eigen gevoel van verantwoordelijkheid tegenover wél betalende verzekerden, om het risico dat hij loopt op de inning van de eerste zes maandpremies (plus bijkomende kosten) en tenslotte om zijn recht op een bijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds.

Het recht op een bijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds hangt namelijk niet alleen af van het verzekerd houden van de wanbetaler, maar ook van het antwoord op de vraag of ze voldoende hebben gedaan om een onnodig beroep op de bestuursrechtelijke inning te voorkomen door een effectief incassobeleid uit te voeren. Net als bij de huidige tijdelijke oplossing is met de zorgverzekeraars afgesproken, dat ze de inhoud van dat effectieve incassobeleid vastleggen in afspraken – het wanbetalersprotocol – die door de toezichthouder getoetst kunnen worden. Dit protocol is nagenoeg gereed.

Het advies van de Raad is voor mij wel aanleiding geweest om een aantal incassomaatregelen, die anders in het protocol waren opgenomen, in het wetsvoorstel op te nemen. Ik noem de verplichting om na twee maanden achterstand een betalingsregeling aan te bieden, de automatische incasso, de verwijzing naar schuldhulpverlening, de splitsing in geval van medeverzekerden en de verwijzing naar de geschilbeslechting.

Een zorgverzekeraar kan uiteraard weigeren om mee te doen aan het wanbetalersprotocol, omdat hij bij betalingsachterstand liever een verzekerde royeert dan verzekerd houdt. Hij moet dat recht echter als gevolg van dit wetsvoorstel wel binnen twee maanden uitoefenen. Door de opname van het voorbereidingstraject in de Zvw moet hij bij een schuld van twee maandpremies immers een betalingsregeling aanbieden.

De leden van de CDA- en de SP-fractie vragen om verduidelijking van de schulden die relevant zijn voor het bestuursrechtelijke regiem. Voor de aanmelding voor het bestuursrechtelijke regiem is alleen de premieachterstand voor de basisverzekering relevant. Betalingsachterstanden voor het eigen risico of betalingsachterstanden voor de aanvullende verzekering tellen niet mee voor de aanmelding voor het bestuursrechtelijke regiem. Voor de afmelding uit het bestuursrechtelijke regiem gaat het om de aflossing van alle schulden die de basisverzekering betreffen, dus ook het eigen risico en incassokosten. Betalingsachterstanden voor de aanvullende verzekering tellen dus niet mee. Ik verwacht overigens dat een verzekeraar een verzekerde zal royeren voor de aanvullende verzekering indien deze zijn rekeningen niet betaalt.

De leden van de fracties van CDA, PvdA en SP vragen waarom ik heb gekozen voor een bestuursrechtelijke premie die 130% bedraagt van de standaardpremie. Is dit wel op te brengen voor mensen met een inkomen op het sociaal minimum of voor mensen met een schuldprobleem. De premieschuld alleen al, zo stellen de leden van de CDA-fractie, is al zwaar en daarnaast is er vaak ook een schuld voor gezinsleden.

Zoals ik in de toelichting op het wetsvoorstel heb vermeld is het de bedoeling dat de bestuursrechtelijke premie preventief werkt. De normale situatie moet zijn dat een verzekerde de nominale premie aan zijn zorgverzekeraar betaalt. Er moet geen mogelijkheid ontstaan van een bestuursrechtelijke inning voor verzekerden die liever aan de overheid betalen. Een bestuursrechtelijke premie werkt alleen preventief als hij aanzienlijk hoger is dan een normale premie. Ik heb voor 130% gekozen,

omdat dit overeenkomt met het percentage dat gehanteerd wordt als iemand zich te laat verzekert, maar ik had ook een hoger percentage kunnen kiezen.

Iedere verzekerde moet in staat geacht worden zijn zorgpremie te betalen. De inkomens en uitkeringen zijn hier, rekening houdend met de zorgtoeslag, op afgestemd. Dat blijkt ook want bijna iedereen betaalt zijn zorgpremie op tijd. Ook verzekerden met een inkomen op sociaal minimum-niveau en ook mensen met een bijstandsuitkering. Moeilijker in te schatten is de invloed van schulden op het betaalgedrag voor de zorgpremie. Ook al zou die betaling natuurlijk vóór moeten gaan op andere bestedingsmogelijkheden, er is hier immers sprake van een verzekeringsplicht, toch geldt dat ik mij realiseer dat door bestaande schulden betalingsproblemen ontstaan. Hiervoor hanteer ik twee oplossingen. De eerste is de verplichte betalingsregeling bij een achterstand van twee maandpremies. Dit is een vorm van vroegsignalering waardoor het betalingsprobleem beperkt kan worden en via hulp, gespreide betaling en het weghalen van de financiële verantwoordelijkheid voor medeverzekerden opgelost kan worden. Als de verzekerde onwillig is om aan de oplossing van zijn probleem mee te werken, krijgt hij op den duur te maken met de bestuursrechtelijke inning en dat is duurder.

Verder heb ik, om te voorkomen dat de inning van de bestuursrechtelijke premie er toe leidt dat mensen, ook al hadden ze het kunnen voorkomen, onder het niveau van het bestaansminimum komen, in overleg met de bewindslieden van SZW besloten om de bronheffing bij uitkeringen op het niveau van het minimuminkomen te beperken tot 100% van de standaardpremie en de betaling van de zorgtoeslag aan de verzekerde voort te zetten. De rest van de bestuursrechtelijke premie wordt geïnd via de weg van acceptgiro, aanmaning, dwangbevel en beslaglegging. Hiervoor is gekozen, omdat in de uitkering in combinatie met de zorgtoeslag altijd ruimte is voor betaling van de gemiddelde zorgpremie. Die kan dus zonder probleem worden ingehouden als ze niet door de gerechtigde zelf wordt betaald. Bij beslaglegging wordt altijd rekening gehouden met een beslagvrije voet, zodat alleen maar geïnd wordt wat naast de beslagvrije voet geïnd kan worden. Als het restant van de bestuursrechtelijke premie oninbaar blijkt te zijn kan het CVZ gebruik maken van zijn bevoegdheid om deze schuld kwijt te schelden. De wijze waarop het deze bevoegdheid hanteert, werkt het CVZ uit in een beleidsregel.

De leden van de CDA-fractie vermoeden dat de inning van de bestuursrechtelijke premie interfereert met een bestaand schuldhulpverlenings-traject. Dit lijkt mij uitgesloten zolang iemand in een schuldhulpverleningstraject zit en zijn daaruit voortvloeiende betalingsverplichtingen nakomt. Bij de opstelling en uitvoering van de schuldhulpverleningsovereenkomst wordt al rekening is gehouden met de betaling van de zorgpremie aan de zorgverzekeraar. Het bestuursrechtelijke regiem is op deze mensen niet van toepassing.

De leden van de CDA-fractie willen weten welke gevolgen het wetsvoorstel heeft voor de preferentie van de verschillende schuldeisers.

Door voorliggend wetsvoorstel wordt de vordering van de premie voor een zorgverzekering inderdaad preferent gemaakt op vorderingen van private partijen zoals verhuurders of postorderbedrijven. Dat vindt de regering ook wenselijk. Immers, de zorgverzekering is een sociale verzekering die afhankelijk is van de solidariteit van alle verzekeringsplichtigen. Als sommige verzekeringsplichtigen zich ongestraft aan deze solidariteit kunnen onttrekken door geen premie te betalen, tast dat de fundamenten van de sociale verzekering aan.

Om die reden wordt voorgesteld dat werkgevers, uitkeringsinstanties en pensioenfondsen in opdracht van het CVZ de bestuursrechtelijke premie zoveel mogelijk direct na de loonbelasting, de premies voor de overige sociale verzekeringen en de inkomensafhankelijke bijdrage Zvw, op het

loon de uitkering of het pensioen inhouden en aan het CVZ afdragen. Zo'n inhouding «op de (inkomens)bron» komt vóór ieder beslag.

Voor zover inhouding op dergelijke periodiek inkomen niet mogelijk is en ook de zorgtoeslag geen oplossing biedt, zal het CVZ het (restant van) de bestuursrechtelijke premie via een acceptgiro en, indien niet betaald wordt, een aanmaning trachten te innen. Wordt ook op de aanmaning niet gereageerd, dan zal het CVZ een dwangbevel kunnen uitbrengen, waarmee het vervolgens beslag op de goederen (zaken en vermogensrechten) van de wanbetaler zal kunnen leggen. Te denken valt bijvoorbeeld aan beslag op het saldo van een bankrekening, op een auto of op huurpenningen (maar niet op loon, uitkering of pensioen, aangezien hiervoor de zonet beschreven broninhouding meer voor de hand ligt). Liggen op de desbetreffende goederen ook beslagen van anderen, dan geldt dat de vordering van het CVZ wordt voldaan direct na de vorderingen die de Belastingdienst heeft ter zake van de loon- en inkomstenbelasting, de premies voor de overige sociale verzekeringen en de inkomensafhankelijke bijdrage Zvw. Ook hier vloeit deze – hoge – preferentie voort uit het feit dat de zorgverzekering een sociale verzekering is en dat het daarom logisch is dat de inning van de bestuursrechtelijke premie daarvoor zoveel mogelijk samenvalt met de inning van de bestuursrechtelijke premies voor de overige sociale verzekeringen en van de inkomensafhankelijke bijdrage Zvw.

De leden van de CDA-fractie hebben een aantal vragen over de wijze waarop gemeenten hun bijstandsgerechtigden ondersteunen als het gaat om het betalen van de zorgpremie.

Vrijwel alle gemeenten (circa 400) hebben voor hun bijstandsgerechtigden en overige minima een collectieve zorgverzekering afgesloten. Ruim drie kwart van alle bijstandsgerechtigden en 20% van de overige minima maken ook gebruik van de collectieve contracten. Het aantal onverzekerden onder bijstandsgerechtigden is mede om deze reden relatief laag (0,5%). Het aantal wanbetalers onder bijstandsgerechtigden is relatief hoog, namelijk zeven procent, maar geen twintig procent zoals het CDA meent. Het overgrote deel van de bijstandsgerechtigden is, al dan niet met ondersteuning van de gemeente, in staat om de rekening voor de zorgverzekering te voldoen.

Deelname aan de collectieve contracten wordt door vrijwel alle gemeenten actief gepromoot op het moment dat mensen zich aanmelden voor bijstand of op een andere wijze inkomenshulp of schuldhulp vragen. Een aantal gemeenten houdt zelfs voor de bijstandsgerechtigden in het collectieve contract de zorgpremie op de bijstandsuitkering in. Andere gemeenten doen dat uit principiële overwegingen niet. Zij vinden dat het overnemen van de betaalrelatie tussen verzekerde en verzekeraar teveel afdoet aan de zelfstandigheid van de betrokkene. Vaak spelen ook de administratieve werkzaamheden die verbonden zijn aan het vóóraf inhouden van de zorgpremie op de uitkering voor de gemeenten een rol bij de afweging om dit niet te doen.

Er zijn gemeenten die hun bijstandsgerechtigden en minima actief ondersteunen als er sprake is van een betalingsachterstand bij een andere verzekeraar dan de verzekeraar van het collectieve contract. Ondanks hun betalingsachterstand worden zij zo in staat gesteld om over te stappen naar het collectieve contract van de gemeente.

Betalingsachterstanden van bijstandsgerechtigden die gebruik maken van het collectieve contract, zijn in de meeste gemeenten aanleiding om betrokkene actief te benaderen en te kijken wat er aan de hand is.

Niet álle bijstandsgerechtigden maken echter gebruik van het collectieve contract van de gemeente. De keuze voor deelname is immers principieel vrijwillig. Voor de groep niet deelnemende bijstandsgerechtigden levert uitwisseling met het landelijk bestand «verzekerden met betalings-

achterstand» een aangrijpingspunt voor gemeenten om hulp aan te bieden. Deze uitwisseling bestond, maar werkte nog niet optimaal. Sinds oktober van dit jaar is de gegevensuitwisseling landelijk dekkend. Verzekeraars melden personen met een betalingsachterstand van twee maanden of meer aan het Inlichtingenbureau. Het Inlichtingenbureau koppelt deze gegevens met de bijstandsgerechtigden en geeft de match door aan gemeenten. De gemeenten kunnen naar aanleiding van dit signaal actie ondernemen. Gemeenten hebben aangegeven dit ook te willen doen. De monitoring van betalingsachterstanden bij het collectieve contract voor sociale minima is in veel gemeenten nog onderbelicht. Gemeenten geven aan hiervoor de instrumenten niet te hebben; voor de groep «overige minima» is er geen uitkering om op in te houden. Als «overige minima» níet deelnemen in het collectieve overige-minima-contract zijn gemeenten ook niet bekend met betalingsachterstanden. In het kader van het gemeentelijke armoedebeleid werken sommige gemeenten aan betere afstemming tussen de cliëntgegevens van bijvoorbeeld het WMO-loket, schuldhulpverlening, bijstand en dergelijke. Dit zou een actieve persoonlijke benadering kunnen ondersteunen. Hierbij helpt het inderdaad dat er sprake is van geografische concentraties en concentratie bij deelgroepen.

De leden van de CDA-fractie vragen of er door het opnemen in het wetsvoorstel van een procedure, die vooraf gaat aan de aanmelding voor de bestuursrechtelijke premie, een onderscheid gemaakt kan worden tussen onmachtig en onwillig. Zij vragen zich af welke vorm de, na twee maanden betalingsachterstand aan te bieden, betalingsregeling gaat krijgen, of er afspraken worden gemaakt over de bewoording waarin de regeling wordt aangeboden en over de wijze waarop mogelijkheden van hulpverlening onder de aandacht worden gebracht.

Ik ga er vanuit dat met de voorgeschreven procedure, en met de preventieve dreiging van de bestuursrechtelijke premie op de achtergrond, inderdaad een onderscheid gemaakt kan worden tussen (financieel) onmachtigen en onwillige verzekerden. Financieel onmachtigen zullen immers de uitgestoken hand van een betalingsregeling voor twee maanden schuld, automatische incasso en eindigen van de verantwoordelijkheid voor betaling voor derden graag accepteren. Iemand die niet wil betalen zal ook hulp bij de betaling afwijzen.

Over de verdere invulling van deze voorschriften maken zorgverzekeraars afspraken, die vastgelegd worden in een protocol. In dit wanbetalers-protocol staan ook afspraken over de inzet die ze zullen plegen bij de oplossing van het betalingsprobleem. De uitvoering van het protocol vormt de grondslag voor de toetsing van het recht van de zorgverzekeraar op een bijdrage uit het zorgverzekeringsfonds. Daarnaast wordt, aangestuurd door de Staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW), een convenant opgesteld tussen Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG), Divosa (Vereniging van directeuren van overheidsorganen voor sociale arbeid), NVVK (Vereniging voor schuldhulpverlening en sociaal bankieren), SZW en VWS waarin afspraken worden vastgelegd over wederzijdse ondersteuning bij de oplossing van betalingsproblemen van de zorgpremie. De bestuursrechtelijke premie is in deze afspraken geïntegreerd.

De leden van de PvdA-fractie vragen wat ik versta onder verantwoordelijkheid van gemeenten voor bepaalde groepen van sociale minima. Ze vragen ook wat er gebeurt als gemeenten hun verantwoordelijkheid niet nemen en of alle gemeenten wel een collectieve zorgverzekering voor sociale minima beschikbaar stellen.

Gemeenten dragen, op grond van de bijstandswetgeving, verantwoordelijkheid voor de zorgkosten van hun inwoners als die niet in staat zijn om die kosten zelf te dragen. De gemeenten kunnen die verantwoordelijkheid

sinds de Zvw van kracht is, grotendeels overlaten aan de zorgverzekeraars door te bevorderen dat inwoners op sociaal minimum- niveau zich tegen zorgkosten verzekeren. Gemeenten kunnen dit bevorderen door voorlichting te geven, door collectieve zorgverzekeringen te organiseren en door zorgverzekeraars te helpen bij het voorkomen of oplossen van betalingsachterstanden.

Als gemeenten deze verantwoordelijkheid niet nemen, lopen ze het risico dat inwoners onverzekerd blijven of door roeyement onverzekerd raken. Als ze dan te maken krijgen met zorgkosten zullen zij een beroep doen op de (bijzondere) bijstandsregeling.

De meeste gemeenten onderkennen hun verantwoordelijkheid en bieden hun sociale minima een collectieve zorgverzekering bij één of soms zelfs twee zorgverzekeraars waarbij ze gunstige voorwaarden hebben bedongen; vaak ook voor een aanvullende verzekering. Een aantal gemeenten voelt zich ook verantwoordelijk voor de premiebetaling van hun collectief verzekerden en ondersteunt de zorgverzekeraar(s) bij inningsproblemen. Andere gemeenten doen dat niet. Zelfs niet bij hun bijstandsgerechtigden waarvoor ze toch een verantwoordelijkheid hebben als het gaat om het voorkomen van schulden. De deelname aan de collectieve zorgverzekering via de gemeente is bij bijstandsgerechtigden over het algemeen hoog (gemiddeld 75%). Bij de overige sociale minima is de deelname veel lager (35%).

De leden van de PvdA en van de CDA vragen of gemeenten niet beter preventief collectieve contracten voor hun minima kunnen afsluiten, zoals nu ook al gebeurt bij een aantal gemeenten. Is het niet wenselijk dat bijstandsgerechtigden met een betalingsachterstand automatisch worden verzekerd.

Gemeenten kunnen hun inwoners niet dwingen zich bij de voorkeursverzekeraar van de gemeente aan te sluiten. Ik acht dat ook niet wenselijk. De keuzevrijheid van de verzekerde is een belangrijk element in het zorgverzekeringsstelsel. Ik vind dat we dat niet te makkelijk overboord moeten zetten. Tenslotte is zelfs van de groep bijstandsgerechtigden 93% géén wanbetaler.

Anders ligt het bij bijstandsgerechtigden die een betalingsachterstand hebben opgebouwd. Op grond van de Wet werk en bijstand (Wwb, artikel 57) kan de gemeente de bijstandsgerechtigde dwingen een standaardverzekering tegen zorgkosten te sluiten. Ook kan de gemeente op grond van artikel 57 Wwb de premiebetaling op de bijstandsuitkering inhouden als er anders betalingsachterstanden ontstaan.

Ook de leden van de fractie van de VVD hebben vragen over de collectieve verzekeringen die de gemeenten beschikbaar stellen. Zij vragen hoeveel gemeenten een collectief contract aanbieden en of er daarbij extra dekking in de aanvullende verzekering kan worden geregeld. Zij gaan er vanuit dat er vaak een automatische premie-afschrijving wordt afgesproken.

In 2008 deden 400 van de 443 gemeenten hun sociale minima een aanbod voor een collectieve zorgverzekering. Bij deze collectieve contracten wordt inderdaad meestal ook een collectieve aanvullende verzekering aangeboden. Automatische incasso is echter zelden een afdwingbare voorwaarde voor deelname aan het collectieve contract. Collectieve contracten zijn voor gemeenten vooral bedoeld om onverzekerde tegen te gaan. De betaling van de premie vinden de meeste gemeenten de eigen verantwoordelijkheid van de burger.

In antwoord op een vraag van de leden van de SP-fractie naar de bureaucratie lasten van het wetsvoorstel en de reden waarom ik geen advies heb gevraagd bij Actal kan ik zeggen dat ik vanzelfsprekend Actal heb geconsulteerd. Het wetsvoorstel is begin 2008 aan diverse adviesorganen voorgelegd, waaronder Actal. Actal heeft het wetsvoorstel beoordeeld en aangegeven dat een toename van administratieve lasten voor werkgevers



elders gecompenseerd diende te worden, wat ook het geval is, omdat verzekeraars in totaal minder incassokosten hoeven te maken dan nu het geval is en omdat de last bij werkgevers als gevolg van beslaglegging ten behoeve van verzekeraars als schuldeiser sterk zal verminderen. Verder heeft Actal geconstateerd dat er aandacht is besteed aan het verkennen van mogelijke alternatieven om administratieve lasten zo laag mogelijk te houden en dat er gekozen is voor het minst belastende alternatief. Een nader advies achtte Actal, gegeven zijn selectiecriteria, niet nodig. In de paragraaf consultatie, advies en administratieve lasten ga ik verder in op de vragen die zijn gesteld over de lasten van het wetsvoorstel voor het bedrijfsleven.

Wat betreft het direct overmaken van de zorgtoeslag naar de zorgverzekeraar kan ik melden dat dit al – zij het op bescheiden schaal – gebeurt. De zorgtoeslaggerechtigde kan immers zelf een gironummer opgeven waar de toeslag op gestort moet worden. Hij kan dit gironummer echter ook op ieder gewenst moment weer wijzigen.

De leden van de SP-fractie vragen nog eens in te gaan op de spanning die de Raad van State ziet tussen het privaatrechtelijke karakter van het zorgverzekeringsstelsel en voorliggend wetsvoorstel. Benadrukt dit niet het belang van een bestuursrechtelijke zorgverzekering, zo vragen deze leden?

Voorliggend wetsvoorstel introduceert een bestuursrechtelijke premie om mensen die de privaatrechtelijke premie voor hun zorgverzekering niet betalen, alsnog te laten betalen en daarmee bij te laten dragen aan de solidariteit tussen burgers die aan de zorgverzekering ten grondslag ligt. De regering heeft voor een bestuursrechtelijke oplossing gekozen omdat privaatrechtelijke oplossingen voor het hier bedoelde probleem niet afdoende bleken. In mijn antwoord op de vraag van de leden van de CDA-fractie, nog eens in te gaan op de vraag waarom de problematiek van de wanbetalers bestuursrechtelijk moet worden opgelost, ben ik uitgebreid op een en ander ingegaan. Het zal de leden van de SP-fractie niet verbazen, dat ik niet van mening ben dat de nu gekozen bestuursrechtelijke oplossing voor de wanbetalersproblematiek ertoe noopt de gehele zorgverzekering op publiekrechtelijke leest te schoeien. In dat verband merk ik overigens op dat de Ziekenfondswet, een publiekrechtelijke verzekering zoals door de SP bedoeld, ook een vergelijkbaar aantal wanbetalers kende. De publiekrechtelijke (zbo's) ziekenfondsen gingen daar echter lang niet zo hard achteraan als de privaatrechtelijke zorgverzekeraars dat nu doen, met als gevolg dat betrokkenen zich ongestraft aan de ook aan de Ziekenfondswet ten grondslag liggende solidariteit konden onttrekken.

De leden van de SP-fractie vragen zich af hoe beter aangesloten kan worden bij de bestaande schuldhulpverlening. Zij vragen of ik kan aangeven op welke wijze het vinden van een oplossing met behulp van schuldhulpverlening kan worden gestimuleerd. Wat zijn per fase de consequenties? En waarom sluiten de preventieve maatregelen, die bedoeld zijn om bestuursrechtelijke premie-inning te voorkomen, niet meer aan bij de afsluitregeling voor energiebedrijven?

In voorliggend wetsvoorstel wordt op verschillende plaatsen aangesloten op de mogelijkheden van schuldhulpverlening. Gelijktijdig met het aanbieden van een betalingsregeling aan de verzekerde, bij een achterstand van twee maandpremies, moet de zorgverzekeraar de verzekerde wijzen op de mogelijkheid van schuldhulpverlening. Wanneer de verzekerde de betalingsregeling, al dan niet gesteund door schuldhulpverlening, accepteert en nakomt, komt hij niet toe aan het regiem van de bestuursrechtelijke premie, omdat zijn schuld niet verder oploopt. Als een verzekerde de aangeboden betalingsregeling niet heeft aangenomen, geen schuldhulpverlening heeft gezocht en is doorgegaan met

geen premie te betalen, krijgt hij bij een schuld van zes maandpremies te maken met de bestuursrechtelijke premie. Deze bedraagt 130% van de standaardpremie. Hij kan weer onder de bestuursrechtelijke premie-inning uitkomen door zich te wenden tot de schuldhulpverlening. Gebruik makend van hun ondersteuning kan hij met zijn zorgverzekeraar alsnog een betalingsregeling treffen. Zolang hij die overeenkomst nakomt, blijft hij uit het regiem van de bestuursrechtelijke premie. Bij de invulling van deze wettelijke verplichtingen hebben zorgverzekeraars een grote mate van vrijheid, zodat ze maatwerk kunnen leveren. Om tot enige standaardisatie van hun aanpak te komen, maken zij onderling wel afspraken over minimumvereisten in de vorm van een wanbetalersprotocol. Ik vind deze oplossing beter passen bij hun verantwoordelijkheid dan het vastleggen van hun gedrag in een regeling.

Verder vragen de leden van de SP-fractie op welke wijze zorgverzekeraars verplicht of geprikkeld worden om achterstand van betaling zo snel mogelijk te melden bij de wanbetalende verzekerde. Zij vragen ook welke sancties er zijn tegenover zorgverzekeraars die zich niet aan de wet of de afspraken houden.

Zoals eerder gezegd zijn zorgverzekeraars verplicht om bij een betalingsachterstand van twee maanden een betalingsregeling aan te bieden. Hierdoor is de verzekerde (vroegtijdig) geïnformeerd. Vaak zal een zorgverzekeraar de verzekerde overigens al na één maand betalingsachterstand waarschuwen. Een aantal verzekeraars doet dat nu al. Straks wordt dat nog relevanter, omdat ze hiermee de moeite van een betalingsregeling kunnen voorkomen. Als het gaat om bijstandsgerechtigden wordt ook, door tussenkomst van het Inlichtingenbureau, de gemeente geïnformeerd over de betalingsachterstand.

De sanctie die staat op het onvoldoende leveren van incasso-inspanningen is dat het recht op een bijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds vervalt. Als de wettelijke verplichtingen niet door een zorgverzekeraar worden nagekomen zal de toezichthouder maatregelen nemen. Eén van die maatregelen is het vervallen van het recht op een compensatiebijdrage.

De leden van de SP-fractie vragen vanaf welk premiejaar dit wetsvoorstel gaat gelden. Het is de bedoeling dat de wetswijziging zo vroeg mogelijk in 2009 van kracht wordt. Het gaat dan over het premiejaar 2009. Dit is mogelijk omdat met de voorgestelde structurele oplossing van de wanbetalersproblematiek grotendeels wordt aangesloten op de tijdelijke regeling die voor wanbetalers van de zorgpremie is getroffen.

Eerder in deze beantwoording ben ik al ingegaan op mijn redenen om te kiezen voor 130% van de standaardpremie als hoogte van de bestuursrechtelijke premie.

De leden van de SP-fractie vragen zich af hoe dit wetsvoorstel zal uitpakken voor samenwonenden die apart de zorgpremie betalen en hoe het werkt als zij wel gezamenlijk de zorgtoeslag ontvangen. Slechts indien er geen bron is dan wel de bron onvoldoende is om er de bestuursrechtelijke premie op in te houden (en deze bron bovendien geen minimumgerelateerde uitkering is) zal het CVZ de Belastingdienst/Toeslagen opdragen de zorgtoeslag aan hem over te maken. Doet het CVZ inderdaad een verzoek om de toeslag aan hem over te maken, dan geldt het volgende. De over te maken toeslag betreft in principe het totale bedrag dat aan de verzekerde of zijn partner aan zorgtoeslag is toegekend, dat wil zeggen, in geval van een partnerhuishouden, de zorgtoeslag voor het gehele huishouden. Dit geldt zelfs in het – overigens waarschijnlijk vooral theoretische geval – waarin binnen een toeslaggerechtigd huishouden de ene verzekeringnemer zijn nominale premie wel heeft betaald (en dus niet in het bestuursrechtelijke regiem is terechtgekomen), en zijn partner niet. De zorgtoeslag voor twee partners binnen een huishouden is

immers een ondeelbare aanspraak (artikel 2, eerste lid, Wzt), die wordt toegekend aan de partner die deze heeft aangevraagd (artikel 14 van de Algemene wet inkomensafhankelijke regelingen). Overigens maakt de administratie van de Belastingdienst/Toeslagen het ook niet mogelijk slechts de helft of een door het CVZ aan te geven ander gedeelte van de uit te betalen zorgtoeslag van een geheel huishouden over te maken.

De leden van de VVD- en de SP-fractie vragen of het CVZ voldoende is toegerust voor de taken waarmee het in het kader van deze regeling wordt belast.

Het CVZ is vanaf de start betrokken geweest en heeft bij de beleidsontwikkeling de uitvoerbaarheid van de maatregelen bewaakt. Het CVZ en de ketenpartners UWV en Belastingdienst hebben in een vroeg stadium uitvoeringstoetsen op het wetsvoorstel uitgebracht. Het CVZ heeft de middelen gekregen om vroegtijdig te kunnen beginnen met het treffen van voorbereidingen. Het CVZ heeft mensen aangetrokken voor de inrichting van de werkprocessen, de automatisering en de communicatie. Ook heeft het CVZ al snel de samenwerking gezocht met ketenpartners UWV (voor de polisadministratie) en Belastingdienst (voor het omleiden van de zorgtoeslag) en een gespecialiseerde incasso-organisatie en het CVZ maakt optimaal gebruik van de expertise en werkprocessen van deze organisaties.

De extra middelen die ter beschikking zijn gesteld dekken de ramingen die begin 2008 door het CVZ zijn opgesteld. Het CVZ heeft veel geleerd van de problemen bij de uitvoering van de taken met betrekking tot de buitenslands gerechtigden. Ik heb vertrouwen dat de regeling naar behoren zal worden uitgevoerd, onverlet latend dat zich, inherent aan het invoeringsproces van een nieuwe uitvoeringsregeling, kinderziektes zullen voordoen.

De leden van de SP-fractie vragen zich af of dit wetsvoorstel helpt om de mensen die nu al onverzekerd zijn zich te laten verzekeren. De leden van de SP-fractie willen er op aan dringen dat onverzekerden opgespoord moeten worden en dat goed gekeken moet worden waarom ze onverzekerd zijn en eventueel via een eenmalig «generaal pardon» ze alsnog te verzekeren. De opgebouwde schuld met de 30% boete is voor veel mensen een enorme drempel om zich nu aan te melden voor een verzekering.

Zoals bekend ben ik, met de leden van de SP-fractie, van oordeel dat onverzekerden moeten worden opgespoord. Zoals u weet bereid ik daartoe een wetsvoorstel voor.

Het is ongewenst dat er een situatie bestaat waarbij een aanzienlijk deel van de verzekeringsplichtigen zich kan onttrekken aan de verzekeringsplicht.

Het gaat daarbij vooral om het belang van de onverzekerden zelf. Ook de onverzekerde die denkt dat hij geen verzekering nodig heeft, kan geconfronteerd worden met een ernstige ziekte of een ongeval. En meestal zal ook deze onverzekerde niet in staat zijn de kosten van die zorg zelf te betalen. Het is juist de door de sociale zekerheid geboden bescherming die bewerkstelligt dat de negatieve, financiële gevolgen van dergelijke gebeurtenissen beperkt blijven.

Bij dit standpunt speelt niet alleen het persoonlijk belang van de onverzekerden, maar ook het belang van het sociale verzekeringsstelsel. Gezien vanuit het verzekeringsstelsel is het ongewenst dat er inbreuk wordt gemaakt op de daaraan ten grondslag liggende solidariteit.

In antwoord op de constatering van de leden van de SP-fractie dat de opgebouwde schuld met de 30% boete voor veel mensen een enorme drempel is om zich nu aan te melden voor een verzekering, merk ik op dat het huidige boeteregime in het kader van genoemd wetsvoorstel betreffende de actieve opsporing van onverzekerde verzekeringsplichtigen zal

worden herzien. Ik heb dat reeds aangekondigd in het Plan van aanpak dat ik op 3 maart 2008 aan de Kamer heb gezonden (Kamerstukken II 2007/08, 29 689, nr. 180).

De leden van de VVD-fractie vragen of de regering heeft overwogen om voor de groep allochtonen specifiek beleid in te zetten, omdat hier sprake kan zijn van een trend van ontduiken van premiebetaling.

Ik heb dat niet overwogen omdat de oplossing waarvoor gekozen is een oplossing biedt voor alle wanbetalers, zonder nader onderscheid.

De leden van de VVD-fractie vragen wat het bestuursrechtelijke premieregiem exact inhoudt.

Het bestuursrechtelijke premieregiem houdt in dat een wanbetaler in plaats van de privaatrechtelijke premie die hij krachtens zijn zorgverzekeringsovereenkomst aan zijn zorgverzekeraar verschuldigd is, een bij de Zvw geregelde, en daarmee bestuursrechtelijke premie aan het CVZ verschuldigd zal worden. Dit geldt voor alle wanbetalers die de zorgverzekeraars als wanbetalers met een premieschuld van ten minste zes maandpremies bij het CVZ aanmelden. De zorgverzekeraars mogen dit slechts doen nadat zij een zorgvuldige voorprocedure in acht hebben genomen die betrokkenen in de gelegenheid stelt de stelling van hun verzekeraars dat er sprake is van een premie-achterstand ter hoogte van – op dat moment – vier maanden, te betwisten. Het bestuursrechtelijke premieregiem geldt vanaf de eerste dag van de maand volgende op de maand waarop een zorgverzekeraar een structurele wanbetaler bij het CVZ heeft aangemeld, tot de eerste dag van de maand volgende op de maand waarin betrokkene door de zorgverzekeraar wordt afgemeld. Afmelding geschiedt zodra jegens de zorgverzekeraar alle uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden zijn afbetaald of teniet zijn gegaan, zodra de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen is uitgesproken of zodra de wanbetaler en de zorgverzekeraar (en eventueel ook andere schuldeisers) door tussenkomst van een schuldhulpverlener een schuldregeling zijn overeengekomen.

De bestuursrechtelijke premie bedraagt 130% van de standaardpremie Wzt en kan, omdat het om een door een bestuursorgaan (het CVZ) te heffen en innen bestuursrechtelijke premie gaat, op wijzen worden geïnd die niet voor de inning van de privaatrechtelijke, aan de zorgverzekeraar verschuldigde premie kunnen worden geregeld. Voor een nadere uiteenzetting van dit laatste verwijs ik de leden van de VVD-fractie graag naar het antwoord op de vraag van de leden van de CDA-fractie, waarom de problematiek van de wanbetalers bestuursrechtelijk opgelost moet worden.

De leden van de VVD-fractie vragen of ik nog aanleiding zie voor een nieuwe campagne om gemeenten te wijzen op de voordelen van een collectieve verzekering. Hiervoor zie ik geen aanleiding. Bijna alle gemeenten hebben immers al een collectieve zorgverzekering voor hun uitkeringsgerechtigden en het overgrote deel van de uitkeringsgerechtigden maakt ook gebruik van de collectieve zorgverzekering. Nadere informatie over het soort verzekering dat wanbetalers hebben – collectief of individueel – is niet beschikbaar.

Zoals de leden van de VVD-fractie aangeven, is voor de invoering van de Zvw een aantal maatregelen genomen om het aantal onverzekerden terug te dringen, danwel de groei te voorkomen, te weten intensieve, doelgroepgerichte voorlichting, bevordering van collectieve verzekeringen voor risicogroepen, signalering betalingsachterstanden bij bijstandsgerechtigden en subsidies aan belangenorganisaties en moeilijk bereikbare groepen. De leden van de VVD-fractie vragen wat concreet het resultaat is geweest van deze inspanningen.

Inderdaad heb ik om onverzekerde te voorkomen een groot aantal maatregelen in de voorlichtings sfeer getroffen. Zoals ik ook al in de antwoorden op vragen van de vaste commissie voor VWS over onder meer het plan van aanpak om het aantal onverzekerden terug te dringen, heb aangegeven (Kamerstukken II 2007/08, 29 689, nr. 197) heb ik na de grootscheepse voorlichtingscampagnes die vóór de invoering van de Zvw hebben plaatsgevonden in het kader van het rapport «Zorg Verzekerd» diverse maatregelen getroffen, zoals het bevorderen van collectieve (aanvullende) verzekeringen voor bijstandsgerechtigden en andere sociale minima. Daarna zijn verdergaande voorlichtingsactiviteiten die gericht zijn op specifieke groepen ingezet om het aantal onverzekerden nog verder terug te dringen.

Ten behoeve van de onverzekerden kinderen heb ik deze periode driemaal een paginagrote advertentie in alle huis aan huis bladen laten plaatsen, waarin ouders worden gewezen op het feit dat zij voor hun kinderen geen premie hoeven te betalen. Ik heb een brochure ontwikkeld ten behoeve van nieuw ingezetenen van Nederland, waarin zij worden gewezen op de Zvw-verzekeringsplicht. Deze brochure wordt veelvuldig opgevraagd door gemeenten. De brochure is in acht talen vertaald.

Verder heb ik een brochure ontwikkeld voor buitenlandse werknemers in Nederland. Deze brochure zal worden uitgereikt aan onder meer uitzendbureaus en werkgevers die met name te maken hebben met mensen die kortdurend in Nederland komen werken, zoals Polen. Ook deze brochure is in acht talen vertaald.

Het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid heeft een brochure ontwikkeld over de sociale zekerheid specifiek voor Poolse werknemers in Nederland. Daarin is in samenwerking met mijn ministerie ook een paragraaf over de Zvw-verzekeringsplicht opgenomen.

Verder heb ik in het kader van de doelgroepgerichte voorlichting in 2007 en in 2008 ook subsidie verleend aan Stichting de Ombudsman. Die Stichting zet zich in om zoveel mogelijk mensen zonder zorgverzekering te bereiken. Om hulp te bieden bij het sluiten van de zorgverzekering en het aanvragen van de zorgtoeslag heeft de Stichting een gratis telefoonlijn geopend.

Voor *onverzekerde gezinnen met kinderen* is een speciale flyer ontwikkeld die wordt verspreid onder organisaties waar ouders of kinderen komen, zoals scholen. Daarnaast verschijnen in diverse dagbladen artikelen en worden radiospots via de lokale en regionale omroepen uitgezonden.

Voor *onverzekerde allochtonen* organiseert de Stichting voorlichtingsbijeenkomsten in moskeeën, ontmoetingshuizen of buurthuizen. Tijdens die bijeenkomsten wordt algemene voorlichting gegeven in groepsverband en daarna volgt een individueel spreekuur, met als doel het invullen van een aanmeldingsformulier voor een zorgverzekering en het aanvragen van zorgtoeslag.

Voor *dak- en thuislozen* vraagt de Stichting op diverse manieren aandacht voor de zorgverzekering; onder andere via de Landelijke vereniging van thuislozen en door het verspreiden van flyers op locaties waar daklozen zich bevinden. Dit gebeurt in samenwerking met de voedselbanken. Daarnaast plaatst de Stichting advertenties en berichten in de daklozenkrant. De voorlichting voor dak- en thuislozen is gericht op de dak- en thuislozen zelf en op de hulpverleners er omheen.

*Onverzekerde jongeren* worden via een speciale website en informatie-materiaal dat naar scholen en universiteiten is gestuurd en via artikelen in de regionale dagbladen gewezen op het belang van de zorgverzekering. Verder is voor deze doelgroep een flyer ontwikkeld. Scholen hebben de intentie uitgesproken om de flyers bij de boekenpakketten aan te bieden. Van de onverzekerden die de Stichting de Ombudsman hebben gebeld of hebben benaderd met vragen, is gebleken dat 98% van de onverzekerden vervolgens een zorgverzekering heeft gesloten.

De vraag van de leden van de VVD-fractie wat concreet het resultaat is geweest van deze inspanningen kan worden beantwoord als het Centraal Bureau voor Statistiek (CBS) de volgende rapportage betreffende het aantal onverzekerden tegen ziektekosten uitbrengt. Ik heb het CBS verzocht de rapportage voorjaar 2009 aan mij te doen toekomen. Dan kan een vergelijking worden gemaakt van de aantallen uit die rapportage met de aantallen uit de rapportage van 13 mei 2008. Verder vragen de leden van de VVD-fractie of er onderzoek is gedaan naar de regionale spreiding van onverzekerden en op welk abstractieniveau. Zoals in de VWS «Verzekerdenmonitor 2008» (Kamerstukken II 2007/08, 29 689, bijlage bij nr. 201) is gemeld heeft het CBS op verzoek van VWS naast de aantallen onverzekerden tevens een analyse over de achtergrondkenmerken van de onverzekerden uitgebracht over de jaren 2006 en 2007. Hierdoor is meer inzicht verkregen in de specifieke groepen onverzekerden. Voor die analyse verwijs ik naar de hiervoor genoemde «Verzekerdenmonitor 2008» de bladzijden 14 en 15. In het kader van de doelgroepgerichte voorlichting heb ik het CBS verzocht een analyse uit te brengen over de spreiding van de onverzekerden over het land. Uit de door het CBS uitgebrachte rapportage komt naar voren dat onverzekerden over het hele land verspreid voorkomen maar dat het merendeel van de onverzekerden zich bevindt in de grote steden Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht.

Ook voor de wanbetalers heeft het CBS gekeken naar de landelijke spreiding. Daaruit blijkt dat het percentage wanbetalers in Flevoland het hoogst is (2,9%) en in Groningen, Zuid-Holland (beiden 2,3%) en Limburg (2,1%) boven het landelijk gemiddelde ligt. De overig provincies liggen op en onder het landelijke gemiddelde. De provincie Utrecht heeft het laagste percentage wanbetalers met 1,3%. Amsterdam, Rotterdam en Den Haag scoren boven het landelijke gemiddelde. Vooral Rotterdam springt er met 4,6% bovenuit. Verder heeft het CBS het wanbetalerspercentage van de krachtwijken onderzocht. Dit ligt in alle krachtwijken hoger dan het landelijke gemiddelde met Alkmaar Overdie als laagste (2,5%) en Rotterdam Oud-Zuid (7,9%) als hoogste percentage. Andere wijken met een hoog wanbetalerspercentage (hoger dan 6%) zijn Rotterdam Charlois, Delfshaven en Feijenoord, Amsterdam Zuidoost, Den Haag Moerwijk en Dordrecht Oud-Krispijn. Voor de volledige analyses verwijs ik naar de website van het CBS.

Ik heb nog geen uitgebreide analyse van redenen voor het wanbetalen. Ik laat ik hier momenteel een onderzoek naar doen. De resultaten zijn echter nog niet beschikbaar.

De leden van de VVD-fractie geven aan dat ze voorstander zijn van keuzevrijheid. Ze vinden echter dat het recht op weggaan bij een zorgverzekeraar vervalt als er sprake is van betalingsachterstand. De door de VVD-fractie gewenste reactie is reeds gerealiseerd. Het is een verzekerde met een betalingsachterstand, bij wijziging van de Zvw (Stb. 2007, 540), sinds 21 december 2007 verboden om zijn zorgverzekeringsovereenkomst op te zeggen.

Ik geef in de MvT aan dat de systemen van de Belastingdienst worden aangepast, zodat de zorgtoeslag straks kan worden omgeleid naar het CVZ. De leden van de VVD-fractie zijn het hiermee eens en vragen zich af waarom dit niet eerder is geregeld en wanneer de systemen van de Belastingdienst zijn aangepast. Ook vragen zij of er uitvoeringsproblemen worden verwacht en hoe die worden voorkomen.

Met de brief van 5 november 2008 (Kamerstukken II 2008/09, 31 066, nr. 64) heeft de Staatssecretaris van Financiën uw Kamer geïnformeerd over de stand van zaken ten aanzien van het nieuwe toeslagensysteem. De Staatssecretaris heeft mede gezien het uitgangspunt dat er een ordentelijk implementatieproces moet zijn, besloten tot vertraagde invoering van het

nieuwe toeslagensysteem per 1 januari 2010. Naast dit nieuwe toeslagensysteem is er voor de omleiding ook een aanpassing nodig in het betaalsysteem van de Belastingdienst. Er is op dit moment geen aanleiding om te veronderstellen dat deze aanpassing tot problemen gaat leiden voor de uitvoering door de Belastingdienst in 2010.

Leden van de VVD-fractie vragen naar het concrete resultaat van de uitwisseling van betalingsachterstanden van bijstandsgerechtigden aan gemeenten.

In 2006, na de herziening van het zorgverzekeringsstelsel, zijn er afspraken gemaakt tussen de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het Inlichtingenbureau (IB) over uitwisseling van gegevens over betalingsachterstanden voor de zorgverzekering en van de bijstandsregistratie.

Op lokaal niveau zijn er inmiddels goed werkende voorbeelden van geautomatiseerde gegevensuitwisseling tussen afzonderlijke gemeenten en verzekeraars als het gaat om hun collectieve zorgverzekering voor bijstandsgerechtigden en overige minima (bijvoorbeeld in Utrecht, Hilversum en Schiedam). Een dergelijke uitwisseling kan door meer gemeenten – en voor bijstandsgerechtigden – ook buiten de collectieve verzekering worden toegepast.

Het belang van een *landelijk dekkende* snelle signalering van betalingsachterstanden wordt door zowel gemeenten als verzekeraars onderkend. Het belang van de verzekeraar is evident: betalende klanten. Het belang voor gemeenten ligt vooral bij de signalering van betalingsproblemen van bijstandsgerechtigden die géén gebruik maken van het collectieve contract. Voor signalering van betalingsproblemen bij de groep overige minima bestaat geen wettelijke titel.

Sinds oktober is de gegevensuitwisseling over «betalingsachterstanden voor de zorgpremie van meer dan twee maandpremies» landelijk dekkend. Verzekeraars melden personen met een betalingsachterstand van twee maanden of meer aan het IB. Het IB koppelt deze gegevens met de bijstandsgerechtigden en geeft de match door aan gemeenten. De gemeenten kunnen naar aanleiding van dit signaal actie ondernemen richting betrokkene.

De leden van de VVD-fractie vragen zich af waarom de gemeenten die geen collectief contract hebben, daarvan hebben afgezien.

Vrijwel alle gemeenten (ruim 400) hebben inmiddels een collectieve zorgverzekering voor hun bijstandsgerechtigden en overige sociale minima. Er zijn er dus maar weinig zonder. Gemeenten zonder collectief contract geven vaak aan op te zien tegen de administratieve werklust.

De participatie in het collectieve contract «overige-minima» is rond de 35 procent en dus lager dan de deelname van bijstandsgerechtigden. Dat komt omdat de overige minima voor gemeenten minder aanwijsbaar zijn en mede daardoor lastiger zijn om actief te benaderen. Iemand die van de collectieve zorgverzekering gebruik wil maken moet daartoe zelf het initiatief nemen en dat kan een drempel zijn. Bovendien wisselt de bandbreedte voor het mogen deelnemen in het collectieve contract per gemeente van 110 – 130 procent van het bijstandsniveau.

Voor zover ik weet is er nog geen specifiek onderzoek gedaan naar redenen voor overige minima om niet deel te nemen in een collectief aanbod van een gemeente.

In de memorie van toelichting wordt een indicatie gegeven van de doelgroepen waarin wanbetaling relatief veel plaats heeft. De leden van de VVD-fractie vragen naar een volledig overzicht van de deelgroepen waar wanbetaling relatief veel plaats heeft.

Het CBS rapporteert sinds de invoering van de Zvw jaarlijks over het aantal en de kenmerken van wanbetalers. Een samenvatting van de

analyses wordt gegeven in de Verzekerdenmonitor die de Kamer jaarlijks ontvangt. Voor een volledig overzicht van de analyses verwijs ik naar de website van het CBS (trefwoord wanbetalers).

De leden van de VVD-fractie zijn van mening dat de harde kern van de wanbetalers met 122 250 verzekerden bijzonder groot is. Zij vragen of het in de zorgverzekering van vóór 2006 ook al om zo'n aantal ging. Ze vragen zich af of de omvang van de harde kern samenhangt met het ontbreken van negatieve gevolgen voor de wanbetaler.

Met deze leden ben ik het eens dat het om een groot aantal gaat. Een relatie met het verzekeringsstelsel vóór 2006 is moeilijk te leggen, omdat er noch in de ziekenfondsverzekering, noch in de particuliere ziektekostenverzekering of publiekrechtelijke zorgverzekeringen voor de ambtenaren van de lagere overheden, naar mijn weten systematisch onderzoek is gedaan naar het betaalgedrag van verzekerden.

Zoals uit de indiening van dit wetsvoorstel blijkt, ben ik van mening dat wanbetalers meer negatieve gevolgen van hun betaalgedrag moeten ondervinden. Overigens zonder dat dit tot meer onverzekerden leidt.

De leden van de VVD-fractie vragen of wanbetaling, bij het ontbreken van royement en bij de mogelijkheden die private incasso biedt, niet teveel lonend is. Zij vragen of er niet meer voorwaarden moeten worden gesteld ten aanzien van de premiebetaling.

Met de eerste stelling van deze leden ben ik het eens. Daarom vind ik ook dat ik met dit wetsvoorstel de incasso-inspanningen van de zorgverzekeraars moet ondersteunen. De route van meer voorwaarden stellen ten aanzien van de betaling bij de acceptatie van een verzekerde vind ik een gevaarlijke weg. Dit perkt namelijk de acceptatieplicht in. De zorgverzekeraar kan met deze mogelijkheid acceptatie weigeren als een potentiële verzekerde niet aan zijn betalingsvoorwaarden wil voldoen. Royement is dan overbodig omdat de selectie al aan de voordeur plaatsvindt.

De leden van de VVD-fractie zijn van mening dat royement van een verzekerde pas aan de orde kan zijn als de verzekeringnemer de bestaande schulden heeft betaald.

Dat is niet zo. Het royementsrecht ligt in een verzekeringsovereenkomst bij de zorgverzekeraar. Als een verzekeringnemer zijn betaalplicht niet nakomt, kan de zorgverzekeraar de verzekeringsovereenkomst opzeggen. De verzekeringnemer kan, als hij een betalingsachterstand heeft tegenover de zorgverzekeraar en als hij door de zorgverzekeraar is gemaand om te betalen, de zorgverzekering niet meer opzeggen. Dit laatste is geregeld in artikel 8a van de Zvw.

Het komt vaak voor dat één verzekeringnemer alle gezinsleden heeft verzekerd. Waarom, zo vragen de leden van de VVD-fractie, dienen de zorgverzekeraars tegelijk met de betalingsregeling, bedoeld in het voorgestelde artikel 18a Zvw, deze verzekeringnemers in de gelegenheid te stellen om, onder de voorwaarden dat deze gezinsleden zelf een zorgverzekering sluiten en voor de premie een incassomachtiging aan de zorgverzekeraar dan wel een betaalopdracht aan een derde geven, hun bestaande zorgverzekeringen op te zeggen? Wat is daar de meerwaarde van?

Dit onderdeel van het wetsvoorstel heeft meerwaarde op een aantal punten. Allereerst kan een verzekeringnemer aldus af van zijn premieplicht voor de zorgverzekeringen van zijn gezinsleden. Als hij weinig inkomen heeft of niet goed met geld om kan gaan voorkomt hij aldus in ieder geval dat zijn schuld al snel tot een fors bedrag oploopt. Hebben zijn gezinsleden een eigen inkomen en hebben zij wel een goed betaalgedrag, dan is het ook voor de zorgverzekeraar voordelig om direct de gezinsleden als verzekeringnemer van, en daarmee premieplichtige voor, hun eigen



verzekering te kunnen aanspreken. Daarnaast zal het voor veel gezinsleden een gerustgevend gevoel zijn te weten, dat zij de betalingen voor hun zorgverzekering in eigen hand hebben en er dus voor kunnen zorgen dat er voor hun eigen verzekering geen schulden tegenover de zorgverzekeraar ontstaan. Zoals de leden van de VVD-fractie terecht aangeven, starten zij met een schone lei: de twee maandpremies achterstand die de oude verzekeringnemer voor hun zorgverzekering heeft laten ontstaan, nemen zij niet over. Die dient de oude verzekeringnemer derhalve nog aan de zorgverzekeraar te betalen.

Mocht het toch tot het heffen van bestuursrechtelijke premie komen, dan heeft het feit dat ieder gezinslid verzekeringnemer is voor zijn eigen verzekering ook daarvoor voordelen. Heeft één verzekeringnemer drie meerderjarige verzekerden en gedurende een half jaar voor geen van deze verzekeringen premie betaald, dan zal hij drie keer de bestuursrechtelijke premie verschuldigd worden. De kans dat de bedragen aan bestuursrechtelijke premie daadwerkelijk bij hem zullen kunnen worden geïnd, wordt kleiner naarmate het aantal malen dat die premie verschuldigd is groter wordt. Wordt naar aanleiding van het aanbod van de verzekeraar ieder gezinslid verzekeringnemer van zijn eigen zorgverzekering, dan wordt de kans dat de bestuursrechtelijke premie daadwerkelijk kan worden geïnd als betrokkenen een eigen inkomen hebben (wat vaak het geval is) groter.

De leden van de VVD vragen hoe het chronologische verloop van een wanbetalingsproces er uit ziet en wat er concreet gebeurt bij wanbetaling? Er worden vier fasen onderscheiden.

*Fase 1* – Bij het ontstaan van een betalingsachterstand van twee maandpremies, informeert de zorgverzekeraar de verzekeringnemer hierover en biedt een betalingsregeling aan. Een machtiging tot automatisch incasso maakt deel uit van de betalingsregeling. De verzekeraar wijst op mogelijke hulp bij betalingsproblemen en geeft aan wat de consequenties zijn van niet betalen. Als er sprake is van meerdere verzekerden op één polis, wordt er een splitsingsaanbod gedaan.

*Fase 2* – Gaat de verzekeringnemer niet in op het aanbod, en gaat hij ook niet betalen, dan ontvangt hij bij vier maandpremies betalingsachterstand een waarschuwing dat hij zal worden aangemeld voor het bestuursrechtelijke premierégiem als de schuld is gestegen tot zes maandpremies. De zorgverzekeraar meldt hierbij ook op welke wijze de verzekeringnemer kan protesteren tegen deze voorgenomen aanmelding.

*Fase 3* – Als de betalingsachterstand oploopt tot zes maandpremies, meldt de zorgverzekeraar de verzekeringnemer als wanbetaler aan bij het CVZ. Vanaf dat moment betaalt deze zijn verzekeraar geen nominale premie meer. De zorgverzekering loopt gewoon door, en de wanbetaler houdt dus recht op verzekerde zorg. De verzekeraar ontvangt een vergoeding uit het Zorgverzekeringsfonds.

Zodra de aanmelding binnen is, begint het CVZ met het innen van de bestuursrechtelijke premie bij de wanbetaler. Deze premie bedraagt 130 procent van de standaardpremie per verzekering (in 2008 bedroeg de standaardpremie € 100 per maand). Het CVZ stort de opbrengst in het Zorgverzekeringsfonds.

*Fase 4* – Als de wanbetaler zijn schuld aan de zorgverzekeraar heeft voldaan, meldt deze hem af bij het CVZ. De inning van de bestuursrechtelijke premie wordt stopgezet en de verzekeringnemer betaalt weer de gewone, nominale premie aan zijn zorgverzekeraar. Zijn naam wordt verwijderd uit het register van personen met betalingsachterstand. Als hij dat wil, kan hij bij het jaarlijkse polisaanbod overstappen naar een andere verzekeraar.

Een zorgverzekering mag pas voor het bestuursrechtelijke premierégiem worden aangemeld, als ter zake van die verzekering een premieschuld is opgebouwd ter hoogte van zes maandpremies. Daarbij mogen wettelijke

rente en door de zorgverzekeraar gemaakte incassokosten, zoals de leden van de VVD-fractie terecht aangeven, niet meetellen, en daarnaast blijven buiten beschouwing schulden die de verzekerde ter zake van eigen betalingen bij de zorgverzekeraar kan hebben. Voor de redenen daarvoor zij verwezen naar het gestelde in paragraaf 5.2.b van het algemene deel van de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel. Zij komen er kort gezegd op neer dat aldus het risico van voor burgers onhelder beleid (reden één) en rechtsongelijkheid tussen wanbetalers (reden twee) kunnen worden voorkomen.

Dat de rente, kosten en eigen betalingen niet meetellen voor de vraag of iemand een premie-achterstand van zes maandpremies heeft en dus vanaf dat moment bestuursrechtelijke premie moet gaan betalen, wil echter niet zeggen dat hem die kosten worden kwijtgescholden, evenmin als hem die eerste zes maandpremies worden kwijtgescholden. Integendeel, de zorgverzekeraar zal blijven proberen om de kosten, rente en niet voldane eigen betalingen, tezamen met die eerste zes maandpremies, alsnog bij de verzekeringnemer te incasseren. Bovendien kan iemand pas uit het bestuursrechtelijke regiem komen als hij *alle* uit zijn zorgverzekering voortvloeiende schulden jegens zijn zorgverzekeraar heeft voldaan of daar met zijn zorgverzekeraar en door tussenkomst van een schuldhulpverlener betalingsafspraken over heeft gemaakt (of als de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen op hem van toepassing is verklaard, in welk geval hij echter vele schulden zal hebben die geen van alle volledig voldaan zullen kunnen worden). Gezien het voorgaande zal het doorgaans de wanbetaler zijn, die voor de zelf gemaakte schulden jegens de zorgverzekeraar opdraait, en niet degene die wel altijd netjes zijn premie betaalt.

Met de leden van de VVD-fractie ben ik het eens, dat een wanbetaler het doorgaans aan zichzelf te danken heeft dat hij in het bestuursrechtelijk systeem terechtkomt. Zouden echter ook niet aan de zorgverzekeraar voldane eigen betalingen meetellen voor de vraag of een betalingsachterstand ter hoogte van zes maandpremies is bereikt, dan zouden mensen die de pech hebben zorg nodig te hebben gehad, eerder in het bestuursrechtelijke regiem terechtkomen dan mensen die geen zorg nodig hebben gehad. Dat vind ik niet rechtvaardig. Zoals ik in het voorgaande al heb aangegeven, zullen ook de kosten voor gemiste eigen betalingen overigens uiteindelijk voor rekening van een structurele wanbetaler komen.

De Raad van State heeft zich in zijn advies op het standpunt gesteld dat uitkeringen niet bij ministeriële regeling moeten worden aangewezen, zo stellen de leden van de VVD-fractie. Zij vragen mij hier nader op in te gaan. Voor zover de leden van de VVD-fractie beogen te refereren aan punt 7a van het advies van de Raad, kan ik antwoorden dat het advies is opgevolgd: de inkomensbestanddelen waarop ten behoeve van de inning van de bestuursrechtelijke premie de zogenoemde broninhouding mag plaatsvinden, worden nu in de wet zelf genoemd. Het gaat in dat verband om loon in de zin van de Wet op de loonbelasting 1964 (art. 18e, tweede lid, Zvw). Daar vallen ook socialezekerheidsuitkeringen en aanvullende pensioenen onder.

Mochten de leden van de VVD-fractie bedoelen te vragen waarom de minimumloongerelateerde uitkeringen waarop in plaats van 130% slechts 100% van de standaardpremie zal worden ingehouden, bij ministeriële regeling zullen worden aangewezen (iets waarover de Raad overigens niet uitgesproken kritisch was), dan is het antwoord dat de Zvw te gedetailleerd zou worden als dit allemaal op wetsniveau zou moeten worden geregeld. Daarbij moet worden bedacht dat het hier slechts gaat om de *wijze waarop* de bestuursrechtelijke premie van mensen met een minimumloongerelateerde uitkering zal worden geïnd, niet om de hoogte

van de verschuldigde premie. Ook structurele wanbetalers met een minimumloongerelateerde uitkering zullen een bestuursrechtelijke premie ter hoogte van 130% van de standaardpremie, bedoeld in de Wzt, moeten betalen, alleen zal deze niet geheel op hun uitkering worden ingehouden. Voor de reden daarvoor verwijs ik de leden van de VVD-fractie gaarne naar mijn antwoord op de vraag van de leden van de CDA-fractie over de inhoud van de ministeriële regeling, bedoeld in artikel 18f, derde lid, Zvw.

De leden van de PVV-fractie vragen welk bedrag er op dit moment door wanbetaling en onverzekerd zijn ten laste komt van premiebetalende medeburgers. Ze vragen verder met welk percentage de nominale premie omlaag zou kunnen als er geen sprake was van wanbetaling of onverzekertheid. Ze vragen of de aanpak van wanbetaling tot een verlaging van de nominale premie zal leiden.

Het premieverlies dat door wanbetalers wordt veroorzaakt wordt geraamd op € 20 mln. per maand. Voor onverzekerden is het lastig om een bedrag aan te geven, omdat tegenover de gedeelde premie staat dat er geen zorgkosten hoeven te worden vergoed. Als de in het wetsontwerp voorgestelde maatregelen het fenomeen wanbetaling volledig uitbannen, kan de nominale premie met ongeveer één procent dalen. Daarnaast kan ook de inkomensafhankelijk bijdrage dalen.

De leden van de PVV-fractie vragen hoe hoog de totale zorgkosten zijn van wanbetalers en onverzekerden. Zij vragen verder of deze kosten op hen worden verhaald en of het geen goede zaak zou zijn om deze groepen alleen voor acute zorg in aanmerking te laten komen.

De zorgkosten van wanbetalers zijn bij mij niet bekend. Onverzekerden veroorzaken geen zorgkosten voor de zorgverzekering; ze zijn immers niet verzekerd. Het verhalen van zorgkosten op wanbetalers is uitgesloten. Wanbetalers zijn immers verzekerd tegen zorgkosten. Op de zorgverzekeraar rust een zorgplicht. Het is alleen mogelijk de premie te verhalen die de verzekeringnemer verschuldigd is. Dat is dan ook wat zorgverzekeraars (blijven) doen met hun incasso-activiteiten.

Het is geen goede zaak om de verzekerde zorg voor deze groepen te beperken. We hebben in Nederland een verzekeringsstelsel waarbij iedereen zich tegen zorgkosten moet verzekeren en waarbij voor iedereen hetzelfde standaardpakket geldt. Hierop gaan we niet marchanderen.

De leden van de PVV-fractie vragen of het niet beter zou zijn om voor bijstandsgerechtigden de zorgtoeslag en de resterende premie rechtstreeks aan de zorgverzekeraar te laten overmaken.

Voor zo'n maatregel bestaat geen noodzaak. Van de bijstandsgerechtigden betaalt 93% zijn premie wel; de bijstandsuitkering is er ook op gebaseerd dat er een zorgpremie uit betaald moet worden. Voor de 7% die momenteel niet betaald is gemeentelijke overheid nu al bevoegd om de nominale premie op de uitkering in te houden. Als ze dat nu nog niet doen, zijn ze straks verplicht de bestuursrechtelijke premie op de uitkering in te houden.

### **Inning/Incasso**

Zoals de leden van de CDA-fractie al hebben verwacht loopt het bestaande incassoprotocol door tot het moment dat de wetwijziging van kracht wordt. Zorgverzekeraars maken onderling afspraken voor een nieuw wanbetalersprotocol met als belangrijkste inzet dat wanbetaling niet zal leiden tot royement of opschorting van de dekking van de zorgverzekering en dat de (incasso)-inspanningen erop gericht zullen zijn om betalingsachterstanden zoveel mogelijk te voorkomen en – als ze toch ontstaan – zo snel mogelijk adequaat op te lossen. Ik neem aan dat de tekst

van het protocol bekend zal zijn bij de behandeling van voorliggend wetsontwerp in uw kamer.

De leden van de CDA-fractie vragen zich af of de werkgever kan worden verplicht om de bestuursrechtelijke premie in te houden op het periodieke inkomen en welk effect deze inhouding heeft voor de administratieve lasten van de werkgever.

Het antwoord op de vraag of werkgevers verplicht zullen kunnen worden de bestuursrechtelijke premie in te houden op het loon, luidt bevestigend. Dat de werkgevers het door het CVZ aangegeven bedrag op het loon zullen moeten inhouden en aan het CVZ zullen moeten afdragen, wordt geregeld in artikel 18e, tweede lid, Zvw.

Het effect dat de inhouding heeft op de administratieve lasten van de werkgever is beperkt. De bestuursrechtelijke premie wordt ingehouden op het netto inkomen, direct ná de belastingen en sociale premies. Salarispakketten hebben allemaal al de mogelijkheid tot een netto inhouding. In de zin van administratieve handelingen is de bronheffing vergelijkbaar met bijvoorbeeld de bijdrage aan de personeelsvereniging. Het werk voor de werkgever of de uitvoeringsinstantie blijft beperkt tot één actie bij de aanmelding en één actie bij de afmelding. Het levert géén maandelijks terugkerend werk op.

In de brief van 5 november 2008 (Kamerstukken II 2008/09, 31 066, nr. 64) heeft de Staatssecretaris van Financiën uw Kamer onlangs geïnformeerd over de vertraagde invoering van het nieuwe toeslagensysteem per 1 januari 2010 (in plaats van 1 juli 2009) en het feit dat dit gevolgen heeft voor onderhavig wetsvoorstel. De leden van de CDA-fractie vragen wat deze consequenties zijn.

De vertraagde invoering van het toeslagensysteem staat invoering van het wetsvoorstel niet in de weg. De gevolgen slaan met name neer bij de uitvoering door het CVZ. De vertraging heeft tot gevolg dat het CVZ nog geen gebruik kan maken van zijn bevoegdheid om de Belastingdienst/Toeslagen op te dragen een (voorschot op een) zorgtoeslag aan hen over te maken. Het CVZ heeft dus tijdelijk een instrument minder ter beschikking om de bestuursrechtelijke premie te innen.

De leden van de VVD-fractie vragen of het voor een zorgverzekeraar lonend is zich in te spannen voor premie-inning in de eerste zes maanden. Als het lonend is vragen deze leden zich af hoe zich dat verhoudt tot de stelling in de toelichting dat een zorgverzekeraar zich uit de markt prijst als hij slecht betaaldedrag accepteert of als hij veel moet uitgeven om premies te incasseren.

De in paragraaf 4.1 van de (algemene) toelichting vermelde stelling heeft betrekking op een situatie waarin sommige verzekeraars selecteren op betalingsrisico terwijl andere verzekeraars dat niet doen. In een stelsel waarin het verplicht is iedereen tegen dezelfde premie te accepteren die zich wil verzekeren, is het kostenbesparend om verzekerden met een slecht betaaldedrag zo snel mogelijk te royeren. Deze kostenbesparing levert een concurrentievoordeel op.

Omdat zorgverzekeraars onderkennen dat het niet wenselijk is in een sociaal verzekeringsstelsel op betaalrisico te concurreren hebben ze met mij afgesproken verzekerden met betalingsachterstanden niet te royeren en hebben ze onderling – in de vorm van een incassoprotocol – afspraken gemaakt over hoe ze met betalings-achterstanden omgaan. Hiertegenover heb ik mij verplicht zorgverzekeraars die de verzekering blijven uitvoeren te compenseren voor de gederfde premie boven zes maandpremies en is wettelijk geregeld dat verzekerden met betalingsachterstand niet kunnen opzeggen.

In deze omgeving van (betrekkelijk) gelijke inspanningen, compensatie en vastlegging van schuldenaars zijn incasso-inspanningen.

De leden van de VVD-fractie verwijzen naar een opmerking van de Raad van State, die stelt dat de zorgverzekeraars in feite kunnen wachten totdat het CVZ na zes maanden het premierisico van hen overneemt. Zij vragen mij hierop te reageren.

In mijn reactie op het advies van de Raad heb ik aangegeven dat de zorgverzekeraars het premierisico over de eerst zes maandpremies blijven lopen. Het CVZ neemt dit risico niet over. Naar aanleiding van het advies van de Raad heb ik de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar voor de premie-inning in het wetsvoorstel benadrukt door een betalingsregeling na twee maanden achterstand verplicht te stellen. Daarnaast is het recht van een zorgverzekeraar op een bijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds afhankelijk gesteld van de (incasso-)inspanningen die hij verricht om een wanbetaler zo kort mogelijk in het regiem van de bestuursrechtelijke premie te houden.

Ik ben het dan ook niet eens met de stelling van de Raad.

De leden van de VVD-fractie vragen wat er gebeurt met het overgangsrecht. Wat gebeurt er met verzekerden die nu al meer dan zes maandpremies betalingsachterstand hebben?

Het overgangsrecht staat beschreven in (de toelichting op) artikel IX. Het komt er in het kort op neer dat de zorgverzekeraar een verzekerde die op het moment van inwerking treden van deze wet een betalingsachterstand heeft van meer dan twee maandpremies binnen tien dagen een betalingsregeling moet aanbieden. Daarna volgen de andere voorgeschreven stappen, die alle bedoeld zijn om de aanmelding van de verzekerde voor de bestuursrechtelijke inning te voorkomen. Deze ruimte voor een zorgvuldig voorbereidingstraject spoort met het advies van de Raad. Het staat een zorgverzekeraar natuurlijk vrij om eerder dan de datum waarop de wet in werking treedt te starten met het voorbereidingstraject dat in de wet wordt voorgeschreven.

Leden van de VVD vragen of het wenselijk en nodig is om de werkgever te informeren over de wanbetaling van zijn werknemers en waarom voor deze werkgeversrol gekozen is.

Ik heb hiervoor gekozen omdat ik van de inhouding op het periodieke inkomen de grootste bijdrage verwacht aan het oplossen van wanbetaling tegen de laagste administratieve lasten. Ik zie wel in dat het bekend worden van betalingsachterstand bij de werkgever ingrijpend kan zijn. De betrokkene heeft echter voldoende gelegenheid gehad om dit te voorkomen. Als er beslag op inkomen wordt gelegd in verband met schulden van de werknemer gelden dezelfde verplichtingen voor de werkgever. Overigens hoeft de werkgever geen aparte administratie aan te leggen voor de bronheffing. De vormgeving van de bronheffing is zodanig dat deze aansluit op de manier waarop werkgevers hun loonadministratie voeren.

### **Rechtsbescherming**

De leden van de CDA-fractie stelden enkele vragen over de rechtsbescherming tegen een onterechte melding bij het CVZ.

Als ten aanzien van een zorgverzekering volgens de administratie van de verzekeraar een premie-achterstand van vier maanden is ontstaan, dan waarschuwt de verzekeraar de verzekeringnemer (en, indien deze een ander is, de verzekerde) dat hij van plan is de zorgverzekering voor het heffen van de bestuursrechtelijke premie bij het CVZ aan te melden zodra de schuld tot zes maandpremies zal zijn opgelopen. Hij geeft daarbij aan dat een verzekeringnemer (of een verzekerde) die van mening is dat wél alle premies zijn voldaan dan wel dat de premieachterstand minder dan vier maandpremies bedraagt, binnen vier weken contact met hem kan opnemen. Naar aanleiding van zo'n signaal van zijn verzekerde zal de

verzekeraar nogmaals nagaan of zijn premie-administratie ten aanzien van betrokkene klopt. Is dat volgens hem het geval, dan deelt hij dit aan betrokkene mee, waarna deze vier weken heeft om, indien hij het nog steeds niet met de zorgverzekeraar eens is, een geschil voor te leggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) of de burgerlijke rechter. Een keuze voor de SKGZ betekent dat de verzekeringnemer (of verzekerde) zich neerlegt bij het bindend advies dat de SKGZ zal uitbrengen. Evenzo zal de zorgverzekeraar zich daarbij dienen neer te leggen. Een verzekeringnemer of verzekerde die het niet eens is met het bindend advies van de SKGZ, kan dat dus in principe niet meer door de burgerlijke rechter laten toetsen. Hier is één uitzondering op: indien betrokkene van mening is dat de gebondenheid aan het advies in verband met de inhoud of de wijze van totstandkoming ervan in de gegeven omstandigheden naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar zou zijn, kan hij het ter vernietiging aan de burgerlijke rechter voorleggen. De rechter toetst dan marginaal. Anders gezegd: het advies van de SKGZ moet toch wel heel ernstige gebreken hebben, wil de rechter het vernietigen. Tot nog toe is dit dan ook nog nooit gebeurd.

De leden van de CDA-fractie begrijpen het inderdaad goed dat een zorgverzekering pas bij het CVZ wordt aangemeld nadat de premieschuld een bedrag van zes maandpremies heeft overschreden. Dat kan het geval zijn als iemand naar aanleiding van de hierboven bedoelde «vierdemaands-waarschuwing» gebruik heeft gemaakt van de mogelijkheid om het bestaan of de hoogte van de premie-achterstand te betwisten. Hij heeft daar vier weken voor, waarna de zorgverzekeraar zo snel mogelijk nogmaals de premie-achterstand dient te berekenen. Vervolgens heeft betrokkene weer vier weken om het resultaat van deze heroverweging desgewenst te laten toetsen door de SKGZ of de burgerlijke rechter. Ik verwacht dat meestal voor de SKGZ zal worden gekozen, aangezien de toegang tot de SKGZ laagdrempeliger is. Op verzoek van VWS en van ZN werkt de SKGZ aan een procedure om in dit soort zaken zo snel mogelijk tot een zorgvuldig bindend advies te komen.

Hoe snel alle betrokkenen ook werken, niet kan worden uitgesloten dat iemand die tegen de «vierdemaandswaarschuwing» in het geweer komt pas bij het CVZ kan worden gemeld nadat de premieschuld tot een bedrag van meer dan zes maandpremies is opgelopen. Dat komt doordat iemand na de waarschuwing en ook na de heroverweging voldoende tijd moet krijgen om zijn bezwaren kenbaar te maken, en omdat iemand pas bij het CVZ kan worden aangemeld nadat een beslissing op de heroverweging, een advies van de SKGZ of een beslissing van de rechter formele rechtskracht heeft verkregen. Op zich is het vervelend dat aldus mensen nog enige tijd nadat de schuld tot zes maandpremies is opgelopen buiten het bestuursrechtelijke regiem kunnen blijven. Echter, zeker nu het CVZ slechts marginaal zal toetsen of aanmeldingen voor het bestuursrechtelijke regiem terecht zijn verricht, dient te worden voorzien in een goede rechtsbescherming voor mensen die van mening zijn dat zij ten onrechte dreigen te worden aangemeld. De hiervoor beschreven, zorgvuldige procedure voorziet hierin. Kortere termijnen kunnen, behalve daar waar de zorgverzekeraars, de SKGZ of de burgerlijke rechter zelf tot de conclusie komen dat met behoud van kwaliteit procedures versneld kunnen worden, tot onvoldoende rechtsbescherming leiden.

De leden van de fractie van de PvdA willen weten of het CVZ inhoudelijk toetst of een bij hem aangemelde wanbetaler werkelijk een wanbetaler is met een premieschuld van ten minste zes maanden. Heeft het CVZ in dezen beleidsvrijheid en zo nee, wat houdt de marginale toets die het CVZ verricht dan in?

Het CVZ is verplicht van iedere aangemelde wanbetaler de bestuursrechtelijke premie te heffen zonder dat hij nagaat of die melding terecht

was. Dat wil zeggen: zonder dat hij nagaat of betrokkene daadwerkelijk een achterstand van (ten minste) zes maandpremies heeft. Zou het CVZ dat wel steeds moeten nagaan, dan zou dat in feite betekenen dat het telkens een oordeel zou moeten geven in een kwestie die in wezen in het privaatrechtelijke domein tussen de verzekeringnemer en de privaatrechtelijke verzekeraar speelt, namelijk of de verzekeringnemer werkelijk een premie-achterstand bij zijn zorgverzekeraar heeft en zo ja, of die achterstand de hoogte van zes maandpremies heeft bereikt. De regering is van mening dat verschillen van mening hierover in het privaatrechtelijke domein, en dus niet in het bestuursrechtelijke domein door een bestuursorgaan als het CVZ, moeten worden beslecht. Daarom wordt in het wetsvoorstel voorzien in een zorgvuldige, privaatrechtelijke voorprocedure, waarbinnen iedereen die van mening is dat zijn zorgverzekeraar hem ten onrechte bij het CVZ dreigt aan te melden, voldoende mogelijkheden krijgt om daar tegen op te komen. Zolang een verschil van mening hierover niet is beslecht, mag de melding niet worden verricht.

Als gezegd dient het CVZ ervan uit te gaan dat iedere aangemelde wanbetaler daadwerkelijk een schuld van ten minste zes maandpremies heeft. Het CVZ heeft derhalve niet de beleidsvrijheid om in sommige gevallen wel, en in andere niet na te gaan of die schuld er daadwerkelijk was. Wel zal het CVZ na moeten gaan of bij de melding de verklaring, bedoeld in artikel 18c, derde lid, Zvw is geleverd, dat wil zeggen of de verzekeraar aan heeft gegeven ten aanzien van de aangemelde wanbetaler de voorgescreven voorprocedure in acht te hebben genomen. Die verklaring vormt onderdeel van de melding, zodat het ontbreken ervan betekent dat er geen geldige melding is gedaan en het CVZ de zorgverzekeraar zal meedelen dat deze alsnog de voorprocedure moet volgen dan wel, als deze wel is gehouden maar de verzekeraar vergeten heeft de verklaring af te geven, de verklaring dient te leveren.

De marginale toets die het CVZ dient te verrichten gaat niet zozeer over de vraag of iemand een premie-achterstand van zes maanden heeft, maar of hij deze al dan niet zou *kunnen* hebben. Personen onder de achttien jaar, bijvoorbeeld, kunnen een dergelijke premie-achterstand niet hebben, omdat zij voor hun verzekering in het geheel niet premieplichtig zijn.

Zowel de leden van de VVD-, als de leden van de PvdA-fractie vragen in de paragraaf «consultatie en advies» naar mijn verschil van inzicht over de werklastaming met de Raad voor de Rechtspraak. Ik deel overigens de hoofdlijnen van de analyse dat het beroep op de civiele rechtspraak door de wetswijziging zal afnemen en dat het beroep op de bestuurlijke rechtspraak zal toenemen. Voor het te verwachten beroep op de bestuurlijke rechtspraak heb ik, mede naar aanleiding van de forse werklastaming van de Raad, het CVZ geraadpleegd. Het CVZ verwacht, vanuit haar ervaring met bezwaren in het kader van de wetstoepassing voor verdragsgerechtigden (zie art. 69 van de Zvw), dat het mogelijk zal zijn om met voorbeeldzaken te werken. Dat wil zeggen dat het CVZ bezwaarden voorstelt het nemen van beslissingen op bezwaar aan te houden totdat in een beperkt aantal, op de zaken van deze bezwaarden lijkende zaken een besluit door de (hoogste) bestuursrechter zal zijn genomen. Vervolgens handelt het CVZ de aangehouden bezwaren conform de lijn van de uitspraken af. De ervaring van het CVZ bij de uitvoering van artikel 69 van de Zorgverzekeringswet is dat de meeste bezwaarden instemmen met het aanhouden van het bezwaar totdat er een rechterlijke uitspraak is. Eenzelfde werkwijze geldt voor de procedures in hoger beroep. Er is dus geen sprake van een beperking van de rechtsgang zoals de VVD vreest, deze blijft voor iedereen volledig open. Vanwege het aanhouden (met toestemming van betrokkene) van gelijklopende bezwaren totdat er in enkele van deze zaken een gerechtelijke uitspraak is, zal het aantal zaken dat voorligt bij de bestuursrechter naar verwachting beperkt kunnen zijn. De Raad heeft de werklast echter geraamd op basis van het wetsvoorstel

zonder de werkwijze bij het CVZ mee te hebben kunnen wegen. Hoe groot het extra beroep op de rechtspraak straks werkelijk is, zal uit de praktijk moeten blijken. De kosten voor het daadwerkelijke extra beroep op de rechtspraak zullen door VWS worden gedragen.

### **Consultatie en advies en administratieve lasten**

De leden van zowel de CDA-, PvdA-, VVD- als SP-fracties hebben vragen gesteld over de administratieve lasten van de wetswijziging voor de werkgevers en vragen zich af of de werkgeversorganisaties zijn geconsulteerd en of het voorstel voor advies is voorgelegd aan Actal.

Het wetsvoorstel is begin 2008 aan diverse adviesorganen voorgelegd, waaronder aan Actal. Actal heeft het wetsvoorstel beoordeeld en aangegeven dat een toename voor werkgevers elders gecompenseerd diende te worden. Verder heeft Actal geconstateerd dat er aandacht is besteed aan het verkennen van mogelijke alternatieven om administratieve lasten zo laag mogelijk te houden en dat er gekozen is voor het minst belastende alternatief. Een nader advies achtte Actal, gegeven zijn selectiecriteria, niet nodig.

Bij de voorbereidingen voor het wetsvoorstel is óók met de werkgeversorganisaties Vereniging VNO-NCW (VNO-NCW) en de Brancheorganisatie voor Midden- en Kleinbedrijf (MKB Nederland) gesproken. Het is mij van het begin af aan duidelijk geweest dat werkgevers liever geen rol spelen als hun werknemers de rekeningen niet betalen. Het MKB heeft in augustus van dit jaar zijn mening en zijn zorgen over de structurele maatregelen tegen de wanbetalers van de nominale zorgpremie ook in een brief aan mij verwoord. Deze brief heb ik in september uitgebreid beantwoord. Blijkbaar is het MKB hierdoor nog niet overtuigd geraakt. De kritiek van het MKB speelde ook al bij de introductie van de Zvw. Werkgevers verwachten extra lasten door de bronheffing en komen door die heffing bovendien op de hoogte van betalingsproblemen van hun werknemers. Die extra lasten acht ik niet waarschijnlijk. Als er nu op verzoek van een verzekeraar loonbeslag wordt gelegd moeten werkgevers dat immers ook uitvoeren. Bovendien komen zij ook in die situatie op de hoogte van betalingsproblemen van medewerkers. Er is geen sprake van dat werkgevers zelf de betalingsachterstanden van hun medewerkers voor de zorgpremie moeten gaan bijhouden, zoals de VVD vreest. Bovendien is de bronheffing zó vorm gegeven, dat hij aansluit op de manier waarop werkgevers hun loonadministratie voeren. De inhouding is steeds hetzelfde bedrag en vindt plaats op het nettoloon, net als de inhouding voor de bijdrage aan de personeelsvereniging. Alle salarissystemen zijn hierop al ingericht, dus ik verwacht geen initiële kosten. De last voor de werkgever blijft beperkt tot één actie bij de aanmelding en één actie bij de afmelding. De informatie-uitwisseling van aan- en afmelding verloopt zo mogelijk elektronisch. Ik verwacht daarom dat de lasten voor het bedrijfsleven beperkt zullen zijn. Per saldo verwacht ik overigens helemaal geen effect op de administratieve lasten als gevolg van dit wetsvoorstel, omdat verzekeraars in totaal minder incassokosten hoeven te maken dan nu het geval is en omdat de last bij werkgevers als gevolg van beslaglegging ten behoeve van verzekeraars als schuldeiser sterk zal verminderen. Ik zie dan ook geen conflict met het kabinetsbeleid om de administratieve lasten met 25% te reduceren.

Ik wil niet onvermeld laten dat het óók in het belang van werkgevers is dat wanbetaling van de nominale zorgpremie structureel wordt opgelost. Het eerste belang is dat ook werknemers verzekerd blijven voor zorgkosten, ook de zorgkosten die worden veroorzaakt door bedrijfsongevallen en beroepsziekten. Het tweede belang is direct van financiële aard. Tekorten in de financiering door te weinig nominale premies worden door verzeke-



raars opgevangen door de premie te verhogen. Een verhoging van de premie zal zo weer leiden tot een verhoging van de inkomensafhankelijke bijdrage, waarvoor de rekening in veel gevallen weer bij de werkgevers komt te liggen. Kortom: het structureel oplossen van betalingsproblemen bij de nominale zorgpremie is óók in het belang van werkgevers.

De leden van de VVD-fractie vragen zich voorts af of de uitvoeringsinstanties voor uitkeringen en pensioen voldoende zijn toegerust om de wetgeving uit te kunnen voeren.

Uit de analyses van het CBS is af te leiden dat er een aantal uitvoeringsorganisaties zijn die grotere aantallen wanbetalers in hun cliëntenbestand kunnen hebben. Het betreft dan het Uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen (UWV), de gemeenten – voor de bijstandsgerechtigden – en de Sociale verzekeringsbank (SVB). Daarom heb ik deze organisaties, via mijn collega bij SZW, deze zomer om een uitvoeringstoets gevraagd, ervan uitgaande dat de regelgeving per 1 januari 2009 van kracht zou zijn. Zowel gemeenten, het UWV als de SVB hebben aangegeven dat de regelgeving uitvoerbaar is. Ze hebben daarnaast aangegeven dat ze tijd nodig hebben voor het verwerken van het stuwmeer. Naar het zich nu laat aanzien is de regelgeving niet eerder dan 1 maart 2009 van kracht en zullen de eerste bronheffingen vanaf 1 juli 2009 kunnen plaatsvinden. Ik ga ervan uit dat dit voldoende tijd geeft voor de voorbereidingen. Het CVZ werkt, samen met het UWV, de SVB en het shared service center voor de vier grote steden al enkele maanden aan de voorbereiding van een elektronische gegevensuitwisseling.

Het UWV heeft daarnaast geadviseerd om bronheffing niet toe te passen op overlijdensuitkeringen en kortdurende ZW-uitkeringen. Ook hebben UWV en SVB beide om nadere uitleg gevraagd over de preferentie van de bestuursrechtelijke premie in relatie tot andere inhoudingen. De besluitvorming op de adviezen wordt in de Regeling en de beleidsregels verwerkt.

Het UWV is, samen met de Belastingdienst, ook ketenpartner van het CVZ. Het UWV levert de gegevens uit de polisadministratie aan het CVZ voor het bepalen van de bron. Het UWV heeft aangegeven deze gegevens te kunnen leveren, onder voorbehoud van de ontwikkelingen in het kader van Walvis/loonaangifteketen. Op dit moment zijn er geen aanwijzingen dat het leveren van de gegevens per 1 juli 2009 problemen gaat opleveren.

De Belastingdienst levert een bijdrage als ketenpartner waar het gaat om het omleiden van de zorgtoeslag naar het CVZ voor de gevallen waarin er geen (toereikende) bron beschikbaar is. Hiervoor zijn aanpassingen aan het toeslagensysteem én het betaalsysteem nodig. Staatsecretaris De Jager heeft de Kamer onlangs geïnformeerd dat het toeslagensysteem niet eerder dan 1 januari 2010 klaar is. Dat betekent dat in het begin de zorgtoeslag nog niet tot de mogelijke bronnen behoort en dat het CVZ in deze gevallen op een andere manier moet innen, via bronheffing of incasso en beslag.

### **Artikelsgewijs**

Naar aanleiding van de vraag van de leden van de fractie van de PvdA bij artikel 18c, eerste lid, over het verwerken van het burgerservicenummer (bsn) door het CVZ en de gegevensuitwisseling tussen het CVZ en andere instanties kan worden verwezen naar het voorgestelde artikel 18f, eerste en tweede lid. Dat artikel regelt het gebruik van het bsn door het CVZ, alsmede de gegevensuitwisseling met andere instanties bedoeld in artikel 18e, 88 en 89 Zvw.

De leden van de PvdA-fractie lezen in de toelichting op artikel 18e tweede lid dat voor verzekerden tot net boven het sociaal minimum inkomen de

inning van de bestuursrechtelijke premie via bronheffing beperkt blijft tot 100% van de standaardpremie, terwijl de resterende 30% van de bestuursrechtelijke premie op een andere manier, namelijk via beslag, wordt geïnd. Zij vragen op welk moment de beslaglegging wordt gestopt nadat de bronheffing is gestopt omdat er een schuldregeling tot stand is gekomen. Verder vragen zij of het mogelijk is de beslaglegging al te stoppen op het moment dat de wanbetaler zich aanmeldt bij de schuldhulpverlening.

Zoals eerder in de toelichting, bij artikel 18d derde lid, wordt vermeld eindigt de heffing van de bestuursrechtelijke premie onder meer door het overeenkomen van een schuldregeling door tussenkomst van een professionele schuldhulpverlener. Ook het onderdeel van de bestuursrechtelijke premie dat via beslaglegging wordt geïnd stopt dan. Wel kan het zijn dat inmiddels het CVZ nog een bedrag te vorderen heeft van de verzekerde op grond van eerdere bestuursrechtelijke premies. In de toelichting op artikel 18f, derde lid, staat beschreven hoe het CVZ met deze restschuld om gaat. Het CVZ zal deze schuld alsnog proberen te innen. Het mag hierbij echter geen gebruik maken van het instrument bronheffing of van omleiding van de zorgtoeslag.

*Aanmelding* voor de schuldhulpverlening vindt het kabinet een onvoldoende basis om te concluderen dat de betalingsachterstand wordt opgelost en dat de verzekerde verschuldigde premie voortaan aan zijn zorgverzekeraar betaalt. Een *overeenkomst* van schuldhulpverlening is een noodzakelijke voorwaarde voor dit vertrouwen.

De leden van de PvdA-fractie vragen of gemeenten niet preventief collectieve contracten voor hun minima kunnen afsluiten, zoals nu ook al gebeurt. Is het niet wenselijk dat bijstandsgerechtigden met een betalingsachterstand automatisch worden verzekerd. Zoals eerder al aangegeven kunnen gemeenten hun inwoners niet dwingen zich bij de voorkeursverzekeraar van de gemeente aan te sluiten. De keuzevrijheid van de verzekerde is een belangrijk element in het zorgverzekeringsstelsel.

De leden van de PvdA-fractie vragen hoe zorgverzekeraars worden gestimuleerd om mee te werken aan een schuldregeling. Verder vragen ze om een nadere concretisering van de gewenste medewerking.

In de eerste plaats worden zorgverzekeraars verplicht (artikel 18a eerste lid) om een verzekerde bij een betalingsachterstand van twee maanden een betalingsregeling aan te bieden. Dit voorkomt in de meeste gevallen dat de betalingsachterstand uitgroeit tot een betalingsprobleem. Een zorgverzekeraar heeft er daarnaast belang bij dat hij een goede relatie met zijn verzekerden opbouwt. Hier hoort ook de betalingsrelatie bij. Als er verstoringen in de betalingsregelmaat optreden die te wijten zijn aan incidentele problemen bij een verzekerde, zal de zorgverzekeraar meedenken over een oplossing. Wil hij deze positieve grondhouding waar kunnen maken in een concurrerende omgeving, dan zal de zorgverzekeraar ook van zijn concurrenten vragen dat ze hun problemen zelf oplossen en niet op andere verzekeraars afwentelen – bijvoorbeeld door royement – om daarmee een voordeel te verkrijgen. Om zekerheid te krijgen van een gelijk speelveld leggen zorgverzekeraars hun werkwijze ten opzichte van betalingsachterstand vast in een zogenaamd wanbetalersprotocol. Doordat een zorgverzekeraar wordt gecompenseerd voor premieverlies door wanbetaling blijft zijn verlies bij schuldsanering beperkt en zal hij eerder tot overeenstemming komen.

De leden van de PvdA-fractie constateren dat helaas regelmatig de zorgtoeslag foutief wordt vastgesteld en vragen op welke wijze het CVZ hiermee rekening houdt. Ook vragen ze mij om in te gaan op de samenhang tussen de invulling van de open norm «voldoende medewerking» en

de jurisprudentie die zich de afgelopen tijd gevormd heeft rond de gedwongen schuldregeling?

De voorschotten zorgtoeslag worden vastgesteld op basis van de aanvraag van de zorgtoeslaggerechtigde. De zorgtoeslag zal in de meeste gevallen elke maand hetzelfde zijn. Door wijzigingen in de persoonlijke situatie van de zorgtoeslaggerechtigde kan een ander maandbedrag ontstaan. Het voorschot wordt aangepast na elke wijziging van de aanvrager. Bij de voorbereidingen voor het omleiden van de zorgtoeslag is door Belastingdienst/Toeslagen en het CVZ afgesproken dat de hoogte van de zorgtoeslag die de Belastingdienst/Toeslagen naar het CVZ zal omleiden gelijk is aan wat aan de toeslaggerechtigde zou zijn overgemaakt. Dit bedrag kan als gevolg van verrekeningen door de Belastingdienst/Toeslagen per maand verschillen. Onterecht toegekende zorgtoeslag die al aan het CVZ is overgemaakt zal niet bij het CVZ, maar bij de persoon die het betreft door de Belastingdienst/Toeslagen worden gevorderd.

Om te voorkomen dat de inning van de bestuursrechtelijke premie er toe leidt dat mensen, ook al hadden ze het kunnen voorkomen, onder het niveau van het bestaansminimum komen, heb ik in overleg met de bewindslieden van SZW besloten om de bronheffing bij uitkeringen op het niveau van het minimuminkomen te beperken tot 100% van de standaardpremie. De leden van de PvdA-fractie vragen hoe met de inning van de overige 30% door het CVZ wordt omgegaan. De rest van de bestuursrechtelijke premie wordt geïnd via een acceptgiro, en, als niet wordt betaald, een aanmaning. Als dan nog niet wordt betaald kan het CVZ een dwangbevel uitbrengen en beslag leggen. Hiervoor is gekozen, omdat in de uitkering altijd ruimte is voor betaling van de zorgpremie. Die kan dus zonder probleem worden ingehouden als ze niet door de gerechtigde zelf wordt betaald. Bij beslaglegging wordt altijd rekening gehouden met een beslagvrije voet, zodat alleen geïnd wordt wat kan. Als er geen betalingsafspraken kunnen worden gemaakt en als het restant van de bestuursrechtelijke premie oninbaar blijkt te zijn kan het CVZ gebruik maken van zijn bevoegdheid om deze schuld kwijt te schelden. Hoe het deze bevoegdheid hanteert, werkt het CVZ uit in een beleidsregel. Het zal hierbij de werkwijze van andere uitkeringsinstanties als voorbeeld nemen. Bij mensen die langdurig een uitkering ontvangen op grond van de Wwb zal de restschuld na verloop van enige tijd worden kwijtgescholden.

Op grond van artikel 18f, derde lid, Zvw krijgt het CVZ de bevoegdheid een verzekeringnemer die weer in het normale, privaatrechtelijke premieregime is terechtgekomen, eventuele restschulden aan bestuursrechtelijke premie kwijt te schelden. Het CVZ zal in zijn beleidsregels neerleggen hoe het met deze bevoegdheid om zal gaan. Dit in antwoord op een vraag dienaangaande van de leden van de fractie van de PvdA.

De leden van de PvdA-fractie wensen te vernemen hoe artikel 306 van de Faillissementswet (Fw) zich tot voorliggend wetsvoorstel verhoudt. Artikel 306 Fw luidt: «Een betaling ten laste van niet tot de boedel behorende goederen van de schuldenaar verricht, op vorderingen ten aanzien waarvan de schuldsaneringsregeling werkt, is nietig.» Een direct verband tussen dat artikel en voorliggend wetsvoorstel zie ik niet. Voor het geval de leden van de PvdA-fractie beogen te refereren aan een passage in het advies van de Raad voor de Rechtspraak over voorliggend wetsvoorstel, wordt opgemerkt dat het wetsvoorstel ten opzichte van de aan de Raad voorgelegde versie in die zin is veranderd, dat het van toepassing worden van de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen leidt tot het einde van het bestuursrechtelijke premieregime (art. 18d, derde lid, onderdeel b, Zvw).

De leden van de CDA-fractie vragen naar de inhoud van de ministeriële regeling, bedoeld in artikel 18f, vierde lid, Zvw.

In die regeling zal in ieder geval worden opgenomen dat op minimumloongerelateerde uitkeringen slechts een deel van de bestuursrechtelijke premie mag worden ingehouden, te weten (maximaal) 100% van de standaardpremie, bedoeld in de Wzt, en dat in dat geval ook de zorgtoeslag met rust zal worden gelaten. De reden hiervoor is dat het periodieke inkomen van betrokkenen (netto-uitkering plus zorgtoeslag tezamen) anders beneden het sociale minimum zou komen. Niet alleen vindt de regering dat voor betrokkenen ongewenst, ook zou dit kunnen leiden tot een hausse aan aanvragen van aanvullende bijstand voor kleine bedragen. Aangezien mensen met een ander inkomen op minimumniveau dan socialezekerheidsuitkeringen niet gemakkelijk traceerbaar zijn, zal voor hen een «piepsysteem» gelden: zij zullen het CVZ kunnen vragen niet meer dan 100% van de standaardpremie op hun inkomen te laten inhouden. In alle gevallen zal het CVZ de resterende 30% proberen te innen door middel van het verzenden van een acceptgiro, en, indien daarop niet wordt gereageerd, een aanmaning, waarna indien ook op de aanmaning niet betaald wordt een dwangbevel kan worden uitgebracht en beslag kan worden gelegd.

Ik realiseer mij dat het hard kan lijken dat ik ook die 30% nog bij mensen met een inkomen op minimumniveau wil laten innen. Bedacht moet echter worden dat er ook voor betrokkenen een prikkel moet zijn om buiten het bestuursrechtelijke regiem te blijven (hun inkomen is in principe hoog genoeg om hun nominale premie aan de zorgverzekeraar te betalen), terwijl het bovendien niet per definitie zo is dat mensen met een inkomen op minimumniveau de 30% niet kunnen betalen. Zij kunnen immers vermogen hebben.

Voorts zal in de ministeriële regeling worden bepaald dat het CVZ eventuele restschulden aan bestuursrechtelijke premie nadat iemand weer in het privaatrechtelijke premierégiem is terechtgekomen, niet via broninhouding of het overmaken van de zorgtoeslag mag innen. De reden daarvoor is dat de regering het belangrijker vindt dat iemand die weer in het privaatrechtelijke regiem is terechtgekomen uit zijn periodieke inkomen (inclusief zijn zorgtoeslag) de premie aan zijn zorgverzekeraar betaalt, dan dat daaruit de restschuld aan bestuursrechtelijke premie wordt betaald. Zou voor de restschuld met de bronheffing of het overmaken van de zorgtoeslag worden doorgegaan, dan zou betrokkene's inkomen weleens te laag kunnen blijken te zijn om vervolgens de premie aan de zorgverzekeraar te voldoen, met als gevolg dat hij onmiddellijk weer een premieschuld bij de zorgverzekeraar zou gaan opbouwen. Dat wil ik, door bovengenoemde regel in de ministeriële regeling op te nemen, voorkomen. Het CVZ zal de restschuld aan bestuursrechtelijke premie via de weg van acceptgiro, aanmaning, dwangbevel en beslag kunnen innen en deze, als daar aanleiding toe is, uiteindelijk kunnen kwijtschelden.

De leden van de CDA-fractie vragen zich af om welke bijdrage het gaat in artikel 34a, eerste lid, Zvw.

Het gaat hier om de bijdrage die verzekeraars krijgen na aanmelding van de wanbetaler voor het bestuursrechtelijke premierégiem. Gedurende de periode dat de wanbetaler in het bestuursrechtelijke premierégiem verkeert mag de verzekeraar immers geen premie meer innen en krijgt de verzekeraar in plaats daarvan een bijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds om de verzekering uit te voeren. De bijdrage heeft dus geen relatie met de zorgkosten.

In het kader van artikel 34a, tweede lid, onderdeel c, Zvw vragen leden van de CDA-fractie om nadere toelichting.

Het artikel is bedoeld om hier aan te geven dat de bijdrage aan verzekeraars mede afhankelijk is van de wijze waarop de verzekeraar omgaat met initiatieven van verzekeringnemers die hun betalingsachterstand willen aflossen. De aflossing van de schuld is immers reden voor afmelding uit het bestuursrechtelijke regiem en het kan niet zo zijn dat een verzekeraar zonder aanleiding iedere medewerking aan aflossing weigert zodat de betrokkene in het bestuursrechtelijke regiem blijft. Een verzekeraar dient in ieder geval mee te denken over oplossing van de schuldproblematiek als sprake is van schuldsanering of schuldhulpverlening. Wat «voldoende medewerking» nog meer inhoudt is onderwerp van afspraken tussen verzekeraars onderling in het wanbetalersprotocol.

Zoals de leden van de CDA-fractie veronderstellen is de periode waarover de bijdrage aan verzekeraars wordt verstrekt in principe gelijk aan de periode die de wanbetalende verzekeringnemer nodig heeft om zijn schuld af te lossen. Er is echter een uitzondering in het geval dat het bestuursrechtelijke regiem later ingaat dan het moment waarop de premieschuld zes maandpremies heeft bereikt en dit niet aan de zorgverzekeraar te verwijten is. Dat kan bijvoorbeeld het geval zijn als een geschillenprocedure meer tijd vraagt. Als het geschil vervolgens in het voordeel van de verzekeraar wordt beslist, wordt de bijdrage met terugwerkende kracht aan de verzekeraars verstrekt.

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

Vergaderjaar 2008–2009

**31 736**

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

**Nr. 7**

**NOTA VAN WIJZIGING**

Ontvangen 27 januari 2009

Het voorstel van wet wordt als volgt gewijzigd:

A

Het in artikel I, onderdeel F, voorgestelde artikel 18e van de Zorgverzekeringswet wordt als volgt gewijzigd:

1. In het tweede lid, wordt «uit te betalen» vervangen door: verschuldigd.

2. Het derde lid komt te luiden:

3. De inhouding geschiedt onmiddellijk nadat de krachtens een ander wettelijk voorschrift of krachtens een arbeidsovereenkomst verplicht in te houden belastingen, premies of andere bijdragen zijn ingehouden, met dien verstande dat bij ministeriële regeling op socialezekerheidsuitkeringen te verrichten inhoudingen of verrekeningen kunnen worden aangewezen waarvoor een andere volgorde geldt.

3. Onder vernummering van artikel 18e, vijfde tot en met zevende lid, tot 18e, zesde tot en met achtste lid, wordt een lid ingevoegd, luidende:

5. Indien op loon waarop bestuursrechtelijke premie is ingehouden tevens derdenbeslag ligt, is het bedrag dat de inhoudingsplichtige ten minste aan de verzekeringnemer uitbetaalt gelijk aan de beslagvrije voet, bedoeld in artikel 475d van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering, verminderd met het in opdracht van het College zorgverzekeringen ingehouden bedrag.

4. Na artikel 18e, achtste lid (nieuw) worden aan dat artikel drie leden toegevoegd, luidende:

9. Indien het College zorgverzekeringen ter zake van de inning van de bestuursrechtelijke premie beslag laat leggen onder een derde die de verzekeringnemer periodieke betalingen, niet zijnde periodieke betalingen ter zake van het levensonderhoud van diens kinderen, verschuldigd is, is de derde-beslagene verplicht om, zolang het college dit verlangt, het door het college aangegeven achterstallige bedrag en telkens de nieuw vervallende termijnen van de bestuursrechtelijke premie of door het

college te bepalen gedeelten daarvan, tot welker verhaal het beslag is gelegd, aan het college uit te betalen, tenzij onder hem beslag gelegd mocht worden wegens vorderingen van hogere of gelijke rang.

10. Indien een beslag als bedoeld in het negende lid is gelegd op een vordering tot een periodieke betaling als bedoeld in artikel 475c van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering, wordt de beslagvrije voet, bedoeld in artikel 475d van die wet, louter ten aanzien van de vordering van het College zorgverzekeringen ter zake waarvan het beslag is gelegd, in aanvulling op het vijfde lid, onderdeel a, van laatstgenoemd artikel verlaagd met het verschil tussen de bestuursrechtelijke premie en het reeds ingehouden bedrag van die premie.

11. De derde die meer aan het College zorgverzekeringen heeft betaald dan waarop deze recht heeft, is jegens de verzekeringnemer bevrijd, voor zover dat voortvloeit uit artikel 34 van Boek 6 van het Burgerlijk Wetboek.

## B

In het in artikel I, onderdeel F, voorgestelde artikel 18f, vierde lid, van de Zorgverzekeringswet wordt «College zorgverzekering» vervangen door: College zorgverzekeringen.

## C

Artikel V vervalt

## D

Artikel IX wordt als volgt gewijzigd:

1. In het eerste lid wordt «binnen tien werkdagen na inwerkingtreding van deze wet» vervangen door: zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen twee maanden na inwerkingtreding van deze wet.

2. Er worden twee leden toegevoegd, luidende:

5. Een voor de datum van inwerkingtreding van deze wet gedaan aanbod tot het treffen van een betalingsregeling, dat aan de eisen van artikel 18a van de Zorgverzekeringswet juncto het tweede lid van dit artikel zou hebben voldaan indien die bepalingen op de datum waarop het aanbod is gedaan reeds in werking zouden zijn getreden, en een voor de datum van inwerkingtreding van deze wet gedane mededeling die aan de eisen van artikel 18b van de Zorgverzekeringswet juncto het vierde lid van dit artikel zou hebben voldaan indien deze bepalingen op het moment van verzending van de mededeling in werking zouden zijn getreden en waartegen de verzekeringnemer of, indien dit een ander dan de verzekeringnemer is, de verzekerde, bij de verzekeraar en vervolgens bij een onafhankelijke instantie als bedoeld in artikel 114 van de Zorgverzekeringswet of de burgerlijke rechter heeft kunnen opkomen als ware artikel 18b van de Zorgverzekeringswet reeds in werking getreden, gelden voor de toepassing van artikel 18c van die wet en het gestelde bij en krachtens artikel 34a van die wet als aanbod en mededeling als bedoeld in artikel 18a respectievelijk 18b van die wet.

6. Bij ministeriële regeling wordt bepaald onder welke voorwaarden en in welke mate zorgverzekeraars reeds op de datum van inwerkingtreding van deze wet bestaande premieschulden kunnen kwijtschelden zonder dat dit gevolgen heeft voor hun recht op een bijdrage voor het onverminderd verzekerd houden van de betrokken verzekerden.

## Toelichting

### Onderdeel A

#### *subonderdelen 1 en 2*

Met name bij het Uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen (UWV) en de Sociale verzekeringsbank (SVB) is onduidelijkheid gerezen over de vraag of bepaalde inhoudingen en verrekeningen die deze uitkeringsinstanties krachtens de socialezekerheidswetgeving op de uitkeringen dienen toe te passen, voor of na de inhouding van de bestuursrechtelijke premie dienen te geschieden. Met de in onderdeel A, subonderdeel 2, opgenomen herformulering van het voorgestelde artikel 18e, derde lid, Zorgverzekeringswet (Zvw) wordt duidelijker geformuleerd dat inhoudingen die krachtens een ander wettelijk voorschrift of een (collectieve) arbeidsovereenkomst *verplicht* dienen te geschieden, voorgaan op de inhouding van de bestuursrechtelijke premie. Hoewel de inning van de bestuursrechtelijke premie principieel gezien direct na de inhouding van de loonbelasting, de premies voor de overige sociale verzekeringen en van de inkomensafhankelijke bijdrage Zvw dient te komen – de bestuursrechtelijke premie is immers een premie voor een sociale verzekering – is voor deze iets lagere preferentie gekozen om de uitvoeringslasten van de inhouding van de bestuursrechtelijke premie zo beperkt mogelijk te houden.

Is inhouding op de bron voor werkgever, pensioenfonds of uitkeringsinstantie geen bij of krachtens een wet of een (collectieve) arbeidsovereenkomst opgelegde verplichting, maar een bevoegdheid (bijvoorbeeld indien een werknemer een werkgever gevraagd heeft de bijdrage voor het personeelsfonds op het loon in te houden), dan gaat de inhouding van de bestuursrechtelijke premie voor. Uit overleg met het UWV en de SVB is echter gebleken dat er krachtens de socialezekerheidsregelgeving enkele soorten verplichte inhoudingen en verrekeningen op de uitkering zijn die niet voor maar na de inhouding van de bestuursrechtelijke premie dienen te komen. Het gaat hier om de in vele socialezekerheidswetten verankerde plicht om door het UWV, de SVB of gemeenten op socialezekerheidsuitkeringen opgelegde boeten met de desbetreffende uitkeringen en met eventuele andere socialezekerheidsuitkeringen waar de overtreder recht op heeft, te verrekenen en om de in artikel 24, tweede lid, van de Wet inburgering aan het UWV gerichte plicht om de eigen bijdrage voor de inburgeringsvoorziening desgevraagd op de uitkering in te houden en aan het college van burgemeester en wethouders af te dragen. In beide soorten gevallen gaat het om inhoudingen en verrekeningen van netto-bedragen, die geschieden op de netto-uitkering. Zoals hiervoor reeds is aangegeven, dient de inhouding van de bestuursrechtelijke premie principieel gezien direct na de inhouding van de loonbelasting, premies overige sociale verzekeringen en de inkomensafhankelijke bijdrage Zvw te komen. In casu is dat ook uitvoeringstechnisch mogelijk. Daarom wordt voorgesteld in artikel 18e, derde lid, Zvw op te nemen dat bij ministeriële regeling (verplichte) inhoudingen op en verrekeningen met socialezekerheidsuitkeringen kunnen worden aangewezen die na de inhouding van de bestuursrechtelijke premie komen. In de Regeling zorgverzekering zullen de hiervoor bedoelde inhoudingen en verrekeningen worden opgenomen.

Daar waar in de socialezekerheidswetten een *bevoegdheid* is opgenomen om bedragen in te houden, te verrekenen of uitkeringen aan derden over te maken, geldt conform de hierboven genoemde hoofdregel, dat inhouding van de bestuursrechtelijke premie voorgaat.



De wijziging in subonderdeel 1 houdt verband met de wijziging in subonderdeel 2: de woorden «uit te betalen» in artikel 18e, tweede lid, Zvw zouden de onjuiste indruk kunnen wekken dat de bestuursrechtelijke premie altijd als laatste wordt ingehouden. Daarom wordt voorgesteld «uit te betalen» te vervangen door: verschuldigd.

#### *subonderdeel 3*

Verwezen wordt naar de toelichting op onderdeel C.

#### *subonderdeel 4*

Voor zover de bestuursrechtelijke premie niet via inhouding op loon, uitkering of pensioen dan wel uit een zorgtoeslag kan worden geïnd, zal het CVZ deze via een acceptgiro trachten te innen. Wordt daarop niet betaald, dan volgt een aanmaning en wordt ook daarop niet gereageerd, dan kan het CVZ een dwangbevel uitbrengen en beslag op bankrekening of andere goederen van de wanbetaler laten leggen. Uit het saldo van de bankrekening of uit de verkoopsom van de goederen kunnen echter slechts achterstallige termijnen van de bestuursrechtelijke premie worden voldaan. Aangezien de bestuursrechtelijke premie maandelijks verschuldigd is, zou dat betekenen dat het CVZ periodiek beslag zou moeten leggen voor tot dat moment opgebouwde schulden aan bestuursrechtelijke premie. Daar waar een structurele wanbetaler weliswaar periodieke inkomsten heeft, maar geen inkomsten waarop de bestuursrechtelijke premie kan worden ingehouden (dan wel onvoldoende inkomsten om de gehele premie op in te houden), is het wenselijk een doelmatiger inningsmogelijkheid te creëren. Het in onderdeel A, subonderdeel 4, voorgestelde artikel 18e, negende lid, Zvw regelt dat een in opdracht van het CVZ gelegd derdenbeslag bij derden die de wanbetaler periodiek uitkeringen verschuldigd zijn, niet alleen ziet op achterstallige bedragen, maar ook op toekomstig vervallende premietermijnen: deze derden dienen (in principe: maandelijks) een door het CVZ te noemen bedrag aan bestuursrechtelijke premie af te dragen. Dat geschiedt ten laste van de periodieke uitkering die zij hun schuldeiser (dat is de structurele wanbetaler) verschuldigd zijn. Bij dergelijke «derden» kan allereerst worden gedacht aan opdrachtgevers die opdrachtnemers, bijvoorbeeld zelfstandigen zonder personeel, op een enigszins reguliere basis loon in de zin van artikel 7:405 van het Burgerlijk Wetboek (BW) verschuldigd zijn. Voorts kan gedacht worden aan de wanbetaler verschuldigde huurpenningen en alimentatie, met dien verstande dat voor het levensonderhoud van de kinderen van de wanbetaler verschuldigde alimentatie buiten beschouwing blijft. Bij de «derden» kan juridisch op zich ook worden gedacht aan werkgevers, uitkeringsinstantie of pensioenfondsen, maar in de praktijk zal het CVZ niet van de mogelijkheid van derdenbeslag op loon uit een arbeidsovereenkomst, uitkering of pensioen gebruik maken. Immers, de broninhouding is voor dergelijk periodiek inkomen een veel efficiënter instrument.

De plicht van de derde bij wie beslag is gelegd om het door het CVZ aan te geven bedrag af te dragen, geldt alleen dan niet indien bij de derde reeds beslag is gelegd voor een vordering van gelijke of hogere rang. Gezien de hoge rang van de vordering van het CVZ, valt hier in de praktijk vooral te denken aan situaties waarin de Belastingdienst reeds derdenbeslag heeft laten leggen.

Voor een toelichting op het voorgestelde tiende lid van artikel 18e Zvw wordt verwezen naar de toelichting op onderdeel C.

Betaling aan het CVZ bevrijdt de derde van betaling aan de wanbetaler voor het aan het CVZ betaalde bedrag. Het voorgestelde elfde lid van artikel 18e, Zvw regelt, in navolging van artikel 479e, derde lid, van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering (Rv) dat de derde ook jegens

zijn schuldeiser (dit is dus de wanbetaler) is bevrijd voor zover hij te goeder trouw meer heeft betaald dan waar het CVZ recht op heeft.

#### *Onderdeel B*

De hier voorgestelde wijziging is van louter redactionele aard.

#### *Onderdeel C en subonderdeel 3 van onderdeel A*

Privaatrechtelijke en publiekrechtelijke schuldeisers kunnen onder meer beslag laten leggen op periodieke inkomsten van de schuldenaar, zoals loon, uitkeringen, pensioenen en alimentatie. Het beslag wordt dan gelegd bij degene die het periodieke inkomen aan de schuldenaar verschuldigd is (derdenbeslag). Wordt derdenbeslag gelegd, dan geldt ingevolge het Rv dat een bedrag vrij van beslag moet worden gelaten, de zogenoemde «beslagvrije voet». De deurwaarder berekent de beslagvrije voet die de derde moet vrijlaten, waarna de derde dat bedrag aan de schuldenaar uitkeert, terwijl hij het restant van het periodieke inkomen aan de deurwaarder overmaakt. Die verdeelt dit restant over de schuldeisers die beslag hebben gelegd.

Met het bedrag van de beslagvrije voet kan de schuldenaar in zijn noodzakelijke levensbehoeften, waaronder de premie voor een zorgverzekering, voorzien. De beslagvrije voet is gelijk aan 90% van de bijstandsnorm die voor de schuldenaar zou hebben gegolden indien deze voor zijn levensonderhoud volledig op bijstand zou zijn aangewezen, met dien verstande dat deze norm nog kan worden verhoogd met enkele posten. Eén van die posten zijn de werkelijk verschuldigde premies voor een door de schuldenaar gesloten zorgverzekering en een aanvullende ziektekostenverzekering (art. 475a, vijfde lid, onderdeel a, Rv). Aangezien er bij het vaststellen van de bijstandsnorm al rekening mee wordt gehouden dat de bijstandsgerechtigde uit zijn bijstand, in combinatie met de zorgtoeslag, zijn premie aan zijn zorgverzekeraar moet kunnen betalen, is in laatstgenoemd artikelonderdeel vervolgens weer geregeld dat van de bijtelling voor het kunnen betalen van de premies voor een ziektekostenverzekering (waaronder de zorgverzekering valt) het in de bijstandsnorm voor die premiebetaling besloten bedrag alsmede door de schuldenaar ontvangen zorgtoeslag, worden afgetrokken. Samengevat is de bijtelling beperkt tot de premie voor een aanvullende ziektekostenverzekering plus het verschil tussen de werkelijk verschuldigde premie voor een zorgverzekering enerzijds en het in de bijstandsnorm besloten bedrag alsmede, indien de verzekerde deze ontvangt, de zorgtoeslag, anderzijds.

Is op periodieke inkomsten van de schuldenaar beslag gelegd en is deze schuldenaar bovendien voor zijn zorgverzekering bestuursrechtelijke premie verschuldigd, dan is het op zich wenselijk dat de beslagvrije voet zo hoog wordt vastgesteld, dat de gehele bestuursrechtelijke premie er uit kan worden voldaan. Immers, na aftrek van de bestuursrechtelijke premie dient de schuldenaar nog evenveel geld over te houden om in de overige noodzakelijke kosten van zijn bestaan te kunnen voorzien. Dit betekent dat een beslagvrije voet van iemand op wiens periodieke inkomsten derdenbeslag was gelegd voordat hij in het bestuursrechtelijke regiement terecht kwam, omhoog moet met het verschil tussen de bestuursrechtelijke premie en de eerder in die voet verwerkte, privaatrechtelijke premie voor zijn zorgverzekering.

Aan de andere kant dient de beslagvrije voet ook weer te worden verlaagd, en wel met het bedrag aan bestuursrechtelijke premie dat door de broninhouder in opdracht van het CVZ op het periodieke inkomen is ingehouden en afgedragen. Dit houdt verband met het feit dat de in artikel

18e, tweede lid, Zvw voorgestelde broninhouding voorgaat op het uitkeren van bedragen aan derden die beslag op de bron hebben laten leggen. Zou niets geregeld worden, dan zou de broninhouder allereerst het door het CVZ opgegeven bedrag aan bestuursrechtelijke premie op het loon, de uitkering of het pensioen moeten inhouden. Van het restant zou hij de beslagvrije voet – inclusief de opslag voor het kunnen betalen van de bestuursrechtelijke premie – aan de wanbetaler moeten betalen, en het dan nog resterende bedrag zou hij aan de deurwaarder moeten overmaken. Aldus zou de structurele wanbetaler in zijn beslagvrije voet een bedrag krijgen om zijn zorgverzekeraar te betalen, terwijl de premie allang geheel of – in het geval van een minimumloongerelateerde uitkering – gedeeltelijk voldaan is. Hij zou aldus, ten koste van de uitkering aan de deurwaarder en daarmee aan de schuldeisers die beslag hebben laten leggen, een groter vrij te besteden bedrag hebben dan wanbetalers bij wie een derde ook beslag heeft gelegd, maar die wel altijd hun premie aan hun zorgverzekeraar hebben voldaan. Dat is uiteraard niet gewenst.

In artikel V van het wetsvoorstel werd daarom beoogd door middel van een herformulering van artikel 475d, vijfde lid, onderdeel a, Rv, de beslagvrije voet te verminderen met het bedrag aan bestuursrechtelijke premie dat reeds op het loon is ingehouden. Inmiddels is echter gebleken dat dat artikel niet de gewenste uitwerking heeft.

Voorgesteld wordt daarom artikel V van het wetsvoorstel te laten vervallen (onderdeel C). Het huidige artikel 475d Rv blijft daarmee dan ongewijzigd. Indien de in dat lid opgenomen term «de premie van een door de schuldenaar gesloten ziektekostenverzekering» dan ook *na* inwerking van voorliggend wetsvoorstel geacht wordt naast de premie voor een eventueel afgesloten aanvullende verzekering de *werkelijke* premie voor een zorgverzekering te omvatten, dat wil zeggen de bestuursrechtelijke premie indien een wanbetaler deze verschuldigd is, zal de beslagvrije voet zodra iemand in het bestuursrechtelijke regieterreem terecht komt zodanig verhoogd kunnen worden, dat er de volledige bestuursrechtelijke premie (van 130% van de standaardpremie als bedoeld in de Wet op de zortoeslag (Wtz)) uit kan worden voldaan. Zoals hiervoor reeds aangestipt, is dat op zich een wenselijk gevolg.

Vervolgens wordt (in onderdeel A, subonderdeel 3) voorgesteld in een nieuw vijfde lid van artikel 18e Zvw te regelen, dat een werkgever, uitkeringsinstantie of pensioenfonds, dat in opdracht van het CVZ de bestuursrechtelijke premie op het loon, de uitkering of het pensioen heeft ingehouden, zijn werknemer, uitkeringsgerechtigde of pensioengerechtigde niet (ten minste) de door de deurwaarder opgegeven beslagvrije voet uitkeert, maar het verschil tussen die voet en het ingehouden bedrag. Is sprake van een uitkering op minimumniveau, dan zal het CVZ daarop slechts een bedrag ter hoogte van de standaardpremie als bedoeld in de Wet op de zorgtoeslag (Wzt) in plaats van 130% daarvan laten inhouden. Dat betekent dat het uit te keren bedrag ook slechts met de standaardpremie verminderd zal worden. Het CVZ zal de resterende 30% door middel van een acceptgiro trachten te innen. Dat hoeft voor betrokkene geen probleem te zijn, aangezien hij, zoals gezegd, recht heeft op een hogere beslagvrije voet. Anders gezegd: in het bedrag dat zijn uitkeringsinstantie hem uitkeert, zit nog voldoende ruimte om de acceptgiro van het CVZ te voldoen.

Een groot deel van de groep waar het hier om gaat, zal naar verwachting echter ook deze acceptgiro van het CVZ niet voldoen. Na een aanmaning en een dwangbevel, zal het CVZ dan uiteindelijk beslag kunnen laten leggen. Zoals bij onderdeel A, subonderdeel 3 is aangegeven, kan dit beslag ook zien op bedragen aan toekomstige vorderingen

op toekomstig periodiek inkomen als bedoeld in artikel 475c Rv waarop geen broninhouding mogelijk was. Te denken valt met name aan loon uit opdrachtnemerschap en alimentatie. Ook voor deze periodieke inkomsten geldt weer de beslagvrije voet, waarin in het hier gegeven voorbeeld nog een bedrag ter hoogte van 30% van de standaardpremie Wzt is verwerkt om de restantvordering van het CVZ te kunnen voldoen. Zonder nadere regelgeving zou geen van de beslagleggende schuldeisers, dus ook het CVZ niet, dit bedrag kunnen innen. De wanbetaler zou dan, ten opzicht van schuldenaren bij wie beslag is gelegd maar die geen zorgverzekerings-schuld hebben, nog steeds te veel vrije bestedingsruimte hebben. Om deze reden wordt voorgesteld in artikel 18e, tiende lid, in wezen te regelen dat het CVZ als enige schuldeiser beslag kan laten leggen op deze in de beslagvrije voet opgenomen premiecomponent. Overigens is het artikel zo opgesteld, dat het ook geldt indien in het geheel geen sprake was van broninhouding. In dat geval kan het CVZ uiteraard beslag laten leggen op het volledige bedrag ter hoogte van 130% van de standaardpremie.

Ten slotte: zoals in het voorgaande aangegeven, heeft een schuldenaar op wiens periodieke inkomen beslag is gelegd recht op verhoging van de beslagvrije voet zodra hij bestuursrechtelijke premie verschuldigd wordt. Omdat de broninhouders de hoogte van de beslagvrije voet die zij in acht moeten nemen van de deurwaarder vernemen zonder dat zij weten met welke bedrag aan zorgverzekeringspremie de deurwaarder bij het berekenen van de beslagvrije voet rekening heeft gehouden, zijn de broninhouders niet in staat zelfstandig, zodra het CVZ hen een opdracht tot broninhouding geeft (immers een signaal dat bestuursrechtelijke premie verschuldigd is geworden) een nieuwe beslagvrije voet te berekenen. Gezien artikel 475d Rv zal de deurwaarder dit in ieder geval op verzoek van de wanbetaler moeten doen. Nagegaan zal worden of het mogelijk is de deurwaarder de beslagvrije voet in deze gevallen aan te laten passen zonder dat de wanbetaler daar om moet vragen.

#### *Onderdeel D*

##### *subonderdeel 1*

Artikel IX, eerste lid, zoals dat in het wetsvoorstel luidt, verplicht de zorgverzekeraars om wanbetalers die op de datum van inwerkingtreding van voorliggend wetsvoorstel een premieschuld van twee of meer maanden hebben, binnen tien dagen na die inwerkingtreding een betalingsregeling aan te bieden. Zoals in de toelichting op dat artikel werd aangegeven, laat deze formulering uitdrukkelijk de mogelijkheid open, dat de verzekeraar het aanbod reeds voor de inwerkingtreding van voorliggende wet doet (meer hierover bij subonderdeel 2). Sterker, dat is met het oog op een snelle aanpak van wanbetalers zelfs gewenst.

Echter, zelfs rekening houdend met de mogelijkheid om al vooruitlopend op de wet een betalingsregeling aan te bieden, zal het voor de verzekeraars nauwelijks mogelijk zijn om iedere verzekeringnemer met een premie-achterstand van twee of meer maanden, uiterlijk tien dagen na de inwerkingtreding van de wet een serieus aanbod te hebben gedaan. Het aantal verzekeringnemers met een premie-achterstand van twee of meer maanden is daarvoor te groot. Bovendien zou dit enige maanden later een lawine-effect bij het CVZ en weer iets later bij het UWV en de SVB (als inhouders op uitkeringen van structurele wanbetalers) veroorzaken.

Om deze redenen wordt nu voorgesteld te regelen dat het aanbod zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen twee maanden na inwerkingtreding van de wet moet zijn gedaan. Aldus krijgen verzekeraars meer tijd om betrokkenen een betalingsregeling aan te bieden, terwijl de

gevalsaanlevering bij het CVZ en later het UWV en de SVB geleidelijker zal plaatsvinden.

Door voor deze deadline te kiezen, wordt – ervan uitgaande dat voorliggende wet uiterlijk op 1 juli 2009 in werking treedt – bereikt dat alle op de datum van inwerkingtreding van de wet bestaande wanbetalers die niet op het aanbod ingaan of het weigeren, voor 1 september het aanbod voor een betalingsregeling en voor 1 november 2009 de vierdemaandswaarschuwing zullen hebben ontvangen, waarna zij bij voortgaande wanbetaling (tenzij zij een geschil voor de SKGZ of de burgerlijke rechter brengen) voor 1 januari 2010 bij het CVZ zullen zijn gemeld.

#### *subonderdeel 2*

##### *Artikel IX, vijfde lid,*

Er zijn rond de 240 000 wanbetalers met een premie-achterstand van zes of meer maanden. Het is de bedoeling deze nog één keer de kans te geven om hun oude schuld af te betalen en nieuwe premie-termijnen te voldoen. Daarom zal ook hen een betalingsregeling worden aangeboden, zij het dat deze op enkele punten (zie artikel IX, tweede lid jo. art. 18a Zvw) afwijkt van het aanbod dat aan nieuwe wanbetalers zal worden gedaan (zie artikel 18a Zvw). Wordt het aanbod verworpen of wordt daarop niet gereageerd, dan is het de bedoeling betrokkenen zo snel mogelijk de vierdemaandswaarschuwing te geven en, indien ook daarop niet wordt gereageerd, hen zo snel mogelijk bij het CVZ voor de bestuursrechtelijke premie aan te melden.

De melding bij het CVZ kan pas geschieden nadat het wetsvoorstel in werking is getreden. Gezien de wens van een snelle aanpak – een aanzienlijk deel van de wanbetalers betaalt al sinds 1 januari 2006 geen premie – van de structurele wanbetalers is het echter wenselijk dat de betalingsregeling en de vierdemaandswaarschuwing zoveel mogelijk reeds voor de datum van inwerkingtreding van deze wet geschieden. Evenzo is het wenselijk dat tegen reeds voor de inwerkingtreding van voorliggend wetsvoorstel gedane vierdemaandswaarschuwingen de mogelijkheid van heroverweging en vervolgens het voorleggen van een geschil bij de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) of de burgerlijke rechter wordt gegeven, als ware de wet reeds in werking. Op zich is het voor een zorgverzekeraar mogelijk een betalingsregeling aan te bieden of een waarschuwing te sturen zonder dat daarvoor een wettelijke bepaling nodig is. Een partij die een overeenkomst heeft gesloten en die constateert dat hij in het kader daarvan niet betaald wordt, kan immers altijd een betalingsregeling aanbieden of een brief sturen waarin staat hoeveel ten onrechte niet betaald is en wat hij naar aanleiding daarvan van plan is te gaan doen. Evenzo kan een verzekerde die het met een dergelijk waarschuwing niet eens is omdat hij van mening is dat dat zijn betalingsachterstand geringer is, zonder dat dat met zoveel woorden geregeld is een heroverweging vragen of daarover een geschil bij de SKGZ of de burgerlijke rechter aanhangig maken.

Zou niets geregeld worden, dan zou er echter discussie kunnen ontstaan over de vraag of een aangeboden betalingsregeling of een vierdemaandswaarschuwing, gedaan voor de inwerkingtreding van deze wet, wel een aanbod of waarschuwing is als bedoeld in deze wet, dat wil zeggen een aanbod of een mededeling die gelden als voorwaarden voor het (na inwerkingtreding van deze wet en mits de premieschuld zes of meer maandpremies bedraagt) voor de bestuursrechtelijke premie kunnen aanmelden van betrokkenen bij het CVZ en als voorwaarden voor het kunnen ontvangen van de bijdrage, bedoeld in artikel 34a Zvw. Door middel van het nieuwe vijfde lid van artikel IX wordt deze discussie beslecht: een aanbod tot het treffen van een betalingsregeling respectievelijk een vierdemaandswaarschuwing, gedaan voor de inwerkingtreding

van voorliggend wetsvoorstel maar met inachtneming van de bepalingen als ware het wetsvoorstel al tot wet verheven, gelden als een geldige aanbieding respectievelijk geldige waarschuwing als bedoeld in deze wet. Aldus zullen de verzekeraars reeds voor de inwerkingtreding van voorliggend wetsvoorstel voor bestaande wanbetalers met de hier bedoelde voorprocedures kunnen starten, zonder het risico te lopen deze te moeten herhalen op het moment dat zij een wanbetaler bij het CVZ willen aanmelden. Ten slotte wordt nog opgemerkt dat het afsplitsen van medeverzekerden van polissen, zoals geregeld in artikel IX, derde lid, voor die verzekerden, die daar niet expliciet in bewilligen, wél pas zijn beslag zal kunnen krijgen vanaf het moment waarop het wetsvoorstel in werking zal zijn getreden.

*Artikel IX, zesde lid*

Ook nu al is er een aanzienlijke groep wanbetalers met een premieschuld van zes of meer maanden voor wie de verzekeraars, indien zij hen onverminderd verzekerd houden, een bijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds ontvangen. Voorwaarde voor die bijdrage is onder meer, dat zij blijven proberen de – iedere maand hoger wordende – schuld te incasseren, waarbij daadwerkelijk geïnde bedragen terugvloeien naar het Zorgverzekeringsfonds.

Zoals in het voorgaande is aangegeven, dienen ook deze wanbetalers een betalingsregeling aangeboden te krijgen die er niet alleen op is gericht dat nieuw vervallende premietermijnen worden voldaan, maar ook dat de bestaande schuld wordt afbetaald. Komt het niet tot een betalingsregeling tussen zorgverzekeraar en wanbetaler, dan zal de zorgverzekeraar, na de vierdemaandswaarschuwing, de wanbetaler zo snel mogelijk voor de bestuursrechtelijke premie aanmelden. Komt het wel tot een regeling, dan kan de wanbetaler, zolang hij zich aan de in de regeling neergelegde afspraken voldoet, niet voor die premie worden aangemeld (art. 18b, derde lid, juncto art. 18c, derde lid Zvw). Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft aangegeven dat het voor de zorgverzekeraars ondoenlijk is om voor iedere bestaande wanbetaler een individueel betalingsarrangement te treffen, gericht op het afbetalen van de reeds opgebouwde schulden. In plaats daarvan zullen de zorgverzekeraars de wanbetalers naar de schuldhulpverlening verwijzen. ZN verwacht dat in het kader van de schuldhulpverlening de verzekeraars regelmatig zal worden gevraagd, om, onder de voorwaarde dat de wanbetaler een deel van de schuld afbetaalt, de restantschuld kwijt te schelden. De zorgverzekeraars hebben aangegeven hiertoe bereid te zijn, mits dit er niet toe leidt dat zij, wegens het verrichten van onvoldoende incasso-inspanningen, hun recht op hun bijdrage voor het verzekerd houden van wanbetalers verliezen. Zij hebben gevraagd de voorwaarden waaronder zij een schuld die een wanbetaler bij hen heeft opgebouwd mogen kwijtschelden, bij ministeriële regeling vast te leggen. Voorliggende wijziging voorziet daarin.

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

Vergaderjaar 2008–2009

**31 736**

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

**Nr. 8**

**AMENDEMENT VAN HET LID SMILDE**

← **Aangenomen**

Ontvangen 28 januari 2009

De ondergetekende stelt het volgende amendement voor:

In artikel I, onderdeel F, wordt in artikel 18a, vierde lid, na «schuldhulpverlening» toegevoegd: , waarbij hij tevens informatie verstrekt over de vormen hiervan en wijze waarop deze kan worden verzocht.

**Toelichting**

Met dit amendement wordt beoogd maximale inspanningen te doen om te voorkomen dat (financieel) onmachtigen verdere premieachterstand oplopen en alsnog in het bestuursrechtelijk regime terechtkomen. Zorgverzekeraars dienen zich er van te vergewissen dat niet enkel verwezen wordt naar de schuldhulpverlening, maar daar ook de vormen van en wijzen waarop deze kan worden verzocht worden geëxpliciteerd.

Met «schuldhulpverlening» wordt hier bedoeld schuldsanering in de zin van de Faillissementswet en schuldbemiddeling in de zin van art. 48 van de Wet op het consumentenkrediet.

Smilde

Vergaderjaar 2008–2009

**31 736**

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

**Nr. 9**

### **AMENDEMENT VAN HET LID VAN GERVEN**

← **Verworpen**

Ontvangen 28 januari 2009

De ondergetekende stelt het volgende amendement voor:

Artikel I, onderdeel F, artikel 18d, tweede lid, komt te luiden:

2. Bij algemene maatregel van bestuur wordt de hoogte van de bestuursrechtelijke premie vastgesteld, waarbij het gedeelte dat de tot een maandbedrag herleide standaardpremie, bedoeld in de Wet op de zorgtoeslag, overschrijdt, in ieder geval niet hoger mag zijn dan redelijk is ter verkrijging van voldoening buiten rechte.

#### **Toelichting**

In het wetsvoorstel wordt geregeld dat mensen die een premieschuld hebben van zes maanden of meer, een bestuursrechtelijke premie verschuldigd zijn van 130%. Dat is een fors bedrag, waarmee het onnodige risico bestaat dat mensen verder in de (financiële) problemen komen dan noodzakelijk. Niet is aangetoond dat de dreiging van een verschuldigde premie van 130% van de oorspronkelijke waarde leidt tot een beter betalingsgedrag en aldus preventief werkt. Nu er andere maatregelen voorhanden zijn om te voorkomen dat mensen een dergelijke premieschuld oplopen, en er tevens andere mogelijkheden zijn om de premie alsnog te incasseren, is een bestuursrechtelijke premie van 130% onwenselijk, en dient dit bedrag te worden teruggebracht tot de reële kosten van het incasseren van betalingsachterstanden.

Dit amendement beoogt de bestuursrechtelijke premie bij algemene maatregel van bestuur vast te stellen. In de algemene maatregel van bestuur kan worden aangesloten bij de ontstane praktijk in het civiele recht, waar het bedrag ter verkrijging van voldoening buiten rechte niet hoger mag zijn dan redelijk. Om uniformiteit in de rechterlijke uitspraken te brengen heeft de Nederlandse Vereniging voor Rechtspraak aanbevelingen gedaan over de wijze waarop de rechter in de praktijk kan omgaan met het begrip «redelijk». Deze aanbevelingen zijn neergelegd in het Rapport Voorwerk II, dat ook een staffel bevat met tarieven. Volgens deze staffel bedragen incassokosten niet meer dan 15% van de hoofdsom, behalve in het geval van vorderingen lager dan € 250 maar daar zal bij een premieschuld van zes maanden of meer nooit sprake van zijn.

De algemene maatregel van bestuur dient een verwijzing te bevatten



naar het Rapport Voorwerk II, en bewerkstelligt daarmee dat het de bestuursrechtelijke premie niet hoger is dan noodzakelijk is, en wordt teruggebracht tot een redelijk bedrag ter voldoening van de kosten.

Van Gerven

Vergaderjaar 2008–2009

**31 736**

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

**Nr. 10**

**MOTIE VAN HET LID VAN GERVEN**

Voorgesteld 28 januari 2009

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende, dat voor gezinnen op het sociale minimum ingeval van een premieschuld van langer dan zes maanden 100% bronheffing plaatsvindt;

overwegende, dat 130% bronheffing bij verzekeringsnemers met een periodiek inkomen tot 120% van het voor hun gezin geldende sociale minimum voor grote financiële gevolgen kan zorgen;

verzoekt de regering voor huishoudens met een inkomen tot 120% van het sociale minimum slechts 100% bronheffing in het kader van de wijziging van de Zorgverzekeringswet (31 736) toe te passen,

en gaat over tot de orde van de dag.

Van Gerven

Vergaderjaar 2008–2009

**31 736**

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

**Nr. 11**

### **AMENDEMENT VAN HET LID VAN GERVEN**

Aangenomen

Ontvangen 29 januari 2009

De ondergetekende stelt het volgende amendement voor:

Artikel I, onderdeel F, wordt als volgt gewijzigd:

I

In artikel 18c, tweede lid, wordt, onder vervanging van de punt aan het slot door een puntkomma, een onderdeel toegevoegd, luidende:

d. ingeval 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 overeenkomst tot stabilisatie van zijn schulden heeft gesloten.

II

In artikel 18d, derde lid, wordt onderdeel c vervangen door:

c. door tussenkomst van een schuldhulpverlener als bedoeld in artikel 48 van de Wet op het consumentenkrediet een overeenkomst als bedoeld in artikel 18c, tweede lid, onderdeel d, is gesloten of een schuldregeling tot stand is gekomen waarin, naast de verzekeringnemer, ten minste zijn zorgverzekeraar deelneemt.

### **Toelichting**

Dit amendement bewerkstelligt dat er geen melding voor heffing van bestuursrechtelijke premie plaats heeft, indien de verzekeringnemer een stabilisatieovereenkomst in het kader van schuldbemiddeling heeft gesloten (onderdeel I). Verder meldt de zorgverzekeraar aan het Cvz het bestaan van een dergelijke overeenkomst nadat de bestuursrechtelijke premie is ingegaan (onderdeel II).

In artikel 18d wordt er van uitgegaan dat de verzekeringnemer zich meldt bij een schuldhulpverlener nadat de bronheffing is opgelegd. Er zijn verzekeringnemers die op basis van de aanmaningen niet kunnen betalen en zich aanmelden bij de schuldhulpverlening. Deze verzekeringnemers zouden gevrijwaard moeten blijven van bronheffing. Immers zij zijn niet-kunners, die wel willen betalen, maar niet kunnen. De schuldhulpverle-

ner garandeert middels budgetbeheer dat lopende premies worden voldaan aan de zorgverzekeraar. Voor de schuld komt een minnelijk saneringsvoorstel.

Een minnelijk traject schuldhulpverlening ziet er globaal als volgt uit. De klant (schuldenaar) vult een aanvraag schuldregeling in en levert deze in bij een schuldhulpverleningsinstantie. De klant wordt uitgenodigd voor een intakegesprek. Op basis van deze intake wordt door de schuldhulpverleningsinstantie een Plan van Aanpak gemaakt. Indien de klant akkoord is met het Plan van Aanpak tekent hij een stabilisatieovereenkomst. De stabilisatieperiode is bedoeld om de klant te stabiliseren; budgetbeheer wordt opgestart en belemmeringen om te kunnen schuldregelen (bijvoorbeeld een verslaving) worden opgelost. De stabilisatieperiode duurt één tot zes maanden. Na het stabilisatietraject start het daadwerkelijke schuldregelen (inventariseren, voorstellen doen, etc.) middels een schuldregelingsovereenkomst.

In de nota naar aanleiding van het verslag schrijft de Minister op bladzijde 25 dat aanmelding voor de schuldhulpverlening onvoldoende basis is om te concluderen dat de betalingsachterstand wordt opgelost en dat de verzekerde verschuldigde premie voortaan aan zijn zorgverzekeraar betaalt. Het kabinet vindt een overeenkomst van schuldhulpverlening een noodzakelijke voorwaarde voor dit vertrouwen. Welke overeenkomst het kabinet bedoeld wordt niet aangegeven. Gezien voornoemde toelichting is het verstandig om uit te gaan van de stabilisatieovereenkomst.

De belastingdienst stopt eveneens invorderingsmaatregelen bij overlegging van een getekende stabilisatieovereenkomst. Dit staat in artikel 73.5.2. van de leidraad invordering 2008. Toevoeging van dit amendement in de wet zorgt dus voor een consistent beleid van de overheid inzake medewerking aan minnelijke schuldhulpverlening.

Van Gerven

Vergaderjaar 2008–2009

**31 736**

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

**Nr. 12**

**AMENDEMENT VAN HET LID VAN GERVEN**

Verworpen

Ontvangen 29 januari 2009

De ondergetekende stelt het volgende amendement voor:

Na artikel IV wordt een nieuw artikel ingevoegd, luidende:

**ARTIKEL V**

Artikel 287b, tweede lid, van de Faillissementswet wordt vervangen door:

2. Onder een bedreigende situatie, als bedoeld in het eerste lid, wordt verstaan gedwongen woningontruiming, beëindiging van de levering van gas, elektra of water, opzegging dan wel ontbinding van de zorgverzekering of heffing van bestuursrechtelijke premie als bedoeld in artikel 18d, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet.

**Toelichting**

Artikel 287b, tweede lid, van de Faillissementswet maakt een voorlopige voorziening in het kader van schuldsanering mogelijk als er sprake is van een bedreigende situatie. Het artikel noemt reeds de opheffing of ontbinding van de zorgverzekering als bedreigende situatie. Dit amendement voegt daaraan toe de heffing van bestuursrechtelijke premie zoals ingevoerd in dit wetsvoorstel.

Van Gerven

Vergaderjaar 2008–2009

**31 736**

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

**Nr. 13**

**BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 2 februari 2009

Tijdens de plenaire behandeling op 28 januari 2009 in uw Kamer van het voorstel 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 (structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering; Kamerstukken II 2008/09, 31 736)» zijn er amendementen ingediend door mevrouw Smilde en de heer Van Gerven (nummers 8 en 9). De heer Van Gerven heeft toen tevens een motie ingediend (nummer 10). Op beide amendementen en op de motie heb ik in de tweede termijn van de behandeling al gereageerd.

Na de behandeling heeft de heer Van Gerven nog twee amendementen ingediend.

In deze brief vat ik mijn reactie op de op 28 januari ingediende amendementen en de motie nog eens samen. Daarnaast geef ik u mijn reactie op de nagezonden amendementen van de heer Van Gerven (nummers 11 en 12).

*Kamerstukken II 2008/09, 31 376, nr. 8 (amendement 8; lid Smilde)*

Het oordeel over het amendement van mevrouw Smilde – met betrekking tot het verstrekken van informatie over vormen van schuldhulpverlening en de manier waarop hierom kan worden verzocht – laat ik graag aan de Kamer over. Zoals ik al aangaf beschouw ik het als ondersteuning van de lijn die in het wetsvoorstel is gekozen.

*Kamerstukken II 2008/09, 31 376, nr. 9 (amendement 9; lid Van Gerven)*

Het amendement van de heer Van Gerven – waarin wordt voorgesteld de hoogte van de bestuursrechtelijke premie bij algemene maatregel van bestuur vast te stellen en de opslag op de standaardpremie te beperken tot 15% – ontraad ik.

De opslag moet voldoende prikkel bieden om het onaantrekkelijk te maken in het bestuursrechtelijke premieregime te komen of te blijven.

Betaling aan de zorgverzekeraar moet de normale manier van betalen zijn. Met de mogelijkheden die beschikbaar zijn om via schuldsanering en schuldhulpverlening uit de bestuursrechtelijke inning te geraken en met de wijze waarop het bestaansminimum wordt ontzien, is voldoende zeker gesteld dat lagere inkomens worden ontzien.

*Kamerstukken II 2008/09, 31 376, nr. 10 (motie 10; lid Van Gerven)*

De motie van de heer Van Gerven – om de bronheffing bij gezinnen met inkomens tot 120% van het minimumloon altijd te beperken tot 100% van de standaardpremie – ontraad ik eveneens. Ook voor deze gezinnen met inkomens tot 120% van het minimuminkomen geldt dat zij, samen met de zorgtoeslag, in staat worden geacht om de 130% te voldoen via de bronheffing.

Voor het overige verwijs ik naar mijn argumentatie bij amendement nr. 9.

*Kamerstukken II 2008/09, 31 376, nr. 11 (amendement 11; Van Gerven)*

Het eerste onderdeel van amendement 11 lijkt met de toevoeging aan artikel 18c, tweede lid, Zorgverzekeringswet (Zvw) een nieuwe mogelijkheid te creëren om te voorkomen dat een verzekerde met betalingsachterstand, die mee wil werken aan de oplossing van zijn schuldprobleem, te maken krijgt met de bestuursrechtelijke premie.

Deze toevoeging is naar mijn mening echter overbodig en, voor zover de heer Van Gerven beoogt de zorgverzekeraars in alle gevallen te verplichten af te zien van aanmelding voor het bestuursrechtelijke premiëregiem zodra een overeenkomst tot schuldstabilisatie is gesloten, bovendien ongewenst.

Wat betreft de overbodigheid het volgende. In artikel 18b, derde lid, Zvw, zal worden geregeld dat een verzekeraar, zelfs al bedraagt de premieachterstand volgens zijn administratie vier (of, in het kader van de overgangsgevallen: meer) maanden, geen vierdemaandswaarschuwing doet indien een wanbetaler de eerder aangeboden betalingsregeling heeft aanvaard, zolang althans betrokkene de nieuw vervallende premiëtermijnen voldoet. In artikel 18c, derde lid, Zvw staat vervolgens dat een onderdeel van de melding bij het College zorgverzekeringen een verklaring van de zorgverzekeraar is, dat hij – onder meer – artikel 18b Zvw in acht heeft genomen. Dat wil zeggen dat een onderdeel van de melding is, een verklaring dat hij de vierdemaandswaarschuwing heeft gedaan en dat hij de wanbetaler voldoende in de gelegenheid heeft gesteld daartegen op te komen. Het is dus niet mogelijk iemand voor het bestuursrechtelijke premiëregiem aan te melden als hem niet eerder de vierdemaandswaarschuwing is gezonden. Aangezien mensen die zich aan hun betalingsregeling houden geen vierdemaandswaarschuwing krijgen (art. 18b, derde lid), kunnen ze ook niet voor de bestuursrechtelijke premie worden aangemeld (art. 18c, derde lid).

In het wetsvoorstel wordt de zorgverzekeraar heel bewust enige vrijheid gelaten inzake de inhoud van de betalingsregeling die hij na twee maanden premieachterstand dient aan te bieden. Daarvoor is vooral gekozen om de verzekeraar (in overleg met de wanbetaler) de gelegenheid te geven de inhoud van de betalingsregeling toe te snijden op de specifieke situatie van de wanbetaler. Het is heel goed mogelijk dat bij de uitvoering van de betalingsregeling een schuldstabilisatieovereenkomst of een andere vorm van hulpverlening een rol speelt. Tenminste als daarbij wordt voorzien in het betalen van toekomstige zorgpremies. Bij een schuldstabilisatieovereenkomst an sich, hoeft de verzekeraar niet persé betrokken te zijn. Ik vind het daarom te ver gaan en derhalve ongewenst, om bij de wet te regelen dat louter het hebben gesloten van zo'n overeen-

komst ertoe leidt dat een wanbetaler nooit voor het bestuursrechtelijke premieregiem wordt aangemeld.

Zoals reeds uit het voorgaande volgt, is het een ander verhaal indien een schuldstabilisatieovereenkomst deel uitmaakt van een tussen de zorgverzekeraar en de wanbetaler overeengekomen betalingsarrangement: in dat geval is er een betalingsregeling, en zolang de wanbetaler zich aan die regeling houdt, mag hij niet voor het bestuursrechtelijke premieregiem worden aangemeld.

De voorgestelde wijziging van artikel 18d, derde lid, Zvw sluit naar mijn mening niet aan op die van artikel 18c Zvw. Weliswaar gaan beide over een «overeenkomst tot stabilisatie van schulden», maar alleen aan artikel 18d derde lid wordt aan het hebben van een overeenkomst een rechtstreeks juridisch gevolg toegekend. Namelijk beëindiging van de bestuursrechtelijke premie-inning en terugkeer naar de normale premiebetaling aan de zorgverzekeraar, nadat overeenstemming is bereikt over de wijze waarop de schuld aan de zorgverzekeraar wordt afgelost.

In artikel 18d, derde lid, Zvw gaat het dan ook over een overeenkomst tussen verzekeringnemer/wanbetaler en zorgverzekeraar, die met behulp van een schuldhulpverlener tot stand is gekomen. In het amendement wordt voorgesteld de zorgverzekeraar tot afmelding te verplichten als de verzekerde en een schuldhulpverlener een schuldstabilisatieovereenkomst hebben gesloten. Bij deze overeenkomst is de zorgverzekeraar niet persé een partij. De aflossing van de schuld aan de zorgverzekeraar is het private deel van het traject en hier moet het oordeel van de zorgverzekeraar over de aangeboden oplossing van de schuld doorslaggevend blijven. Dit onderdeel van het amendement van de heer Van Gerven acht ik dus op principiële gronden ongewenst.

Ik ontraad derhalve het amendement.

*Kamerstukken II 2008/09, 31 376, nr. 12 (amendement 12)*

Iemand die de rechter heeft gevraagd de schuldsaneringsregeling op hem van toepassing te verklaren, kan die rechter tevens om een voorlopige voorziening vragen als sprake is van een «bedreigende situatie». Van zo'n situatie is, aldus artikel 287b, tweede lid, van de Faillissementswet (Fw) sprake indien de schuldenaar uit zijn woonhuis dreigt te worden gezet, als levering van gas, elektra of water dreigt te worden stopgezet of als opzegging of ontbinding van de zorgverzekering dreigt. De voorlopige voorziening houdt dan in dat de desbetreffende schuldeiser (verhuurder, nutsbedrijf, zorgverzekeraar) hier gedurende maximaal een half jaar niet toe mag over gaan.

De heer Van Gerven stelt in amendement 12 voor om aan het rijtje bedreigende situaties in artikel 287b Fw toe te voegen dat er ook sprake is van een bedreigende situatie indien iemand de bestuursrechtelijke premie, bedoeld in artikel 18d, eerste lid, Zvw verschuldigd is. Ook in die situatie moet de rechter, op verzoek van de wanbetaler, dan een voorlopige voorziening kunnen geven, inhoudende dat de zorgverzekering niet wordt opgezegd of ontbonden.

Dit acht ik een overbodige toevoeging. Immers, een van de uitgangspunten van het wetsvoorstel «structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering» is nu juist dat de zorgverzekering van een wanbetaler niet wordt opgezegd of ontbonden, maar dat deze, nadat de premieschuld tot een bedrag ter hoogte van zes maandpremies is opgelopen, onverminderd wordt voortgezet, zij het tegen de hogere, bestuursrechtelijke premie. Aangezien de verzekeraars vanaf dat moment vanuit het Zorgverzekeringsfonds een voldoende hoge bijdrage zullen ontvangen voor het laten doorlopen van de verzekering, hebben zij er geen belang bij om



desondanks toch te proberen de verzekering te beëindigen. In hun «wanbetalersprotocol» zullen zij dan ook opnemen dat zij dat niet zullen doen. Derhalve is het niet nodig in artikel 287b Fw te regelen dat een wanbetaler de rechter kan vragen om in zo'n geval uit te spreken dat de zorgverzekeraar de verzekering niet mag opzeggen of ontbinden.

Ik ontraad derhalve het amendement.

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

# 47ste vergadering

Woensdag 28 januari 2009

Aanvang 10.15 uur

## Voorzitter: Gerkens

Tegenwoordig zijn 130 leden, te weten:

Aasted Madsen-van Stiphout, Agema, Anker, Aptroot, Arib, Atsma, Azough, Van Baalen, Bashir, Van Beek, Besselink, Bilder, Blok, Van Bochove, Boelhouwer, Van Bommel, Bosma, Bouchibti, Bouwmeester, Brinkman, Van der Burg, Van de Camp, Çörüz, Cramer, Depla, Dezentjé Hamming-Bluemink, Dibi, Tony van Dijk, Jasper van Dijk, Jan Jacob van Dijk, Van Dijken, Elias, Ferrier, Van Gent, Gerkens, Van Gerven, Gesthuizen, Gill'ard, Graus, Griffith, Van Haersma Buma, Halsema, Van der Ham, Hamer, Haverkamp, Heerts, Heijnen, Hessels, Van Heugten, Ten Hoopen, Irrgang, Jacobi, Jager, Jansen, Joldersma, Kalma, Kant, Karabulut, Koopmans, Koppejan, Kraneveldt-van der Veen, De Krom, Kuiken, Langkamp, Leerdam, Van Leeuwen, Leijten, Lempens, Luijben, Madlener, Mastwijk, Van Miltenburg, Neppérus, De Nerée tot Babberich, Nicolaï, Ormel, Ortega-Martijn, Ouweland, De Pater-van der Meer, Pechtold, Peters, Polderman, Poppe, Van Raak, Remkes, Roefs, Roemer, De Roos-Consemulder, De Rouwe, Rutte, Samsom, Sap, Schermers, Schinkelshoek, Schippers, Schreijer-Pierik, Slob, Smeets, Smilde, Smits, Snijder-Hazelhoff, Spekman, Spies, Van der Staaï, Sterk, Tang, Teeven, Thieme, Tichelaar, Timmer, Van Toorenburg, Uitslag, Ulenbelt, Van der Veen, Van Velzen, Verbeet, Verdonk, Vermeij, Vietsch, Van der Vlies, Voordewind, Vos, Jan de Vries, Van Vroonhoven-Kok, Wiegman-van Meppelen Scheppink, Wilders, Willemse-van der Ploeg, De Wit, Wolbert en Zijlstra,

en mevrouw Ter Horst, minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, de heer Donner, minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, de heer Klink, minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de heer Van der Laan, minister voor Wonen, Wijken en Integratie, en mevrouw Huizinga-Heringa, staatssecretaris van Verkeer en Waterstaat.

De **voorzitter**: Ik deel aan de Kamer mee dat het lid Biskop zich heeft afgemeld.

Deze mededeling wordt voor kennisgeving aangenomen.

---

Aan de orde is de behandeling van:

- **het wetsvoorstel Wijziging van de Zorgverzekeringswet, de Wet op de zorgtoeslag en enige andere wetten, houdende maatregelen om ook wanbetalers voor hun zorgverzekering te laten betalen (structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering) (31736).**

De algemene beraadslaging wordt geopend.

De **voorzitter**: Ik zie dat mevrouw Agema nog niet aanwezig is. Ik schors de vergadering enkele ogenblikken.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Met de invoering van de Zorgverzekeringswet is Nederland opgetuigd met een zeer ingewikkelde wet. Omwille van concurrentie en marktwerking in de zorg is de financiering in tweeën gehakt. De ene helft wordt probleemloos inkomensafhankelijk geheven en de andere via vaste nominale premies.

Wat zijn de effecten van deze wet? Allereerst de aantasting van de solidariteit: Jan Modaal betaalt evenveel aan nominale premie als een miljonair. In de tweede plaats komt er een enorme toename van de bureaucratie door de invoering van het eigen risico en de zorgtoeslag voor de lagere en laagste inkomens. Dat is de prijs die wij betalen voor de concurrentie. In de derde plaats zijn er problemen met de betaalbaarheid van de nominale premies. Sommigen noemen de Zorgverzekeringswet een succes, omdat de premies minder zijn gestegen dan verwacht. 60% van de bevolking denkt daar echter anders over en wil het ziekenfonds terug.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik begrijp van de heer Van Gerven dat iedereen dezelfde premie betaalt, of je nu arm bent of rijk. Naar mijn idee wordt dat echter voor een deel gecompenseerd door de zorgtoeslag. Of vergis ik mij daarin?

De heer **Van Gerven** (SP): De heer Van der Veen vergist zich daar niet in, maar de zorgtoeslag wordt gecompenseerd tot ongeveer een modaal inkomen. Daarboven betaalt iedereen de volle 100% van de nominale premie en is er dus geen sprake van solidariteit. De heer Van der

## Van Gerven

Veen heeft het goed gehoord: Jan Modaal betaalt evenveel als die miljonair. Dat is een gebrek aan solidariteit in de Zorgverzekeringswet.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Dat was in de Ziekenfondswet toch ook het geval? Op een gegeven ogenblik werden dezelfde bedragen betaald. Die waren niet eindeloos inkomensafhankelijk.

De heer **Van Gerven** (SP): Omdat de Ziekenfondswet beperkt was tot een bepaald inkomen. Daarna ging je over naar de particuliere verzekering. De SP is altijd een voorstander van een ziektekostenstelsel geweest met premieheffing naar draagkracht over de volle linie van het inkomen. Dat zou de heer Van Gerven toch moeten aanspreken als socialist.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik wil de heer Van Gerven bedanken voor dit compliment. Hij ziet het echt goed.

De heer **Van Gerven** (SP): Goed! Misschien kunnen wij nog zaken doen in de loop van de dag.

Voorzitter. 60% van de bevolking wil het oude ziekenfonds terug. Zij ervaren dat zij nu meer moeten betalen voor minder zorg. Het pakket is immers verkleind en het eigen risico is als straf voor ziekte ingevoerd. Voor dit jaar is de vergoeding voor de sta-opstoel geheel en die voor de slaap- en kalmeringsmiddelen grotendeels geschrapt. Het aanvullende pakket – voor velen vanwege hun ziekte of handicap noodzakelijk – kende dit jaar echter een stijging van circa 8%. Dat hakt erin bij chronisch zieken, gehandicapten en de lagere inkomens. De stijging van het aantal wanbetalers is met 26% naar 240.000 in 2007 zeer fors te noemen. In de achterstandswijken is die stijging nog fors, namelijk 40%. Ik vrees dat wij in 2008 nog een verdere stijging te zien zullen krijgen. Heeft de minister al cijfers over de laatste stand van zaken?

De SP-fractie heeft tegen de Zorgverzekeringswet gestemd. Zij is namelijk voorstandster van een sociale ziektekostenverzekering met volledige premieheffing naar draagkracht. Deze zal er vroeg of laat ook komen; daar ben ik van overtuigd. Dat is namelijk wat een grote meerderheid van de samenleving wil. Dan zouden wij nauwelijks of geen vaste premies hebben en dan zou het probleem van de wanbetalers tot een minimum beperkt zijn. Dat probleem wordt nu door de Zorgverzekeringswet steeds groter. Het is daarom onbegrijpelijk dat er in de Kamer geen meerderheid was voor het plan dat de SP bij de algemene beschouwingen heeft ingediend voor de invoering van een meer solidair ziektekostenstelsel. Ons plan zou ertoe leiden dat de lagere inkomens meer worden ontzien en dat de vaste premies worden verlaagd naar ruim € 30 per maand en het eigen risico en de zorgtoeslag verdwijnen.

Mevrouw **Smilde** (CDA): U zegt dat het aantal wanbetalers toeneemt. Bij het ziekenfonds was het aantal wanbetalers echter even groot. Het aantal verzekerden is bij de Zorgverzekeringswet echter veel groter, want daar zitten ook de voorheen particulier verzekerden en de ambtenaren bij. Hoe kijkt u daar tegenaan? U staat kennelijk het ziekenfonds als ideaal voor ogen, maar daar was het aantal wanbetalers even groot, ook rond de 250.000.

De heer **Van Gerven** (SP): Het aantal wanbetalers is in 2007 met een kwart gegroeid. Dat was onder het nieuwe stelsel. Dat heeft nadrukkelijk te maken met de hoge nominale premies, die mensen kennelijk niet betalen, omdat zij in de schulden zitten of om andere redenen. Dat is één aspect. Het tweede is dat in het ziektekostenstelsel het aantal wanbetalers wel in dezelfde orde van grootte lag, maar dat de bedragen veel lager waren. Dat had een veel geringere aanslag op de solidariteit tot gevolg dan nu het geval is.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Uw punt is dat het aantal wanbetalers bij de nieuwe Zorgverzekeringswet enorm toeneemt. Daar maak ik een opmerking over. Het aantal ziekenfondsverzekerden was kleiner dan het aantal verzekerden in het kader van de Zorgverzekeringswet, maar het aantal wanbetalers was even groot.

De heer **Van Gerven** (SP): Maar de bedragen waren wel veel lager. Je had een aanvullende verzekering, maar die was maar een paar euro. Dat stelde in financiële zin niets voor. U weet ook dat onder het ziektekostenstelsel er niet heel erg achter de groep aangezeten werd, omdat dat financieel nauwelijks effecten had. Nu worden er veel meer inspanningen gepleegd om de nominale premies te innen. Je ziet dat dat geen effect heeft. Integendeel, het aantal mensen dat wanbetaler is, is opgelopen.

Nu zitten wij dus opgescheept met een ingewikkelde, oneerlijke wet, met een toenemend aantal wanbetalers. De minister komt met reparatiewetgeving die het nog ingewikkelder maakt. De wet die nu voorligt, is niet een wet van de SP. Wij zouden het anders oplossen. Dat moge duidelijk zijn. Maar uitgaande van de politieke werkelijkheid, zal deze reparatiewet er wel komen. Hoe lossen wij het probleem van de wanbetalers dan het beste op binnen het huidige systeem? De minister wil bronheffing invoeren wanneer mensen zes maanden hun vaste premies niet hebben betaald. Daarbij grijpt hij naar het middel dat automatisch zou worden toegepast bij een ziektekostenstelsel met volledige premieheffing naar draagkracht. Een publiekrechtelijke oplossing is kennelijk effectiever dan een privaatrechtelijke.

Wij hebben een aantal kanttekeningen bij en vragen over het voorstel. Verder zullen wij voorstellen doen om de uitvoering socialer en beter te maken. Daarbij is het belangrijk, een goed onderscheid te maken tussen de wel-willers, maar niet-kunners en de notoire wanbetaler. De minister stel dat dit onderscheid tussen die twee groepen door het huidige voorstel goed kan worden gemaakt. Als een wanbetaler niet reageert op de pogingen van de ziektekostenverzekeraar na twee en vier maanden, dan is er sprake van een notoire wanbetaler, zo vat ik het maar samen. Dat kun je naar de mening van de SP echter niet zo maar stellen. De wereld zit toch iets ingewikkelder in elkaar. Een aantal mensen is, om wat voor reden dan ook, niet in staat om de premies te betalen. Dat kan zijn vanwege schulden, maar ook om sociale, maatschappelijke, psychische of lichamelijke redenen. Bovendien geeft de ombudsman aan dat veel mensen wanbetaler zijn vanwege de ingewikkeldheid van de regelingen. De zeef die de minister voorstelt, is onvoldoende. Daarom stelt de SP voor dat de ziektekostenverzekeraar cruciale brieven aangetekend verstuurt en dat, als verzekerden twee maanden geen premie hebben betaald, zij persoonlijk thuis worden bezocht door de ziektekostenverzekeraar. Het persoonlijke

## Van Gerven

contact kan zeer veel duidelijkheid scheppen over de redenen van wanbetaling en de gewenste oplossing, zoals schuldsanering en begeleiding door het maatschappelijk werk. Dit is zeker van belang als wij kijken naar de samenstelling van de groep wanbetalers. In deze groep zijn uitkeringsgerechtigden, alleenstaandeoudergezinnen en allochtonen oververtegenwoordigd. De omstandigheden waarin mensen verkeren, spelen kennelijk een belangrijke rol.

Door een persoonlijk bezoek kan de ziektekostenverzekeraar een betere inschatting maken of hij met een notoire wanbetaler van doen heeft of niet. De tweemaandengrens biedt tevens volop mogelijkheden om tot een oplossing te komen alvorens het traject van de bronheffing via het College voor Zorgverzekeringen wordt ingegaan. Bovendien komt men met het persoonlijk bezoek tegemoet aan het bezwaar van de Raad van State dat het de ziektekostenverzekeraar met de huidige wet te gemakkelijk wordt gemaakt om de wanbetalingproblemen af te schuiven op het collectief.

Voorts is de SP-fractie er voorstander van dat het onmogelijk wordt gemaakt dat verzekeraars verzekerden royeren, zoals ook het geval was bij het oude ziekenfonds. Dat geeft enerzijds de verzekerde meer rechtszekerheid en stimuleert anderzijds de verzekeraars om een adequaat incassobeleid te voeren. Bovendien is het voor de SP-fractie onaanvaardbaar dat door een royement kinderen die part nog deel hebben aan de problematiek, de dupe zouden kunnen worden. Er zijn nog steeds 40.000 kinderen niet verzekerd. Wij moeten zorgen dat dit niet voorkomt. De SP-fractie overweegt op dit punt een motie in te dienen en hoort graag een reactie van de minister.

Het is de vraag wat er moet gebeuren met degenen die wel willen maar niet kunnen. Is het gerechtvaardigd deze groep op te zadelen met een bronheffing van 130%? Zou het niet billijk zijn voor deze groep een uitzondering te maken en de bronheffing op 100% te stellen? Wat is immers het nut als iemand die onmachtig is door mentale beperkingen of lichamelijke gebreken, een boete van 130% krijgt opgelegd? Ook de Raad van State heeft zijn bedenkingen op dit punt en noemt het niet effectief. Wat is het nut, zo vraag ik de minister?

Ook vraagt de SP-fractie zich af of de boete überhaupt niet te hoog is. Zou deze niet beperkt moeten zijn tot de werkelijke kosten? Is een maximum van 15% niet redelijker? Een dergelijk percentage past beter bij de ontstane praktijk in het civiele recht, waarbij de incassokosten niet meer dan 15% bedragen van de verschuldigde som. Ik vraag de minister of wij die weg niet moeten volgen.

Het is belangrijk dat mensen uit de neerwaartse spiraal komen en niet verder afglijden. Het oplossen van schulden is zeer moeizaam en taai. Het vergt veel van mensen, die vaak jarenlang op het absolute minimum moeten leven. Iedereen die te maken heeft met het armoedevraagstuk, weet dat dit geen sinecure is. Een middel moet een doel dienen en het is de vraag of het middel, namelijk afschrikking en straf, ons niet verder afbrengt van het doel, namelijk het tegengaan van wanbetaling en het maken van schulden.

Ook de Koninklijke Beroepsorganisatie van Gerechtsdeurwaarders uit bedenkingen. Zij stelt dat onvoldoende rekening wordt gehouden met de algehele schulden situatie van de verzekerde. Ik citeer: "De kans dat een wanbetalende verzekerde tot in lengte van jaren 130%

van de oorspronkelijke nominale premie moet voldoen, is groot." De SP-fractie zal op dit punt een amendement indienen.

Het is goed dat de minister voorstelt om voor de mensen die een minimuminkomen hebben, de bronheffing op 100% te stellen. Ik ga ervan uit dat dit geldt voor elk minimuminkomen, onafhankelijk van de bron, of dit nu wordt verworven via een uitkering of via betaald werk. Er ligt een duidelijke relatie tussen wanbetaling en inkomen. Zo komt bij de bijstandsgerechtigden en de bevolkingsgroepen met een lagere sociaaleconomische status wanbetaling drie- tot viermaal zo vaak voor. Daarom ligt het voor de SP-fractie in de rede om de grens waarbij de bronheffing 100% bedraagt, te verhogen naar 120% van de bijstandsnorm. Deze grens hanteren veel gemeenten bij de bijzondere bijstand en de norm wordt ook gehanteerd bij de eigen bijdrage thuiszorg, bij de Wmo en de AWBZ. Het voordeel van de ophoging van de norm is dat de minimale koopkracht van deze groepen beter wordt gewaarborgd en dat de mogelijkheden voor schuldsanering worden vergemakkelijkt. Wat vindt de minister van deze suggestie? Wij overwegen op dit punt een motie of een amendement in te dienen.

Een belangrijk probleem blijft dat de minister de 30% boete bij de minima niet via bronheffing maar op een andere manier wil zien binnen te halen. Hij denkt aan dwangbevelen en beslag na aanmaning, maar dat gaat toch niet werken, minister, dat is toch een schijnoplossing? U stelt dat ook minima een vermogen kunnen hebben, maar u weet toch dat bijstandsgerechtigden slechts weinig vermogen mogen hebben om voor een uitkering in aanmerking te komen? Is het dan niet veel reëler om deze groep geen boete op te leggen?

Het College voor Zorgverzekeringen zal een beleidsregel maken wanneer restanten van niet geïnde bestuursrechtelijke premies als oninbaar moeten worden beschouwd en kunnen worden kwijtgescholden, maar welke regels, zo vraag ik de minister, worden hiervoor gehanteerd? Is het niet zijn taak om daar richtinggevende uitspraken over te doen?

De relatie met de bestaande schuldsaneringstrajecten is cruciaal. Zit er in de huidige voorstellen geen enkele tegenstrijdigheid met de bestaande regelingen? Heeft de minister een onvoorwaardelijk ja van de Nederlandse Vereniging voor Schuldhulpverlening, de NVVK? Kan hij dat bevestigen? Ik denk namelijk dat dit niet het geval is. Is het bijvoorbeeld juist dat er nog steeds geen wanbetalersprotocol ligt tussen Zorgverzekeraars Nederland, Sociale Zaken, VWS, Divosa en de VNG? Wat is daarvan de reden? Is het juist dat vooral Zorgverzekeraars Nederland dwarsligt? Waarom wordt niet eenzelfde regeling gevolgd als bij de vier grote energiebedrijven, namelijk dat de bronheffing stopt op het moment dat de wanbetaler zich heeft aangemeld bij de schuldhulpverlening en budgetbeheer kan plaatsvinden, zodat de zorgverzekeraar gegarandeerd zijn premie binnen krijgt? Ook op dit punt overwegen wij een amendement of een motie.

Ook vragen wij ons af of juist is wat de minister stelt op bladzijde 5 van de memorie van toelichting, namelijk dat de bijstandsnormen zo worden vastgesteld dat ze hoog genoeg zijn om er tezamen met de zorgtoeslag waar bijstandsgerechtigden recht op hebben, de nominale premie van een zorgverzekering alsmede de premie voor een aanvullende verzekering uit te voldoen.

## Van Gerven

Is de aanvullende verzekering in de ogen van de minister een basisbehoefte waar de overheid een verantwoordelijkheid voor draagt? Dat zou een belangrijke koerswijziging betekenen, overigens een die de SP zeer wenselijk vindt en dus zou ondersteunen. Tot nu toe heeft de minister steeds gezegd dat hij niet gaat over die aanvullende verzekering. Als hij het ermee eens is dat het wel tot zijn verantwoordelijkheid behoort, wat betekent dat dan voor de premieontwikkeling van de aanvullende verzekering? Zou die dan niet beperkt moeten worden?

Een volgende vraag gaat over de bronheffingstermijn. Zit daar een grens aan? Stel dat er geen schuldsanerings-traject tot stand komt. Dan zijn de mensen langdurig vastgeklonken aan de bronheffing van 130%. Is dat redelijk als mensen een laag tot zeer laag inkomen hebben? Moet er niet bijvoorbeeld een tijdslimiet van drie jaar worden gehanteerd waarop de heffing van 130% mag plaatsvinden, waarna die wordt teruggebracht naar 100%? Anders kan zich de situatie voordoen dat mensen meer betalen dan de feitelijke schuld was en dat kan toch ook niet de bedoeling zijn? Wij overwegen ook op dit punt een motie.

Dan de rol van het College voor Zorgverzekeringen. Is deze voldoende voorbereid op deze nieuwe en zeer ingewikkelde taak? Welke garanties biedt de minister hiervoor? Tegen de beschikkingen van het CVZ is geen rechtsgang mogelijk, maar het CVZ is niet feilloos. Wat als het fouten maakt? Hoe kan iemand dan verhaal halen? Graag een toelichting van de minister.

De Raad van State stelt voor, het opleggen van bestuursrechtelijke premies te beperken tot schulden die na de inwerkingtreding van de wet zijn ontstaan. Dat lijkt ons een ordentelijke gang van zaken, ook al zijn de mensen in gebreke gebleven. Zolang de wet nog niet is vastgesteld en geldig is, kunnen mensen er ook geen kennis van hebben. Wij verzoeken de minister, het advies van de Raad van State op dit punt alsnog over te nemen. Wat betekent deze wetswijziging voor iemand die vanaf 2006 zijn nominale premie niet heeft betaald? Moet hij zijn hele schuld hebben voldaan, voordat hij van bronheffing wordt gevrijwaard?

Het mkb heeft bezwaar gemaakt tegen het betrekken van de werkgever bij de bronheffing. Heeft het mkb niet gelijk met zijn stelling dat het geen taak van de werkgever is om dit probleem op te lossen? Hoe zit het verder met de privacy? Door de bronheffing is automatisch bij de werkgever bekend dat zijn werknemer een wanbetaler is. Is dat wel wenselijk? Wat gebeurt er als het de werkgever niet lukt om de premie die hij moet afdragen aan het CVZ, te innen bij zijn werknemer? Zijn er geen alternatieven?

De werkelijke kosten voor de werkgever. Het mkb spreekt in de Telegraaf van 18 november jongstleden over een kostenpost van 165 mln. per jaar. Klopt dit bedrag? Ik vraag dat, omdat de minister totaal andere cijfers noemt. Wie heeft met andere woorden gelijk?

Wat gebeurt er als een onverzekerde zich aanmeldt bij een ziektekostenverzekeraar? Wordt hem of haar een boete opgelegd of kan hij of zij boetevrij intreden? Geldt het "schone lei"-principe? De minister zegt in het kader van het wetsvoorstel met voorstellen te zullen komen voor de opsporing van onverzekerde verzekeringsplichtigen. Kan hij aangeven waaraan hij denkt en wat hij gaat doen, zolang het wetsvoorstel niet van kracht is?

De minister is zeer optimistisch over het effect van de wetswijziging. Het aantal wanbetalers zal volgens hem over vier jaar nog maar een vijfde bedragen van het huidige aantal van 240.000. Volgens mij blijkt hieruit een buitengewoon optimistische kijk op de werkelijkheid. Op grond waarvan is de minister tot deze inschatting gekomen? Ik denk dat het geen reële inschatting is.

Voorzitter. Naar de mening van de SP-fractie ligt er een gebrekkig wetsvoorstel voor. Het is onvoldoende uitgewerkt en doordacht. Wordt het doel bereikt dat wij beogen? Wat betekent het wetsvoorstel voor wanbetalers die wel willen, maar niet kunnen? Dat zijn cruciale vragen. Op deze groep mensen is het wetsvoorstel onvoldoende toegesneden. Het is ook zeer de vraag of mensen met een schuldenproblematiek gebaat zijn met de huidige voorstellen. Al met al aarzelt de SP-fractie sterk of zij wel moet instemmen met het voorliggende wetsvoorstel.

□

Mevrouw **Agema** (PVV): Voorzitter. 240.000 mensen in ons land hebben een achterstand bij de betaling van de verplichte premie voor de Zorgverzekeringswet. Wij noemen deze mensen wanbetalers. Zij zorgen voor een schadelast van ongeveer 17 mln. per maand. Ongeveer 12,8 miljoen Nederlanders betalen maandelijks hun zorgverzekeringspremie. Het Rijk ontvangt bijna 14 mld. via de nominale premie en nog eens 17 mld. via de inkomensafhankelijke bijdrage. Buiten de nominale premie van € 1074 wordt dus nog een veel groter bedrag opgebracht. Zonder de aanvullende verzekering betaalt elke verzekerde ruim € 200 per maand voor de Zorgverzekeringswet. Dat is een heel groot bedrag. Mijn fractie wil er dan ook alles aan doen om dat bedrag naar beneden te brengen. Daarvoor moet de schadelast omlaag. Mijn fractie ziet dan ook niets in het voorstel om dat doel te bereiken door aanspraken te schrappen. Verder is inmiddels ook alle rek verdwenen uit de doelmatigheidsprikkels.

Mijn fractie ziet meer heil in de aanpak van fraude en wanbetaling. Mijn fractie bedankt de Kamer dan ook voor het met algemene stemmen aannemen van de motie-Agema, een motie die de regering vraagt de schadelast te beperken door alle soorten fraude aan te pakken. Ik noem: identiteitsfraude, pasfraude en declaratiefraude. Mijn fractie hoopt van harte dat dit zal leiden tot een lagere schadelast en dus tot een lagere zorgpremie.

Het tweede spoor is het terugdringen van niet-betaling. Wanbetalers, onverzekerden, illegalen en dak- en thuislozen genieten in ons land zorg, maar betalen daar niet voor. Mijn fractie pleit er dan ook voor om deze mensen als één groep te behandelen. Het zijn immers allemaal niet-betalers. Waarom krijgen gedetineerden een ontheffing van de verzekeringsplicht? Zij maken toch ook gebruik van zorg? Vaak zelfs meer tijdens de periode van detentie dan wanneer zij op vrije voeten zijn. Denk aan de groep verslaafde gedetineerden. Ruim 240.000 wanbetalers en ruim 240.000 onverzekerden is bijna een half miljoen niet-betalers. Tel daar nog eens de illegalen, de gemoedsbezwaarden en asielzoekers bij op. Het loopt allemaal enorm op. Het is onaanvaardbaar om de mensen die keurig hun zorgverzekeringspremie voldoen, ook te laten opdraaien voor de kosten van niet-betalers. Wij zullen de minister dan ook steunen in alle denkbare richtingen die ervoor zorgen dat het aantal niet-betalers,

## Agema

en dus de zorgpremie voor alle Nederlanders, omlaag kan.

Door de voorgestelde benadering in vier fasen wordt iedereen in staat gesteld de achterstand in te lopen. Wordt hiervan geen gebruikgemaakt, dan volgt de harde aanpak met de bestuursrechtelijke premie en het innen van de eventuele zorgtoeslag door het College voor Zorgverzekeringen, waarbij de bestuurlijke premie is vastgesteld op 130% van de standaardpremie.

Wat in het voorstel ontbreekt, net zoals voor veel onderdelen van VWS het geval is, zijn heldere en afrekenbare doelen. Wat is het doel van de minister met betrekking tot het aantal niet-betalers? Op welke termijn denkt hij het aantal niet-betalers gehalveerd te hebben en wat zijn zijn doelen voor 2010 en verder? Op grond van welke te behalen doelen beoordeelt de minister op welk moment of het voorstel werkt en of het zijn doel heeft bereikt? Welke extra maatregelen heeft de minister achter de hand indien de voorliggende voorstellen niet blijken te werken en wanneer zijn de toetsingsmomenten?

Mijn fractie heeft al eerder aangegeven de minister te willen ondersteunen, maar plaatst nog steeds kanttekeningen bij het succes van zijn voornemens. Als iemand geen zorgpremie betaalt, of het nu een wanbetaler, onverzekerde of illegaal is, zou deze persoon geen gebruik mogen maken van de zorg die onder het basispakket valt, tenzij hij eerst de volledige kosten voldoet. In acute gevallen kan het Rijk de kosten voorschieten, maar de kosten zullen achteraf moeten worden verhaald op de niet-betaler in plaats van dat, zoals nu het geval is, de schadelast terecht komt op het bordje van de mensen die wel netjes hun premie voldoen.

Het is spijtig te moeten constateren dat wanbetaling drie keer zo vaak voorkomt onder allochtonen, bijvoorbeeld 10% van de Arubanen en Antillianen is wanbetaler. Het is nog spijtiger dat de minister niet naar een verklaring wil zoeken waarom dit zo is. Meten is weten, zou je zeggen. Wie weet is een specifieke in plaats van een algemene aanpak nodig om allochtonen aan te zetten tot het meebetalen aan het solidaire systeem van onze Zorgverzekeringswet. In dit licht is mijn vraag waarom de minister in reactie op de Raad van State stelde dat hij de oorzaken van wanbetaling wel degelijk eerst zo goed mogelijk had verkend.

Wat gebeurt er nu met onverzekerden op het moment dat zij zorg nodig hebben? Een wanbetaler wordt volgens het voorliggende voorstel aangepakt. Maar wat gebeurt er met de grote groep niet-verzekerden op het moment dat zij zorg nodig hebben en plotseling een verzekering nodig hebben, terwijl die eigenlijk al jaren verplicht is? Krijgen zij dan ook te maken met een premie die 130% van de standaardpremie is? Of moeten zij de rekening met terugwerkende kracht tot 1 januari 2006 betalen? Hoe denkt de minister daarover?

Gemoedsbezwaarden zijn niet verzekeringsplichtig voor de Zorgverzekeringswet. Dat scheelt hun zo'n € 200 per maand. Wat gebeurt er als zij toch zorg nodig hebben en die ook krijgen? Is deze mogelijkheid niet te gemakkelijk en leidt dit er niet toe dat mensen zich voordoen als gemoedsbezwaarden? Zou er voor deze groep niet een andere regeling moeten gelden, zoals een bijdrage aan een solidariteitsfonds?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Mevrouw Agema wordt wat dat

betreft op haar wenken bediend: deze regeling bestaat al in de Zorgverzekeringswet: gemoedsbezwaarden betalen even veel als wij voor deze wet. Ik hoor mevrouw Agema nu een tijdje aan en zij heeft het steeds over niet-betalers. Er is toch een gigantisch verschil tussen mensen die vanaf 1 januari 2006 nog nooit premie hebben willen betalen en mensen die dat op de een of andere manier niet konden? Dat geldt bijvoorbeeld voor illegalen. Maakt zij daar verschil tussen of gooit zij alle niet-betalers op een hoop? Als zij dat niet doet, wat is daarvan dan de reden?

Mevrouw **Agema** (PVV): De vraag is niet of ik dat verschil maak, maar of mevrouw Smilde dat verschil maakt. Ik breng dat verschil hier juist naar voren. Het gaat erom dat mijn fractie graag ziet dat wanbetalers, of het nu onverzekerden of illegalen zijn, allemaal worden gezien als mensen die gezamenlijk moeten worden aangepakt. Dus niet de wanbetaler wel aanpakken en de onverzekerde niet of op een andere manier aanpakken. De onverzekerde is mijn fractie een doorn in het oog. Mijn fractie vindt dat de solidariteit van het systeem onder druk staat als groepen mensen en individuele mensen zich onttrekken aan het betalen van de zorgverzekeringspremie. Daar moet actie op ondernomen worden. Dat geldt niet alleen bij wanbetaling, maar ook voor onverzekerden, illegalen en alle groepen die niet meebetalen.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ook daarin kunnen wij mevrouw Agema op haar wenken bedienen want wij hebben een plan van aanpak voor onverzekerden. Wij hebben het nu over notoire wanbetalers. Mijn vraag is of zij onderscheid maakt in deze groep wanbetalers tussen mensen die echt niet willen en mensen die niet kunnen. Volgens mij zijn de andere fracties druk bezig met het maken van onderscheid daartussen.

Mevrouw **Agema** (PVV): Mevrouw Smilde heeft mij helemaal niet gevraagd of ik een onderscheid wil maken tussen mensen die niet willen en mensen die niet kunnen. Zij had het in haar eerste interruptie over onderscheid tussen wanbetalers en niet-betalers. Het gaat erom dat iedereen solidair meebetaalt omdat anders het systeem onder druk komt te staan. Er zijn wel allerlei maatregelen en voorstellen voor onverzekerden, maar de realiteit is dat die niet werken. Er zijn 240.000 wanbetalers. Een even grote groep, 240.000, is onverzekerd. Dat staat los van de mensen die niet betalen: dak- en thuislozen, illegalen, asielzoekers. Blijkbaar werkt wat wij hebben niet. Blijkbaar is wat ik hier zeg heel terecht, want opgeteld betalen meer dan een half miljoen mensen in ons land niet mee terwijl zij wel zorg genieten.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voorzitter. Ik hecht eraan om onderscheid te maken tussen wanbetalers en onverzekerden. Mevrouw Agema haalt die echt een beetje door elkaar. Zij spreekt over daklozen en illegalen, maar daklozen zijn verzekerd; de meesten betalen hun premie via collectieve contracten. Illegalen zijn niet verzekerd. Als je niet verzekerd bent in Nederland, dan moet je zelf betalen. Ik hecht eraan om dat onderscheid te maken. Als je dat door elkaar haalt, dan kom je in een heel lastige discussie terecht.

## Agema

De **voorzitter**: Hebt u ook een vraag?

De heer **Van Veen** (PvdA): Mijn vraag is waarom mevrouw Agema dat onderscheid niet maakt.

Mevrouw **Agema** (PVV): Ik maak dat onderscheid wel degelijk. Het gaat er echter om dat niet-verzekerden ook gewoon zullen moeten betalen. Ik heb al zo vaak voorgesteld om niet-verzekerden de rekening te laten betalen voor de zorg die zij genieten, op voorhand waar het kan en achteraf in acute situaties. Dat is toch het standpunt dat mijn fractie elke keer laat horen?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Zo is het ook geregeld. Als iemand niet verzekerd is, bijvoorbeeld omdat hij illegaal is, dan betaalt hij zelf de kosten.

Mevrouw **Agema** (PVV): Dat gebeurt maar in 1% van de gevallen! In slechts 1% van de gevallen betaalt een illegaal zijn rekening. In 99% van de gevallen doet hij dat niet. U kunt toch niet volhouden dat dat gebeurt?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik zal het zoveel mogelijk in vraagvorm proberen te zeggen. Er is echt een principiële verschil tussen wanbetalers – ik ben het er zeer mee eens dat zij hun premie moeten betalen – en onverzekerden. Onverzekerden dienen zelf te betalen voor hun zorg. Op dat punt zijn wij het toch eens?

Mevrouw **Agema** (PVV): Wij zijn het zeker eens. Wij kunnen nu wel in herhaling vallen met het standpunt dat onverzekerden hun rekening moeten betalen, maar het gaat erom dat er 240.000 wanbetalers en 240.000 onverzekerden zijn, los van alle andere groepen die niet meebetalen aan ons solidaire stelsel. Dat zijn allemaal mensen die onvoldoende of helemaal niet meedoen, en daarom pleit ik voor een integrale, algemene aanpak. Wij moeten het niet de ene keer hebben over de wanbetalers, de andere keer over de onverzekerden en in weer een ander debat over illegalen.

De heer **Van Gerven** (SP): Mevrouw Agema, u gooit alles op een hoop.

De **voorzitter**: Spreekt u alstublieft via de voorzitter.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter, mag ik het woord richten tot mevrouw Agema?

De **voorzitter**: De bedoeling is dat u niet rechtstreeks mevrouw Agema aanspreekt maar via mij uw vragen aan haar stelt.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Mevrouw Agema stelt voor om alles op één hoop te gooien. Ik wil het echter hebben over de wanbetalers. Die 240.000 wanbetalers zijn grofweg in twee groepen te verdelen, namelijk de notoire wanbetaler die het wel kan maar niet wil en degene die het wel wil maar niet kan. Maakt mevrouw Agema dat onderscheid of vindt zij het allemaal hetzelfde, die 240.000?

Mevrouw **Agema** (PVV): Ik heb inderdaad gemerkt dat u in uw bijdrage nogal sterk onderscheid maakt tussen notoire wanbetalers, die u waarschijnlijk beschouwt als boemannen en heel foute mensen, en mensen die het in

uw ogen niet kunnen betalen. Tegelijkertijd hebben wij wel te maken met een wettelijke zorgverzekering. Dat kan alleen een solidair systeem zijn als iedereen meedoet. Er zijn zo veel mensen die op een bestaansminimum leven, maar wel netjes de zorgpremie betalen. Ik vind dat wij ook met die mensen solidair moeten zijn. Dus alle mensen die op het bestaansminimum leven en netjes de zorgpremie betalen, verdienen het niet dat u een onderscheid maakt tussen hen en andere mensen die ook op het bestaansminimum leven en van wie u vindt dat zij allerlei dingen minder hoeven te betalen. Dat verdienen zij niet.

De heer **Van Gerven** (SP): U heeft gelijk dat het ook in het belang is van de minima dat iedereen solidair meebetaalt, want dan kunnen de premies omlaag en dat is prima. U moet echter een onderscheid maken binnen die groep wanbetalers, want het gaat uiteindelijk om het doel om zo veel mogelijk mensen hun premies te kunnen laten betalen. U scheert iedereen over één kam met het uiteindelijke effect dat u niets bereikt.

De **voorzitter**: Mijnheer van Gerven, ik heb geen vraag gehoord en ik wil u nogmaals verzoeken om via de voorzitter te spreken.

Mevrouw **Agema** (PVV): Ik vind toch dat het onderscheid dat de heer Van Gerven zo sterk wilt onderstrepen er niet is, want een wanbetaler is een wanbetaler. Zoals hij zelf al zei: het gaat uiteindelijk ten koste van de minima. Als een groep mensen niet betaalt, gaat het nominale bedrag omhoog. Dat nominale bedrag zou voor iedereen, dus ook voor de minima, omlaag kunnen als er minder wanbetalers en minder onverzekerden waren. Daarom vind ik dat de aanpak van wanbetaling en onverzekertheid scherp en streng moet zijn, omdat die uiteindelijk leidt tot rechtvaardigheid, namelijk de rechtvaardigheid van een lagere premie voor iedereen. Dat is vooral heel gunstig voor de mensen die minder te besteden hebben.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik concludeer dat u een simplistische kijk heeft op de hele groep wanbetalers, want je moet echt een onderscheid maken om tot goede oplossingen te komen.

Mevrouw **Agema** (PVV): De heer Van Gerven kan concluderen wat hij wil, maar ik concludeer dat de SP onvoldoende wil doen aan wanbetaling en onverzekertheid, waardoor de nominale premie hoger is dan zij moet zijn of hoeft te zijn, ook voor de minima.

□

Mevrouw **Smilde** (CDA): Voorzitter. De solidariteit van de Zorgverzekeringswet brengt rechten en plichten met zich: het recht op acceptatie, het recht op verzekering op precies dezelfde voorwaarden als andere mensen en de verplichting om verzekerd te zijn en premie te betalen. Als mensen geen premie betalen, maar wel gebruik maken van zorg, dan ondermijnen zij het systeem. Mensen moeten zorg kunnen krijgen wanneer zij die nodig hebben. Royeren van wanbetalers, wat elders in de verzekeringswereld gebruikelijk is, kan dus niet. Het is onverantwoord dat mensen onverzekerd rondlopen. Verzekeraars hebben dan ook in een protocol vastgelegd dat zij niet zullen royeren en de dekking van zorg niet

## Smilde

zullen opschorten. Naleving van dat protocol is vereist om in aanmerking te komen voor compensatie door de overheid van premiederving door wanbetalers. Daar staat tegenover dat de zorgverzekeraars natuurlijk wel de mogelijkheid moeten hebben om wanbetalers tot premiebetaling te dwingen. Het CDA heeft daarom altijd steun gegeven aan stevige incassomaatregelen, juist vanwege het belang van een goed functionerende Zorgverzekeringswet.

Dit wetsvoorstel is het sluitstuk van dat sanctiebeleid en is bedoeld om premieachterstand weg te laten werken en een normale situatie te herstellen tussen zorgverzekeraar en verzekerde. Het is wel een ingrijpende wet. Het betekent inbreuk in het privéleven van mensen wanneer wij een extra hoge premie moeten gaan inhouden op loon, pensioen of uitkering. Zowel het voortraject, als het bestuursrechtelijke regime zelf, geven veel administratieve druk. Wij kunnen ons dan ook voorstellen dat de Raad van State kritisch was over een dergelijk wetsvoorstel, maar wij constateren dat de minister naar aanleiding van de kritische opmerking van de Raad van State het voortraject ingrijpend heeft gewijzigd door maximale inzet van de zorgverzekeraars te eisen voordat het bestuursrechtelijke regime in werking treedt. Het voorstel van de Raad van State was om kosten die zorgverzekeraars maken vanwege wanbetalers via het risicovereveningsfonds te laten verevenen. De bezwaren van de minister daartegen delen wij. Het risicovereveningsfonds dient ter compensatie van hoge zorgkosten en voldoet alleen aan de Europese voorwaarden voor staatssteun in verband met de status "socialezekerheidswet" van de Zorgverzekeringswet. Dit fonds mag niet worden gebruikt voor oneigenlijke doelen. Ik ben het bovendien volkomen met mevrouw Agema eens dat mensen gewoon hun premie moeten betalen voor de Zorgverzekeringswet, goedschiks of kwaadschiks.

Wij hebben bij de uitwerking van de wet nog een aantal vragen. Wanneer de overheid met publieke inzet als het ware de incassowerkzaamheden van een private partij overneemt, dan brengt dat extra verantwoordelijkheden voor die private partij, de zorgverzekeraar, met zich. Zeer terecht heeft de Raad van State daarvoor aandacht gevraagd en zeer terecht heeft het kabinet dat verwerkt in het wetsvoorstel. Vooral in het voortraject zijn daarmee forse stappen gezet.

De CDA-fractie maakt een scherp onderscheid tussen onmachtigen en onwilligen. Voor de laatste groep is de wet bedoeld; de eerste groep moet zo veel mogelijk ondersteund worden. Op onze vragen hierover antwoordt de minister dat onmachtigen worden geholpen met het aanbod van de betalingsregeling na een premieachterstand van twee maanden, waarbij zij automatische incasso kunnen regelen. Dit kan inderdaad een oplossing zijn, mits de mensen actief worden benaderd als zij bijvoorbeeld niet snel reageren. Het mag niet vrijblijvend zijn, want het gaat vaak om mensen die wel post krijgen, maar deze post op de stapel met ongeopende brieven leggen. Hoe kan een zorgverzekeraar hier toch actief op acteren?

Er is meer nodig. Ik citeer nu uit de memorie van toelichting: "Het doel van de wet is voorts onmachtigen zo snel mogelijk nadat een premieachterstand is ontstaan, bij de hand te laten nemen, opdat zij hun – op dat moment nog beperkte – schuld aan de zorgverzekeraar kunnen afbetalen alsmede nieuw opkomende premie-termijnen kunnen betalen." Ik ben het hier

helemaal mee eens. Daar moeten wij juist ingrijpen. De zorgverzekeraar moet mensen wijzen op de mogelijkheid van hulp bij schuld na twee maanden premieachterstand, want dan is er nog sprake van een overzichtelijk bedrag. Naar ons oordeel moet dit concreter en daarom hebben wij een amendement ingediend, waarmee wordt beoogd dat de zorgverzekeraar zich actiever moet opstellen om te wijzen op de vormen van schuldhulpverlening en de manieren waarop daar toegang toe wordt verkregen.

De heer **Van Gerven** (SP): Is het CDA met de SP van mening dat persoonlijk bezoek een zeer probaat middel zou kunnen zijn om mensen meteen bij de hand te nemen als het fout dreigt te gaan? Mevrouw Smilde noemt deze groep mensen de groep "onmachtigen".

Mevrouw **Smilde** (CDA): Een persoonlijk bezoek kan een mogelijkheid zijn. Als ik zijn inbreng goed heb beluisterd, heeft de heer Van Gerven daar een motie of een amendement voor aangekondigd. Ik ben het met hem eens, maar ik zou het toch aan de zorgverzekeraars willen overlaten om daar actief vorm aan te geven. Wij vinden dat in de wet de zaken moeten worden geregeld die wij ook in alle redelijkheid kunnen verwachten. Op welke wijze zorgverzekeraars een en ander invullen, is de tweede stap. Er zijn ook zorgverzekeraars die al na een maand – dit is eigenlijk nog veel mooier dan na twee maanden – een telefoontje plegen of een "reminder" sturen om na te gaan waarom de premie nog niet is betaald.

De heer **Van Gerven** (SP): Zeker. Mevrouw Smilde heeft daar gelijk in. Om dit zo gepreciseerd in de wet te zetten, gaat wat ver. Het is echter een zeer effectief middel, en de vraag is of dit duidelijk zou moeten worden opgenomen in bijvoorbeeld een protocol, opdat goed valt te toetsen of de zorgverzekeraar zijn plichten daadwerkelijk nakomt.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Wij moeten er uiteraard van uitgaan dat de zorgverzekeraar er zelf primair alle belang bij heeft dat de premie wordt betaald. Voordat de procedure in het bestuursrechtelijke regime komt, is er al een aantal maanden premieachterstand bij de zorgverzekeraar. De verzekeraar zal al veel eerder zijn best willen doen om dat geld te krijgen. Ik ga ervan uit dat je in een wet heel duidelijk de grote lijnen markeert, maar de manier waarop de zorgverzekeraar dit actief wil vormgeven, kan aan hem worden overgelaten.

De heer **Van Gerven** (SP): In het huidige wetsvoorstel staat ook al een aantal zaken, namelijk dat de verzekeraar na twee en vier maanden moet handelen. Wat is erop tegen om dit toch nog wat nader te preciseren, omdat gewoon heel erg duidelijk is dat een persoonlijk bezoek buitengewoon veel effect heeft, humaan is en ook tot een oplossing kan leiden, zoals tot een schuldsanerings-traject enzovoort?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Dat kan. Wij hebben een amendement hiervoor ingediend. Met andere stappen die in het voortraject genomen worden, kunnen wij heel goed leven.

Het is een goede zaak dat een aantal incassomaatregelen wettelijk geregeld wordt. Immers, de overheid dwingt mensen bepaalde stappen te nemen.



## Smilde

Dat kan alleen maar op basis van een wet. Daarnaast is er nog een wanbetalersprotocol. Kan de minister daar al iets meer over zeggen? Is dat al getekend? Hoe is de stand van zaken? Wie controleert of de zorgverzekeraar in het voortraject alle juiste stappen neemt? Via het inlichtingenbureau moet de gemeente geïnformeerd worden over een betalingsachterstand van twee maanden, maar de zorgverzekeraar weet toch niet wie bijstandsgerechtigd is en wie niet?

Is deze wettelijke regeling voldoende om tot een bestuursrechtelijk regime over te gaan? Om het maar zo te zeggen: levert wat in deze wet staat, een rechtsgeldige executoriale titel op om inbreuk te maken op het vermogen van iemand? Dat is immers wat je doet via de wet. Lang niet alle wanbetalers behoren tot de kwetsbare groepen, maar mensen in kwetsbare groepen zijn wel vaak wanbetalers. Wanneer een verzekeringsnemer ook gezinsleden meeverzekerd heeft, loopt de premieschuld snel op. Wij steunen dan ook de maatregel om na twee maanden premieachterstand in ieder geval de gezinsleden een aparte polis te geven, zodat zij met een schone lei kunnen beginnen en het zware incassotraject tot een minimum beperkt blijft.

De minister schrijft dat de invloed van schulden op het betaalgedrag van de zorgpremie moeilijk is in te schatten. Zijn er aanwijzingen dat schulden een belangrijke reden zijn voor wanbetaling, specifiek voor de zorgpremie? Mensen die in een bestaand schuldhulpverleningstraject zitten, komen niet in het bestuursrechtelijke regime terecht. Geldt dat ook voor de vrijwillige schuldhulpverlening? Wanneer geldt dit? Wanneer iemand zich bij de Gemeentelijke Kredietbank aanmeldt of officieel voor een schuldhulpverleningstraject wordt vaak nog niet meteen een overeenkomst opgemaakt, omdat een aantal dingen uitgezocht moeten worden. Voor ons zal een officiële aanmelding mogelijk ook kunnen gelden als een signaal dat iemand niet in het bestuursrechtelijke systeem komt. Laat ik een voorbeeld geven: de energiemaatschappijen sluiten mensen in de winter niet af die zich hebben aangemeld voor een schuldhulpverleningstraject. Daarmee wordt kennelijk gewerkt. Bij schuldhulpverleningstrajecten leveren crediteuren veelal een deel van hun vordering op de schuldenaar in om deze in staat te stellen, schoon schip te maken. Hoe zit dat hier? Geldt dit ook voor de zorgverzekeraar, als iemand in een schuldhulpverleningstraject zit?

Bij uitkeringsgerechtigden is besloten, de bronheffing bij uitkeringen op het minimumniveau te beperken tot 100% en de resterende 30% te innen via acceptgirokaart, aanmaning, dwangbevel en dergelijke. De achterliggende gedachte is dat van een uitkering met zorgtoeslag een zorgpremie kan worden betaald. Dat is inderdaad ook de reden waarom mensen met een minimuminkomen veelal gewoon netjes hun premie kunnen betalen. Wordt bij die groep de zorgtoeslag ook niet als premieheffing gebruikt? Hoe realistisch is het dan dat deze mensen hieraan voldoen als de zorgtoeslag ook als bronheffing wordt gebruikt?

Dat brengt mij op het punt van de administratieve lasten van het wetsvoorstel. Het is administratief een ingewikkeld voorstel. Er zijn zware eisen aan de zorgverzekeraars in het voortraject, juist omdat het bestuursrechtelijke regime een zwaar middel is. Dat is terecht. Er zijn ook nog administratieve eisen die het wanbetalersprotocol meebrengt. Het bestuursrechtelijke

regime vraagt veel van partijen, van de zorgverzekeraar, van de werkgever, van UWV, van de gemeentelijke sociale dienst en van de Belastingdienst Toeslagen. De werkgevers hebben bezwaren tegen de bronheffing, omdat zij vinden dat die behoort tot de privacy van hun werknemer en extra administratieve handelingen vereist. Actal heeft gesteld dat de toename van de administratieve lasten van de werkgever elders moet worden gecompenseerd. In de nota naar aanleiding van het verslag wordt gemeld dat dit gebeurt. Het gevolg van beslaglegging voor verzekeraars bij de werkgever gebeurt niet meer. Kan dit gemakkelijk tegen elkaar worden weggestreept? De minister stelt dat is gekozen voor het minst belastende alternatief. De werkgevers zouden geen aparte administratie hoeven te voeren voor de bronheffing. Toch blijven zij bezwaren hebben. Kan de minister zeggen of er een reële verhouding bestaat tussen de administratieve lastendruk en de problemen die wanbetalers veroorzaken?

Er is ook sprake van bronheffing bij het UWV en de gemeentelijke sociale diensten. Ook de zorgtoeslag kan hierbij betrokken raken, waarmee de Belastingdienst/Toeslagen in beeld komt. Zijn deze organisaties voldoende voorbereid op deze taak? Wij hebben in ons verslag gevraagd wat de gevolgen zullen zijn van het feit dat het toeslagensysteem pas in 2010 klaar is. Begrijp wij goed dat de zorgtoeslag pas een rol kan spelen bij de bronheffing als het toeslagensysteem functioneert?

De rechtsbescherming moet in deze wet goed zijn gewaarborgd. Bezwaar en beroep tegen de vierde-maandsaankondiging van de zorgverzekeraar, waarin staat dat de verzekeraar de betrokkene zal aanmelden bij het CVZ, is zo'n aangrijpingspunt. Met de minister is mijn fractie van mening dat het voor lief moet worden genomen als door deze beroepsprocedure de termijn van zes maanden wordt overschreden. Kortere procedures tasten de rechtsbescherming van de betrokkenen aan. Hoezeer wij notoire wanbetalers ook – onparlementair gezegd – bij de kladden willen grijpen, de rechtsbescherming moeten wij altijd overeind houden.

De Raad voor de Rechtspraak verwacht een toename van beroep op bestuursrechtelijke rechtspraak. Het CVZ verwacht dat het die bezwaren kan bundelen en het nemen van beslissing op bezwaar kan uitstellen tot een beperkt aantal soortgelijke gevallen voor de rechter is geweest en er een uitspraak ligt. Het college wijst op de gang van zaken bij de verdragsgerechtigden. Is dat echter wel zo? Bij de verdragsgerechtigden gingen de bezwaarmakers akkoord omdat het daarbij vaak om een eenduidig probleem ging dat zij met het CVZ hadden. Is hiervan in dit geval ook sprake? Kan de minister hierop ingaan?

Het bestuursrechtelijke regime moet op zeker moment eindigen. De normale verzekeringsrelatie moet dan worden hersteld. In artikel 34a van het tweede lid wordt gesteld dat de zorgverzekeraar voldoende medewerking verleent aan de activiteiten van de verzekeringsnemer. De minister schrijft dat dit nader wordt uitgewerkt in het wanbetalersprotocol. Welke prikkel om mee te werken heeft de zorgverzekeraar? Wat moeten wij verstaan onder "voldoende medewerking"? Hoe staat het met het wanbetalersprotocol? Ik heb de laatste vraag al eerder gesteld. Deze vraag is ook voor dit punt van belang. Is het wanbetalersprotocol afgekaart? Hebben de zorgverzekeraars daaronder hun handtekening gezet? Dat is voor deze wet een impliciete voorwaarde om de zaken

## Smilde

goed te laten werken. De zorgverzekeraar krijgt de zorgkosten vergoed. Hij zal daarom wellicht geen haast hebben bij zijn pogingen om een verzekeringnemer weer terug te brengen in het normale traject. Hij weet immers dat het voorheen een notoire wanbetaler was. Hoe zal dit gaan?

Ik begon met te zeggen dat de CDA-fractie veel moeite heeft met dit wetsvoorstel, omdat het diep ingrijpt in het leven van mensen. Voor deze mensen zal de wet grote financiële gevolgen hebben. Voor anderen leidt de wet tot extra administratieve handelingen. Wij realiseren ons echter dat de solidariteit binnen ons zorgverzekeringsstelsel vereist dat iedereen zich houdt aan zijn rechten en plichten. Onder andere mevrouw Agema heeft hierover ook gesproken. Wij kunnen ons niet 250.000 wanbetalers veroorloven. Als dit niet wordt aangepakt, is dit een slecht signaal zijn naar mensen. Solidariteit is nodig voor de Zorgverzekeringswet. Het feit dat die solidariteit wordt ondermijnd, is dan ook voor mijn fractie het uitgangspunt op grond waarvan wij uiteindelijk met deze wet kunnen leven. Dit is de reden waarom wij met het wetsvoorstel akkoord zullen gaan. Wij nodigen de minister echter uit om op onze vragen in te gaan.

□

Mevrouw **Schippers** (VVD): Voorzitter. De Zorgverzekeringswet verplicht mensen zich tegen ziektekosten te verzekeren. Dat is zo geregeld om te voorkomen dat wij in Nederland mensen hebben die medische zorg behoeven, maar geen toegang tot zorg krijgen omdat zij geen geld hebben en onverzekerd zijn. Bij een verzekeringsplicht hoort een acceptatieplicht voor zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars moeten iedereen accepteren tegen dezelfde premie en kunnen mensen niet zomaar uit hun verzekering gooien, ook niet als de premie niet wordt betaald.

Door deze regelingen zie je enerzijds dat mensen die weinig trek hebben om de hoge zorgpremies te betalen, hiermee al jaren min of meer ongestraft weggelaten. Anderzijds wordt de zorgverzekeraar door de overheid opgepadeld met klaplopers die wel gebruikmaken van zorg of hiervan gebruik kunnen maken als de nood aan de man is, maar er geen cent voor betalen.

Juist doordat de overheid regelingen in het leven heeft geroepen die ervoor zorgen dat een verzekeraar een niet-betalende klant niet zomaar kan royeren, moet diezelfde overheid de verzekeraar te hulp komen in geval er sprake is van consequente wanbetaling. Hierbij worden de kosten ook nog eens opgebracht door mensen die wel iedere maand netjes hun premie betalen, of zij nu op het minimum zitten of niet. Dat betekent dat de premies naar beneden kunnen als iedereen betaalt.

Dit is ook het verschil met energieleveranciers of woningbouwcorporaties: er kan niet geroyeerd worden. De wetgever verbiedt een verzekeraar om een wanbetaler uit zijn verzekering te gooien; hij kan er dus niet vanaf.

Net als, naar ik aanneem, alle woordvoerders, kregen wij een brief van de Koninklijke Beroepsorganisatie van Gerechtsdeurwaarders, die direct betrokken is bij de uitvoering van het bestaande incassobeleid, dat op basis van de huidige regelgeving al zeer goede resultaten worden geboekt. De beroepsorganisatie schrijft ons: het incassoprotocol is pas een paar jaar van kracht, maar gebleken is dat zorgverzekeraars, mits er goede

afspraken worden gemaakt met incassopartners, erin slagen 70% tot 80% van de verschuldigde premies alsnog te innen. Ik weet niet waarop deze 70% tot 80% betrekking heeft: de 240.000 wanbetalers of ongeveer de helft, namelijk de harde kern? Echter, als dit zo goed werkt kan dat toch niemand zijn ontgaan, de minister al helemaal niet, lijkt mij. Dit zijn immers spectaculaire resultaten die dit hele wetsvoorstel eigenlijk overbodig zouden maken. Ik heb er verder niemand over gehoord. Graag word ik door de minister bijgepraat.

De premie van 130% is in onze ogen redelijk. Het is belangrijk dat wanbetaling wordt gevoeld in de portemonnee en het niet betalen van de zorgpremie stiekem toch niet lonend is.

Als de vraag over noodzaak en timing van het wetsvoorstel positief kan worden beantwoord, zijn wij er wat de VVD-fractie betreft nog niet. De uitvoering is ongelooflijk belangrijk. In plaats van achteraf te constateren dat zaken misgaan, kunnen wij veel beter vooraf zo veel mogelijk problemen voorkomen. In het kader van die vraag is het belangrijk om goed te luisteren naar de betrokkenen die de uitvoering doen.

Het CVZ heeft een aantal grote administratief belastende operaties achter de rug. Dat heeft heel veel van deze organisatie gevergd. Mijn vraag is dan ook: is het CVZ hier echt klaar voor, kan het dit ook uitvoeren, mede gezien het feit dat men afhankelijk is van de Belastingdienst en het UWV? Van de Belastingdienst is inmiddels ook het uiterste gevergd: de spankracht is al tot het uiterste gerekt, daar kan niets meer bij. Kan de Belastingdienst deze wijzigingen aan? Kan de minister ingaan op criticasters die stellen dat nu al uitvoeringsproblemen zijn te voorspellen en dat het sterk de vraag is of het CVZ en de Belastingdienst een en ander aankunnen?

Dan de verzekeraars. Zij geven aan dat zij zeker zes tot acht maanden vanaf het aannemen van dit wetsvoorstel door de Tweede en de Eerste Kamer de tijd nodig hebben om de voorgestelde wijzigingen te implementeren. Deze tijd gaat zitten in de aanpassing van de automatisering en de werkprocessen. Ik heb hiervan een schema toegestuurd gekregen. Er komt behoorlijk wat bij kijken. De implicaties van dit wetsvoorstel zijn veel verstrekkender dan ik op het eerste gezicht had gedacht. Het mag ook niet fout gaan. Je moet er immers niet aan denken dat iemand die wel netjes zijn premie betaalt, onterecht te maken krijgt met deze wet en met bronheffing. Grote nauwkeurigheid is dus noodzakelijk. Hoe wordt deze grote nauwkeurigheid gegarandeerd en in de processen verweven? Iedereen heeft baat bij een soepele invoering van deze wet: het gaat om nogal wat en daarbij moeten wij geen fouten willen maken. Verzekeraars moeten voldoende tijd krijgen van de minister. Om hoeveel tijd gaat het volgens de minister?

De zorgverzekeraars attenderen ons erop dat niet in alle gevallen kan worden voorkomen dat personen dubbel zijn ingeschreven. De wet sluit de mogelijkheid van een dubbele verzekering niet uit. Dat wil zeggen dat iemand die bij een zorgverzekeraar een grote premieschuld heeft, zich kan aanmelden bij een andere verzekeraar en zo dubbel verzekerd raakt omdat de eerstgenoemde verzekeraar hem niet kan royeren en de tweede hem moet accepteren. Ik vraag aan de minister of daaraan niets te doen is. Een andere vraag aan de minister is tevens een vraag van de zorgverzekeraars en hangt ook samen met dubbele verzekering. Naar

## Schippers

schatting ongeveer 10.000 mensen onder de achttien jaar blijken bij meer dan één zorgverzekeraar te staan ingeschreven. Voor deze groep heeft een bewuste keuze voor een dubbele verzekering geen financiële gevolgen, maar het is wel ongewenst, ook met het oog op de vereveningsbijdrage en de uitgaven voor zorg. De verzekeraars zien maar één mogelijkheid: wettelijk bepalen dat niet-premieplichtig verzekerden zich niet bij meer dan één verzekeraar kunnen verzekeren. Ik hoor graag een reactie van de minister op dit voorstel van Zorgverzekeraars Nederland.

Dan kom ik bij de klachten van de werkgevers, die zich verzetten tegen hun betrokkenheid bij een probleem waarmee zij niets te maken hebben. Met dit wetsvoorstel wordt het ook hun probleem, wat zij niet zien zitten. Ik vraag aan de minister of het niet zo had kunnen worden geregeld dat de werkgever erbuiten was gelaten. Is er eigenlijk serieus gekeken naar alternatieven en zo ja: waarom is daar dan niet voor gekozen? De werkgevers krijgen te maken met een ernstige verzwaring van de administratieve lasten. In zijn eerdere antwoorden merkte de minister op dat hij deze verwachting niet deelt, omdat de werkgevers nu ook al uitvoering geven aan loonbeslagen en de bronheffing daarop technisch aansluit. De werkgevers krijgen nu echter zowel te maken met de loonbeslagen als de bronheffing. Het komt er dus bovenop. Kan de minister op deze klacht van de werkgevers ingaan en met de werkgevers kijken naar alternatieven? Als het echt niet anders kan, zou de VVD-fractie het redelijk vinden als de werkgevers voor dit extra werk worden gecompenseerd. Nu bedraagt de premie 130%; daar zit dus ruimte om de werkgevers voor hun extra werk te betalen. Ik hoor graag een reactie van de minister op dit voorstel.

De uitzendbureaus gaan in hun kritiek nog een stapje verder. Zij hebben vaak mensen in dienst die kort voor hen werken via kleine baantjes. Vaak zijn zij weg voordat de bronheffing heeft plaatsgevonden. In het wetsvoorstel maakt de minister de werkgever verantwoordelijk voor een tijdige bronheffing. Doet hij dat niet tijdig, dan moet de werkgever het uit eigen zak betalen en kan hij het niet meer verhalen op zijn werknemer. Daar hebben de uitzendbureaus geen trek in. Daarom hebben zij ons een brief geschreven. Mijn fractie kan dat wel begrijpen; de uitzendbureaus zijn niet verantwoordelijk voor de wanbetaling van hun werknemer. Ook op dit punt hoor ik graag een reactie van de minister. De ABU schrijft mijn fractie dat bij de verwerking van de loonbeslagen, in de praktijk blijkt dat 70% van de werknemers al niet meer voor een uitzendbureau werkzaam is op het moment dat men beslag wil leggen. Dan wordt het wel erg moeilijk. Wat vindt de minister hiervan?

Tot slot het volgende. Het CVZ heeft gezegd dat het voor het dwangmatige invorderen van de bestuursrechtelijke boete zal gaan samenwerken met het Centraal Justitieel Incassobureau (CJIB). Door deze werkzaamheden exclusief aan het CJIB te gunnen, worden anderen zoals gerechtsdeurwaarders a priori van een dergelijk samenwerkingsverband met het CVZ uitgesloten. Mag dat eigenlijk zomaar? Kan de minister uitleggen waarom in dezen niet is gekozen voor de route van de Europese aanbesteding?

□

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voorzitter. De fractie van

de PvdA staat in hoofdlijnen positief tegenover het uitgangspunt van het wetsvoorstel waarover wij vandaag spreken. Wij vinden het goed dat er maatregelen worden getroffen om het aantal mensen dat niet of niet tijdig voldoet aan de verplichting om de premie te betalen, terug te dringen. De solidariteit die ten grondslag ligt aan ons stelsel mag niet worden aangetast en het kan niet zo zijn – eerdere sprekers hebben daarover ook opmerkingen gemaakt – dat degenen die netjes hun premie betalen ook de premie moeten betalen voor mensen die dat niet doen. Een structurele oplossing voor het aantal wanbetalers vindt mijn fractie dan ook echt noodzakelijk.

Er zijn twee punten die voor mijn fractie daarbij van belang zijn. Ook vorige sprekers merkten op dat het nooit zo mag zijn dat mensen die onmachtig zijn om hun zorgverzekeringspremie te betalen, bij het verevenen van de betalingsachterstand beneden het sociale minimum komen. Dat is voor mijn fractie het eerste uitgangspunt. Het tweede uitgangspunt is dat wij vinden dat gemeenten optimaal moeten worden gestimuleerd om collectieve contracten af te sluiten voor de sociale minima. Ik kom daarop zo meteen terug. Ik kan er niet omheen om toch een paar opmerkingen te maken over het feit dat wij hier te maken hebben met de consequenties van de keuze voor een privaatrechtelijke regeling in de Zorgverzekeringswet. De PvdA heeft daar tijdens de vorige kabinetsperiode al tegen gestemd. Zij wilde meer publieke waarborgen en meer mogelijkheden voor de overheid om in te grijpen als het zorgstelsel zich niet goed zou ontwikkelen. Nu worden wij min of meer geconfronteerd met de effecten van die keuze en ontstaat er een heel ingewikkeld systeem van reparatiewetgeving om de betaling alsnog geregeld te krijgen. Het heeft natuurlijk niet voor niets zo lang geduurd voordat deze zaak geregeld is. Het was voor ons het losse eindje bij de invoering van de Zorgverzekeringswet en wij zijn er nu al zo'n twee of drie jaar mee bezig om dit te regelen. Maar sprekend met mijn collega van de SP: het is zoals het is en nu moet er dan ook maar zo pragmatisch mogelijk een oplossing gevonden worden.

Na de invoering van de Zorgverzekeringswet hebben wij meerdere malen onze zorgen uitgesproken over de positie van de onverzekerden en de wanbetalers. Wij hebben daarbij indringend de aandacht gevraagd voor de kwetsbare groepen in de samenleving. Ook anderen hebben het onderscheid gemaakt tussen onmachtigen en onwilligen. Het onderscheid tussen deze beide groepen is groot en bij de wijziging van de Zorgverzekeringswet wordt hier naar de mening van de fractie van de PvdA te weinig aandacht aan besteed.

Voor bepaalde groepen mensen die niet of nauwelijks in staat zijn om regie te voeren over hun eigen financiën kunnen financiële problemen er de oorzaak van zijn dat geen zorgverzekering wordt afgesloten. Dat zijn de zogenaamde onmachtigen. Het is de vraag of de wijziging van de Zorgverzekeringswet die wij vandaag bespreken, zal bijdragen aan een beter betalingsgedrag en afname van de betalingsachterstand van deze groep mensen. Wij krijgen hierop graag een reactie van de minister.

De fractie van de PvdA is van mening dat ook voor schulden geldt dat voorkomen beter is dan genezen. Het achteraf herstellen van schulden vraagt veel energie, kosten en emoties. Op onze eerdere vraag hoe groot de verantwoordelijkheid is van de gemeente voor bepaalde groepen sociale minima, geeft de minister geen helder

## Van der Veen

antwoord. Bepaalde gemeenten nemen hun verantwoordelijkheid wel maar andere doen dat niet. Wij stellen dan ook voor dat de gemeenten optimaal worden gestimuleerd om collectieve contracten af te sluiten voor bepaalde groepen, zoals uitkeringsgerechtigden, sociale minima en mensen die tot 20% boven het bijstandsniveau verdienen. Nog beter zou het zijn als deze verplichting wettelijk werd verankerd, waarbij de premie op de uitkering kan worden ingehouden. Dan weten wij zeker dat er betaald wordt en dat de onmachtigen in ieder geval zullen betalen. Wij vragen de minister daar toch nog eens overleg over te voeren met de collega's van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. Ik krijg hierop graag een reactie van de minister.

De PvdA maakt uit dit wetsvoorstel op dat het CVZ als preferente schuldeiser 130% premie kan innen als een wanbetaler ook elders in betalingsproblemen is gekomen, waarbij geen rekening wordt gehouden met de beslagvrije voet. Indien er sprake is van meerdere schuldeisers zal de situatie kunnen ontstaan dat degene die niet betaalt, nog minder overhoudt dan het bestaansminimum. Wij vinden het onverteerbaar dat mensen als gevolg van een premieachterstand in een dergelijke situatie kunnen komen. Het antwoord van de minister dat dit niet zou moeten voorkomen, vinden wij onvoldoende. Kan de minister garanderen dat mensen bij het verevenen van hun betalingsachterstand niet beneden het sociale minimum komen? Wij overwegen op dit punt een amendement in te dienen.

Ten aanzien van de samenhang met de schuldhulpverlening geeft de minister aan dat de burger onder bestuursrechtelijke premie-inning kan uitkomen door zich te wenden tot de schuldhulpverlening. Dan hoeft hij niet die 130% te betalen. Naar ons idee zou een calculerende burger hierop handig kunnen inspelen. Wat is de mening van de minister hierover?

Over de dubbele verzekering is al een opmerking gemaakt door collega Schippers. Ook wij zijn van mening dat een verzekerde zich niet bij twee zorgverzekeraars zou moeten kunnen verzekeren indien er sprake is van een betalingsachterstand; al is het maar om die verzekerde tegen zichzelf te beschermen. Als het een beetje tegenzit, bouwt hij dan namelijk een dubbele achterstand op. Graag krijg ik hierop een antwoord van de minister, evenals op de opmerkingen van mevrouw Schippers over de brief van de uitzendbureaus.

De minister stelt in de nota naar aanleiding van het verslag dat hij het niet waarschijnlijk acht dat er sprake zal zijn van een lastenverzwaring voor de werkgevers. De fractie van de Partij van de Arbeid denkt dat de minister hier te snel aan voorbij gaat en hier te makkelijk overheen loopt. Werkgevers moeten nu ook loonbeslagen uitvoeren, maar de bronheffing zal plaatsvinden naast de loonbeslagen. Anderen hebben daar ook opmerkingen over gemaakt. Dit houdt naar de mening van de fractie van de PvdA wel degelijk een lastenverzwaring in voor de werkgevers. Ook hierop hoor ik graag een reactie van de minister.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik heb in mijn betoog gepleit voor het ophogen van de norm van 100% naar 120% en het terugbrengen van de bronheffing van 130% naar 100%. Wat vindt de PvdA van dat idee?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Het idee is op zich

sympathiek, maar ik zou het toch eerst nader willen bestuderen. Wellicht kunnen wij het daar straks bilateraal nog even over hebben.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik verneem uw reactie dan nog wel. Ik wijs er echter op dat veel gemeenten collectieve regelingen treffen, bijvoorbeeld tot 120% van het minimum. Daar zou de SP graag bij aansluiten. Wellicht wilt u dat in overweging nemen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik neem hier kennis van.

De vergadering wordt van 11.28 uur tot 11.45 uur geschorst.



Minister **Klink**: Voorzitter. Het voorliggende wetsvoorstel voor een structurele oplossing voor wanbetaling staat niet op zichzelf, maar is deel van een totaal wetgevingscomplex voor de financiering van de zorg in Nederland. Het gaat daarbij om de sociale verzekeringen van de Zorgverzekeringswet en de AWBZ, om maatregelen ter vermindering van het aantal onverzekerden en om maatregelen ter compensatie van de zorgkosten van illegalen. Terecht is daar van uw kant op gewezen. Ook mevrouw Agema stond bij de verschillende categorieën stil.

Met de sociale verzekeringen, de Zorgverzekeringswet en de AWBZ zorgen wij er in Nederland voor dat iedereen die daar recht op heeft, op een betaalbare manier zijn noodzakelijke zorg krijgt. Daar is het ons uiteindelijk om te doen: betaalbare zorg. Wij moeten het sociale verzekeringsstelsel zorgvuldig beheren, zodat dit ook zo blijft, nu en in de toekomst. Een belangrijk aspect hierbij is de solidariteit die de basis vormt voor de sociale ziektekostenverzekering. Die moet niet worden aangetast omdat er mensen zijn die hun zorgpremie niet betalen of door onverzekerden die niet deelnemen aan het stelsel. De heer Van de Veen heeft gelijk, er spelen bij wanbetalers inderdaad twee zaken: men geniet wel zorg en heeft aanspraken krachtens een polis, terwijl men aan de andere kant geen zorgpremie betaalt. Er worden voor deze mensen wel kosten gemaakt, maar er worden geen kosten betaald.

Bij de onverzekerden is het zo dat er ook wel kosten worden gemaakt, alleen gebeurt dat niet via een aanspraak, maar via de algemene verplichting van artsen om zorg te verlenen. En dan maar zien of je daarvoor het geld krijgt. De solidariteit moet ook niet worden aangetast door medische kosten van mensen die niet aan de verzekering mee mogen doen, omdat zij niet rechtmatig in Nederland verblijven en op grond van de Koppelingswet zijn uitgesloten van sociale verzekeringen. Dat zijn de illegalen waarover wij ook al verschillende keren hebben gesproken. Voor onverzekerde verzekeringsplichtigen gaat het om maatregelen oplopend van een beroep op de eigen verantwoordelijkheid via een boete – dat zijn dus de mensen die niet verzekerd zijn – tot ambtshalve verzekering. Wij komen daar nog over te spreken in de loop van dit jaar. Het plan van aanpak van onverzekerden is bij u bekend. De aangekondigde wetgeving zal u in de loop van dit jaar bereiken. Dan hebben wij het echter niet over wanbetalers, maar over mensen die geen aanspraken kennen via een polis,

## Klink

omdat men zich simpelweg niet verzekerd heeft, ondanks de wettelijke plicht daartoe.

Sinds 1 januari 2006 is iedere Nederlander verplicht zich te verzekeren tegen zorgkosten bij een private zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar verplicht zich, de zorg die de verzekerde nodig heeft, beschikbaar te stellen. De verzekerde verplicht zich om een premie te betalen. Als die niet wordt betaald, kan de zorgverzekeraar de zorgovereenkomst opzeggen via royement, nadat hij gekeken heeft naar de mogelijkheden van incasso. Onverzekerdheid is echter maatschappelijk niet acceptabel. Daarom is met de zorgverzekeraars afgesproken – dat was ook al zo in de periode voordat ik minister werd – dat zij geen verzekerden royeren vanwege betalingsachterstand. Zij mogen ook de dekking van de verzekering niet opschorten. In plaats daarvan moeten zij een strikt incassobeleid voeren en krijgen zij compensatie van de overheid voor de gedeelde zorgpremie. Deze afspraak is medio 2006 gemaakt als een tijdelijke oplossing, met als belangrijkste doel om te voorkomen dat er op grote schaal onverzekerden zouden komen, omdat mensen hun nominale zorgpremie aan de verzekeraar niet betaalden. Sinds december 2007 – mevrouw Schippers verwees daar al naar – geldt bovendien voor wanbetalers een opzegverbod, zodat men de incasso-inspanningen van de verzekeraars niet kan ontlopen.

De problematiek van de wanbetalers is echter niet opgelost en is de afgelopen jaren verder gegroeid. De druk op de handhaving van de solidariteit in ons zorgstelsel neemt toe. Op de specifieke vraag van mevrouw Schippers in hoeverre de incassotrajecten nu succesvol zijn geweest, wil ik zo meteen nog even terugkomen. De cijfers die wij ook via de memorie van toelichting aan u hebben doorgegeven, wijzen in de richting dat het aantal wanbetalers dus toeneemt, ondanks het feit dat er ook zo'n 70.000 mensen inderdaad wel weer gaan betalen. De groei is echter groter dan het aantal mensen dat uiteindelijk geen wanbetaler meer is.

In het wetsvoorstel staan structurele maatregelen om de wanbetaling aan te pakken. De wet verplicht de verzekeraar tot incassoactiviteiten en tot het zoeken naar oplossingen voor de betalingsachterstand. Als een verzekeraar er desondanks niet in slaagt om betaling af te dwingen, neemt de overheid de inning over. Het moge genoegzaam bekend zijn dat de verzekeraar de wanbetaler moet aanmelden bij het CVZ wanneer de schuld is opgelopen tot zes maandpremies. Vervolgens gaat het CVZ bestuursrechtelijk premie innen. Die premie is 130% van de gemiddelde zorgpremie. De inning gebeurt bij voorkeur door inhouding op periodiek inkomen, zoals loon of uitkering, met een zekere volgtijdelijkheid. Dat is de bronheffing. Als dat niet lukt of als de periodieke bron ontoereikend is, kan de zorgtoeslag ter dekking dienen. In laatste instantie kan beslag worden gelegd op goederen of op andere inkomens. Op wat dat te betekenen heeft voor met name de sociale minima kom ik nog uitvoerig terug naar aanleiding van vragen van de heren Van Gerven en Van der Veen.

Belangrijk is dat de wanbetaler wel uit het regime kan komen door de schuld van zes maandpremies plus eigen risico en incassokosten aan de verzekeraar te voldoen. Als hij de schuld heeft voldaan of een schuldregeling heeft afgesproken, wordt hij uit het bestuursrechtelijke premieregime gehaald. Dat zijn de twee modaliteiten op

basis waarvan een reguliere verzekering weer gaat lopen. Het is belangrijk dat, behoudens het terugbetalen van de vorderingen, er ook een traject is van schuldregeling. Dat vrijwaart betrokkenen vervolgens van bestuursrechtelijke trajecten en het oplopen van premies.

De zorgverzekeraar is verplicht om de verzekerde aan te melden met een betalingsachterstand van zes maandpremies en blijft daarna de zorgverzekering uitvoeren. Hij verliest echter het recht om premie te heffen gedurende de periode dat iemand in een bestuursrechtelijke voorziening zit. In plaats daarvan krijgt de verzekeraar van de overheid een bijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds. De inkomsten uit de publiekrechtelijke inningen worden in datzelfde fonds gestort.

Het belangrijkste aandachtspunt bij de totstandkoming van dit wetsvoorstel is geweest hoe je ervoor zorgt dat ons verzekeringsstelsel zijn werk kan doen, waarbij zowel de publieke randvoorwaarden als de private uitvoering worden gewaarborgd. Wellicht moet ik daar een extra kanttekening bij plaatsen. De heer Van der Veen heeft natuurlijk gelijk: het is een privaat stelsel met publiekrechtelijke randvoorwaarden. Een van die voorwaarden is de acceptatieplicht. Uit die acceptatieplicht vloeit de wens voort dat mensen niet onverzekerd zijn. Daarom is er een verzekeringsplicht. Uit de keuze om niet te royeren volgt echter wel dat er een andere publiekrechtelijke voorziening dient te zijn waardoor de verzekeraar vervolgens de bedragen die daarmee gemoeid zijn, ontvangt. Die krijgt de verzekeraar nu via het CVZ. De keerzijde daarvan is dat degene voor wie kosten gemaakt worden, uiteindelijk premie betaalt. Dat is in dit geval de bestuursrechtelijke premie.

De kwestie van het onverzekerd zijn heeft meer aspecten. Dit is een punt dat in de discussie vaak wegvalt, maar dat bijvoorbeeld in Amerika een belangrijk thema is. Het is niet alleen zo dat deze mensen hun premie niet voldoen en daarmee afbreuk doen aan de solidariteit omdat men leunt op andere mensen die wel hun premie betalen. Er is ook sprake van een systeemverantwoordelijkheid, omdat de kosten van de zorg aanmerkelijk toenemen omdat mensen die onverzekerd zijn niet snel naar een arts gaan, maar dat zo lang mogelijk uitstellen. Op het moment van uitstel zijn mensen vaak ernstiger ziek dan bij eerder ingrijpen het geval geweest zou zijn. Daar vloeien extra kosten uit voort, naast de gezondheidsschade voor de mensen zelf. Ook om die reden moet voorkomen worden dat mensen wanbetaler of onverzekerd worden. Er zit dus een gezondheidsdoel achter. Bovendien is er een doelstelling van kosteneffectiviteit op grond van het feit dat de kosten extra toenemen. Naar mijn overtuiging zijn de doelstellingen in dit wetsvoorstel daarop georiënteerd en zullen zij uiteindelijk ook evenwichtig te realiseren zijn.

Dit was mijn algemene inleiding. Dan wil ik nu ingaan op de afzonderlijke vragen, waarbij natuurlijk veel van deze algemene punten terugkomen, maar meer als decor dan als strekking. De heer Van Gerven vraagt of het billijk is om de bronheffing op 100% te stellen voor de groep die wel wil betalen maar dat niet kan. Daar ben ik het niet mee eens. In de Zorgverzekeringswet wordt geregeld dat voor uitkeringen op het minimumniveau inderdaad slechts de standaardpremie wordt geïnd. Dus daarin wordt voorzien. In dit verband wil ik een vraag van de heer Van der Veen beantwoorden. Ik kom daar straks in het kader van zijn vragen nog specifiek op terug. Vanwege de beslagvrije voet die zowel geldt in het

## Klink

civielrechtelijke als het bestuursrechtelijke regime dat wij nu introduceren, is er de garantie dat niemand qua koopkracht onder een bepaalde bodem zakt. Die garantie kennen wij civielrechtelijk op grond van het feit dat, als er sprake is van beslag, er altijd wordt gekeken naar die beslagvrije voet van 90% van het minimumloon. Dat zal ook gelden zodra de verzekeraar via een civielrechtelijk traject van inbeslagneming uiteindelijk zijn premie probeert te verhalen in dat eerste traject. Dan komen schuldsaneringsregelingen en dergelijke in beeld en daarbij is de beslagvrije voet altijd maatgevend.

Bij het bestuursrechtelijke traject van het CVZ gaan wij er zelfs van uit dat bij degene die slechts een inkomen op het niveau van het minimumloon heeft, alleen die 100% van de standaardpremie via bronheffing wordt ingehouden. Het separate traject van de 30% opslag die dan plaatsvindt, wordt alleen maar geëffectueerd als er daadwerkelijk andere inkomensbestanddelen zijn die dat rechtvaardigen, bijvoorbeeld alimentatie of huurpenningen. Pas dan komt de inning van die 30% in beeld. Wij sorteren dus bij deze categorie mensen op voorhand voor op het feit dat het minimumloon dat zij genieten, een indicatie is voor het feit dat de beslagvrije voet zou worden aangetast op het moment waarop de 30% zou worden toegevoegd. In die zin zit er bijna een dubbel slot op. Die garantie kan de Kamer van mij krijgen. Anders dan wellicht in de memorie van toelichting staat, waarin een zeker voorbehoud besloten leek te zijn, kan ik de Kamer melden dat de beslagvrije voet linksom of rechtsom, civielrechtelijk of bestuursrechtelijk, altijd gegarandeerd is. De heer Van Gerven wordt dus op zijn wenken bediend. De bronheffing wordt op 100% gesteld bij deze categorie mensen, die bijvoorbeeld alleen AOW of minimumloon hebben. Dan is er een bronheffing van 100% en niet van 130%.

De heer Van Gerven vraagt of er al cijfers zijn over de laatste stand van het aantal wanbetalers. Die cijfers zijn er nog niet. Het CBS is bezig met een nieuwe uitvraag bij de verzekeraars en wij verwachten die cijfers in mei 2009.

Mevrouw **Agema** (PVV): Voorzitter. Over het vorige onderwerp heeft mijn fractie ook een vraag gesteld. Het klinkt in principe allemaal heel sympathiek, maar bestaat het risico niet dat een situatie die tijdelijk is bedoeld, uiteindelijk structureel wordt? In hoeverre kan men weer gemakkelijk terug naar het nominale in plaats van het bestuurlijke premiesysteem?

Minister **Klink**: Voor die afweging heeft het kabinet gestaan. Wij hebben er in de ministerraad uitvoerig bij stilgestaan. Wij hebben er uiteindelijk voor gekozen om bij die mensen die alleen een minimuminkomen hebben, zoals AOW of bijstand, toch geen beslag te leggen via de 30%, omdat dat hen naar alle waarschijnlijkheid onder de beslagvrije voet drukt. Wij hebben gekozen voor de route van het CVZ, namelijk via een waarschuwing eventueel beslag leggen, maar dan alleen maar als er andere inkomstenbronnen in het vizier zijn. Wij hebben op voorhand bij deze categorie mensen voorgesorteerd op het feit dat de 130% te veel is en dat de beslagvrije voet dan in het geding zou komen. Dat levert inderdaad minder prikkel bij deze mensen op om zich uiteindelijk weer in het reguliere traject van de verzekeringen, het privaatrechtelijke traject, te voegen.

Mevrouw **Agema** (PVV): Mijn fractie onderschrijft het begin van het betoog van de minister. In hoeverre ontstaat echter de situatie dat voor een bepaalde groep mensen het traject, dat bedoeld is als tijdelijk, uiteindelijk structureel wordt? Vindt de minister het wenselijk dat het traject van de bestuurlijke premie uiteindelijk voor een bepaalde categorie mensen een langdurig structureel traject kan worden?

Minister **Klink**: De 30% opslag valt niet weg. Als er andere inkomensbronnen zijn, zal het CVZ wel degelijk die inkomensbronnen aanspreken. Dat gegeven blijft voortdurend boven de markt hangen, ook voor deze personen. In die zin zal er langs dat traject wel degelijk een prikkel zijn om zo veel mogelijk weer het reguliere privaatrechtelijke verzekeringstraject in te gaan.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. De minister sluit niet uit dat er een langdurig bestuurlijk traject blijft bestaan voor de minima. Dan loopt ook die 30% steeds door en nemen de schulden alleen maar toe. Dat biedt geen perspectief op de langere termijn. Is het niet reëel om dan toch voor die groep een uitzondering te maken en die 30% niet te heffen?

Minister **Klink**: Dat perspectief is er wel degelijk, vandaar de schuldsaneringstrajecten. Als men een overeenkomst aangaat en een schuldsaneringstraject ingaat, hetzij via een overeenkomst, hetzij wettelijk via de rechter, stroomt men simpelweg weer het privaatrechtelijke traject in. Die "way out" is er dus en ook vrij direct. Je hoeft dat niet eens wettelijk te regelen. Als er een schuldsaneringstraject komt, hetzij via de minnelijke weg, hetzij via de weg van de rechter, het wettelijke traject, vervalt in feite het bestuursrechtelijke regime.

De heer **Van Gerven** (SP): Maar dat is geen afdoende oplossing, want niet iedereen komt terecht in een schuldsaneringstraject. Bovendien slaagt volgens de laatste cijfers die ik heb gehoord maar de helft van die trajecten. Daarmee is het probleem voor een grote groep mensen dus niet opgelost.

Minister **Klink**: Maar wel het structurele probleem dat eronder zit. Wij mogen wensen dat die prikkel zo effectief is dat zo veel mogelijk mensen de schuldsanering ingaan, anders blijven wij met die onwenselijke situatie zitten. Het zijn veelal mensen die op veel fronten te maken hebben met schulden. In die zin staat dit niet op zichzelf. Die schuldsanering biedt uiteindelijk de structurele oplossing waar u naar op zoek bent. Als wij eenzijdig en alleen maar rondom de Zorgverzekeringswet gaan zeggen dat het wordt beperkt tot twee of drie jaar, zou dat in feite een uitnodiging zijn om het ook maar op die termijn te laten aan komen teneinde die prikkel te vermijden. Dan krijg je precies de situatie die mevrouw Agema schetste en krijg je na die termijn de situatie dat je in feite een publiekrechtelijk regime heb gecreëerd met 100% premiebetaling langs de lijnen van het CVZ. Dat willen wij niet!

De heer **Van Gerven** (SP): Ik denk toch dat het menselijker en socialer zou zijn als er wel een termijn wordt gesteld. Ook aan schuldsaneringstrajecten wordt een termijn gesteld. In zo'n traject zitten de mensen op het absolute minimum, feitelijk vaak 10% beneden het

## Klink

gemiddelde minimuminkomen. Dat is al een grote opgave. De weg die de minister kiest, lijkt mij toch een te grote belasting voor die groep mensen om uit de schulden te komen.

De **voorzitter**: En uw vraag is?

De heer **Van Gerven** (SP): Of die maatregel toch niet te fors is en het doel voorbijschiet om mensen een normale premie te laten betalen en zo draagvlak te creëren voor het systeem.

Minister **Klink**: Het is bijna zeer sociaal om mensen die met hoge schulden te maken krijgen een schuldsaneringstraject te laten ingaan. Als men dat doet, vervalt het bestuursrechtelijke regime en treedt de normale reguliere verhouding tussen verzekeraar en deze personen weer in werking. Dan is die 30% dus ook weg. In het kader van een schuldsaneringstraject wordt bovendien altijd rekening gehouden met de beslagvrije voet die in elk geval waarborgt dat mensen voldoende koopkracht houden en niet door het minimum heen zakken. Als ze schulden blijven opbouwen, wordt het alleen maar urgenter om een schuldsaneringstraject in te gaan. Dat is uiteindelijk toch het meest verkieslijke regime voor deze personen.

De heer Van Gerven vroeg of de ziektekostenverzekeraar cruciale brieven aangetekend moet versturen en de wanbetaler thuis moet opzoeken. Als ik eerlijk ben, zie ik nog niet dat ik een wettelijke plicht in het leven ga roepen en vervolgens ga controleren dat zorgverzekeraars op huisbezoek gaan bij mensen met een betalingsachterstand. Ik zie ook nog niet wat dat met zich zou brengen voor andere trajecten, waarbij nutsvoorzieningen in beeld zijn, zoals gas, elektra enzovoort, of als wij gaan kijken naar de scholen waar jongeren zich aan de leerplicht onttrekken. Als daar overal zo'n persoonlijke benadering zou moeten worden gevolgd, denk ik dat wij werkgelegenheid creëren waarvan je je kunt afvragen of die nu wel zo productief is, hoewel het in deze economische crisis misschien wel goed zou kunnen zijn.

De heer **Van Gerven** (SP): Maar als het nu een buitengewoon effectieve maatregel is, waarom dan toch niet?

Minister **Klink**: Een zorgverzekeraar is geen schuldhelpverlener. De effectiviteit van het naast personen gaan staan, zie ik natuurlijk wel. Het naast personen gaan staan en gaan kijken waar de schuldposities zitten en wat daaraan te doen valt, is eigenlijk een taak voor de schuldhelpverlening en gemeenten. Langs die lijnen zie ik inderdaad wel een functie voor persoonlijk contact en voor maatwerk, maar ik zie die eerlijk gezegd pas achter de meer formele relatie tussen een zorgverzekeraar en de verzekerden en ik zou die niet willen lokaliseren bij de verzekeraar.

De heer **Van Gerven** (SP): De minister zegt dat er een formele relatie is. Dat moge zo zijn, maar volgens mij heeft de zorgverzekeraar ook de plicht om de premies te innen. Waarom kan deze voorwaarde dan niet opgenomen worden in het wanbetalersprotocol? Deze werkwijze garandeert immers dat de zorgverzekeraars deze verplichting nakomen.

Minister **Klink**: De verplichtingen die uit het protocol voortvloeien, lopen één op één met de reguliere verplichtingen die verbonden zijn aan een zakelijke transactie. Ik wil vasthouden aan de systematiek dat de verzekerde verplicht is om zich te verzekeren en om aan de premieplicht te voldoen. Ik wil deze systematiek niet omdraaien door de verzekeraar de massieve plicht op te leggen om een persoonlijke relatie te gaan onderhouden met verzekerden en in bepaalde gevallen zelfs huisbezoeken af te leggen. Dat gaat echt te ver.

Voorzitter. De heer Van Gerven vraagt of afschrikking en straf wel helpen tegen wanbetaling. De Raad van State heeft hier ook de vinger bij gelegd en naar aanleiding daarvan maak ik nadrukkelijk onderscheid tussen mensen die niet willen en mensen die niet kunnen, in de tweede maand een regeling aanbieden voor automatische incasso en wijzen op de mogelijkheid van schuldsanering. In die tweede maand en eventueel in de vierde maand worden mensen bovendien gewezen op de consequenties van langdurig wanbetalen. Daarbovenop is er de mogelijkheid van schuldsanering en schuldhelpverlening, wat geen vorm van straf of afschrikking is, maar een handreiking. Al die aspecten komen bovendien wederom aan de orde als het CVZ-traject ingaat.

Ik heb dus oog voor het feit dat er behalve mensen die niet willen, ook mensen zijn die niet kunnen. Net als in het verleden wordt er overigens gekeken naar de achtergrond van mensen die niet aan hun betalingsverplichting kunnen voldoen. Ik wijs de heer Van der Veen er in dit verband op dat ik gemeenten ertoe aan blijf zetten om collectieve contracten af te sluiten en zo mogelijk over te gaan tot automatische incasso. Automatische incasso hoeft overigens niet alleen aangeboden te worden aan mensen die door de verzekeraar via het inlichtingenbureau bij de gemeente zijn aangemeld. Het is echter een gemeentelijke bevoegdheid om het wel of niet op deze manier te regelen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Mijn voorstel gaat verder dan alleen automatische incasso. Automatische incasso levert immers niets op als mensen geen geld op hun girorekening hebben staan. Ik vraag u na te gaan of het mogelijk is om de ziektekostenpremie in te houden op de uitkering. Als je dat doet, is het zeker dat de verzekeraar de premie krijgt en vermijdt je gezeur achteraf over niet betaalde premies.

Minister **Klink**: Dat zou in het geval van bijstandsgerechtigden inderdaad een heleboel problemen ondervangen. Doordat de gemeente de verzekering dan verzorgt, is er immers feitelijk sprake van een bronheffing. Ik zal dit punt dan ook zeker nogmaals met mijn collega's en de gemeenten opnemen. Op dit moment sluiten veel gemeenten collectieve contracten af, maar de figuur waarbij mensen op voorhand wordt gevraagd om de premieplicht te laten voldoen door deze vorm van bronheffing, lijkt mij een welkome aanvulling. Een wettelijke verplichting is heel lastig, omdat dat een inbreuk zou zijn op ons stelsel. Omdat er wanbetalers zijn, zou je dan immers de veel grotere groep van bijstandsgerechtigden wettelijk verplichten om zich aan te sluiten bij een publiekrechtelijk regime. Dat zou een onevenredig zware verandering zijn, omdat de groep

## Klink

wanbetalers heel klein is en de meeste mensen met een bijstandsuitkering hun premie trouw betalen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik realiseer mij dat.

Overigens is bronheffing natuurlijk voordelig voor verzekeraars en zij zouden bronheffing dan ook aantrekkelijker kunnen maken door het te belonen met een premiekorting. Misschien is de minister bereid om dat te bespreken met de zorgverzekeraars.

Minister **Klink**: Er zijn gesprekken geweest met de gemeenten over collectieve contracten en over de figuur van het zo veel mogelijk bij de bron houden. Ik weet niet in hoeverre hierover met de zorgverzekeraars is gesproken. Duidelijk is dat zij daar voordeel bij hebben, omdat de incassoverplichtingen over de eerste zes maanden vervallen. In die zin zie ik wel iets in een driehoeksoverleg met de zorgverzekeraars erbij.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Ik schrok heel even. Je kunt wel alles praktisch oplossen en van een bijstandsuitkering alvast automatisch de huur, de energiekosten en zorgkosten aftrekken, maar mensen moeten over hun eigen geld kunnen gaan. Ik zou mij er heel sterk tegen verzetten als wij van de bijstandsgerechtigden een aparte outcastcategorie zouden gaan maken voor wie een apart regime zou gelden waarbij de overheid bijdragen zou gaan innen, omdat deze mensen zelf niet in staat zouden zijn om daar zelf de verantwoordelijkheid voor te nemen. Ik steun de minister van harte en vraag hem niet dit pad op te gaan.

Minister **Klink**: Outcastcategorie is een prachtige term. De bedoeling van de opmerking van de heer Van der Veen heeft niet zozeer te maken met een outcastcategorie, maar met het vermijden van een outcastcategorie. Daarin ligt een voordeel zowel voor de gemeenten die een zorgplicht hebben voor bijstandsgerechtigden als voor de zorgverzekeraars. Als een dergelijke wijze van betalen op vrijwillige basis tot stand komt, vind ik het prima. Degene die bijstand geniet, is daarbij ook partij, want de gemeente kan slechts het aanbod doen en geen verplichting opleggen.

De aanvullende verzekering valt niet onder mijn verantwoordelijkheid en dat blijft ook zo. De interpretatie van de heer Van Gerven dat dit wel het geval zou zijn, klopt dus niet.

De heer Van Gerven vraagt of er een onvoorwaardelijk ja is van de NVVK. Het convenant met Zorgverzekeraars Nederland, de Vereniging Nederlandse Gemeenten, de NVVK, de belangenvereniging voor sociale diensten, SZW en VWS is nagenoeg rond. In dat convenant staan afspraken over onderlinge gegevensuitwisseling, uitwisseling van best practices, procedureafspraken over hoe verzekeraars omgaan met schuldhulpaanvragen, het stimuleren van collectieve contracten, waar de heer Van der Veen het over had, voor bijstandsgerechtigden en minima en afspraken over hoe met betalingsachterstanden van deelnemers wordt omgegaan. Momenteel worden de puntjes op de i gezet. Wij hopen, ook vanwege de handtekening van de NVVK, dat onvoorwaardelijke ja te ontvangen.

De heer Van Gerven spreekt over het onderwerp niet-verzekerde kinderen. Mede daarom hebben wij nog eens gekeken naar de achtergronden van de wanbetalersproblematiek. Wij hebben de mouwen

opgestroopt en zijn met voorlichtingscampagnes begonnen. Dat gaan wij ook doen voor de aanpak van onverzekerden. Wij kiezen voor een doelgroepgerichte voorlichting en het aanschrijven van personen. Op grond van de AWBZ-bestanden die gekoppeld worden aan de ZVW-bestanden weten wij wie het zijn en kunnen wij veel gericht informatie gaan geven. Uiteindelijk zal er ook een ambtshalve inschrijving gaan plaatsvinden.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik heb begrepen dat onder bepaalde omstandigheden royement op grond van wanbetaling mogelijk is. Maar wat doen wij als er kinderen in het spel zijn? Zouden wij niet moeten voorkomen dat kinderen daardoor onverzekerd raken?

Minister **Klink**: Het onverzekerd raken, hebben mensen die hun premie niet betalen in de eerste plaats aan zichzelf te wijten. Twee verzekeraars – naar ik meen ONVZ en Fortis – royeren wel, terwijl andere verzekeraars dat niet doen.

De heer **Van Gerven** (SP): De minister zegt dat de mensen zelf verantwoordelijk zijn. Stel dat de ouders hun verantwoordelijkheid niet nemen en geroyeerd worden, dan raken hun kinderen onverzekerd. Dat moeten wij absoluut zien te voorkomen. Zou in de afspraken met de verzekeraars over de wanbetalersproblematiek niet kunnen worden neergelegd dat mensen niet kunnen worden uitgeschreven als daardoor hun kinderen onverzekerd raken? De kinderen kunnen daar namelijk niets aan doen.

Minister **Klink**: Ik zei zonet al even dat het daar nauwelijks speelt. In elk geval zijn er afspraken gemaakt over het niet royeren van verzekerden. Krachtens het niet royeren komt men in een bestuursrechtelijk regime terecht op grond van het feit dat men de premie niet voldoet en schulden opbouwt. Er is dus sprake van een sluitende keten. U zou nog kunnen verwijzen naar de mensen die niet verzekerd zijn, omdat ze geroyeerd worden. Voor de mensen die niet verzekerd zijn, gaan wij het traject in van daadwerkelijk weten wie het betreft; in dat verband noemde ik zo-even de koppeling van bestanden. Daaruit vloeit een ambtshalve verzekering van deze personen voort. Dat zal de keten rond de wanbetalers sluiten, waarmee een totale sluiting van de keten wordt bereikt.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik begrijp het toch nog niet helemaal. In de voorstellen met betrekking tot de wanbetalers is niet categorisch uitgesloten dat mensen uit de verzekering worden gezet. Dat kan in de eerste twee maanden dat er nog geen traject loopt van aanmanen en dergelijke. Kinderen kunnen daardoor niet verzekerd raken. Moeten wij dat niet op de een of andere manier onmogelijk maken? Dat is concreet mijn vraag.

Minister **Klink**: Wij doen dat op drie manieren, ten eerste door een verzekeringsplicht in het leven te roepen; die geldt voor alle personen, ook als men geroyeerd is. Ten tweede door een acceptatieplicht; die geldt voor alle verzekeraars. Op het moment dat men naar een andere verzekeraar toegaat, staat het open. Als dat geen soelaas mocht bieden omdat men zich na het royement niet opnieuw verzekert, dan gaan wij ten derde het traject in van degenen die onverzekerd zijn, dus het traject van de



## Klink

ambtshalve verzekering. Daarmee is de keten gesloten. Bovendien is het gegeven de derde schaderichtlijn niet of nauwelijks mogelijk om een royementsverbod in het leven te roepen.

De heer Van Gerven vroeg of mensen met schulden bij het wetsvoorstel zijn gebaat. Ik denk dat ik daar uitvoerig op ingegaan ben in mijn reactie op de eerste vragen.

De heer Van Gerven vroeg ook waarom gekozen is voor een opslag en voor 30%. Er is gekozen voor een bestuursrechtelijke premie die hoger is dan de hoogste nominale premie in de markt. Omdat die varieert, hebben wij het gemiddelde genomen – de standaardpremie – en daar 30% aan toegevoegd. Normaal betaalt men de premie aan de zorgverzekeraar. Dat moet in financiële zin ook aantrekkelijker zijn dan premie betalen aan de overheid. Bovendien moet bij de uitvoering ook gekeken worden naar de inningskosten. Om deze reden is uiteindelijk tot 130% gekomen, temeer omdat bij de onverzekerden op dit moment een boetebeding is waardoor 130% in beeld is. Gevraagd is of dit niet te hoog is voor de mensen die niet kunnen betalen. Over de beslagvrije voet heb ik al het nodige gezegd.

De heer **Van Gerven** (SP): Over de hoogte van incassokosten heeft onlangs een discussie plaatsgevonden met de minister van Justitie. De SP-fractie heeft op dat punt voorstellen gedaan en die zijn overgenomen. Het komt erop neer dat de maximale incassokosten 15% mogen bedragen. Is het niet logisch om die lijn ook te volgen in deze wet?

Minister **Klink**: Ik heb zo-even al gesproken over degenen die niet kunnen betalen en in de trajecten van de schuldhulpverlening zitten. Vervolgens heb ik gezegd dat er ook een prikkel moet zijn om een bestuursrechtelijk traject, waarbij het in feite gewoon om een publiekrechtelijke voorziening gaat, niet regulier te laten zijn. Uit dien hoofde vind ik dat er een voldoende prikkel moet zijn voor mensen om er weer uit te gaan. Dat kan langs twee lijnen, namelijk door de premie te voldoen en de schulden in te halen, maar ook met een overeenkomst in het kader van schuldhulpverlening; daarmee vrijwaart men zich ook van het bestuursrechtelijk regime. In dat verband worden altijd zeer realistische voorstellen gedaan; daar komen ook de handtekeningen van betrokkenen onder. Als men zich vergewist van het feit dat men een betalingsachterstand heeft en men daaruit wil komen zonder dat de beslagvrije voet wordt aangetast, dan is men vervolgens weer normaal verzekerd via de verzekeraar. Daarbij komt dat de schuld die opgebouwd is tegenover het CVZ – dat heeft te maken met die 30% – niet in de weg staat van het opnieuw regulier verzekerd zijn in het privaatrechtelijk regime.

De heer **Van Gerven** (SP): Die 15% geldt over de hele linie. Die geldt niet alleen voor de minima, maar ook voor mensen die een hoger inkomen hebben, maar toch hun verplichtingen niet nakomen. Het gaat erom dat niet is aangetoond dat de prikkel hoger is bij 30% dan bij 15% boete, incassokosten of hoe je het wilt noemen. 15% is ook meer in lijn met wat zich nu civielrechtelijk aan het ontwikkelen is en wat de minister van Justitie wil overnemen. Daar wordt nu aan gewerkt. Is het dan niet logisch om die lijn te volgen? Ik denk dat het aan de effectiviteit niets afdoet.

Minister **Klink**: Dan geef ik nog één keer resumerend mijn antwoord. Eén: de 15% inningskosten, die u noemt, maakt van de 100% al 115%. Twee: het gaat over de gemiddelde premie. Daar zit bandbreedte in. Dat betekent dat de gemiddelde premie lager kan liggen dan de premie die sommige verzekeraars aan anderen in rekening brengen. Dus laten wij er nog maar een keer een paar procent bovenop doen: naar schatting 5%. Dan zitten wij aan 120%. Drie: wij hebben nog een prikkel van 10% om uit het regime te gaan. Dat vind ik ook niet meer dan logisch, aangezien deze mensen financieel in staat worden gesteld om hun verzekering te betalen via de zorgtoeslag. Er zijn veel inspanningen van verzekeraars geweest om hen in het regime te houden. Dan vind ik het niet meer dan normaal dat daar iets tegenover staat en dat er een prikkel wordt gegeven – noem het een bestuursrechtelijke “boete” – als je je onttrekt aan de plicht om je premie te betalen. 100%, 115%, 120% – dan zit er 10% bij – vind ik dan niet irreëel als permanente prikkel om gewoon je burgerlijke plicht te doen, namelijk je verzekering betalen.

De heer Van Gerven vroeg of er een protocol van de verzekeraars is. Ik zei al dat het protocol nagenoeg klaar is. Bij de afronding wachten wij nog op een aantal punten die de zorgverzekeraars met mij wilden bespreken, waaronder de manier van compenseren. Bij de uitgangspunten van het protocol hebben wij voldoende stilgestaan. Daarbij hebben wij het onder andere gehad over het tweedemaandsaanbod en de vierdemaandsmelding.

De heer Van Gerven vroeg of het bedrag van 165 mln. werkgeverskosten klopt. Ik heb andere bedragen genoemd. Dat heb ik niet voor niets gedaan, want de 165 mln. klopt niet. De administratieve last voor werkgevers is beperkt en komt deels in de plaats van het beslag dat de zorgverzekeraars anders zouden leggen. Onze berekeningen komen neer op circa 2 mln. tot 2,25 mln. in het eerste jaar. Dat bedrag loopt terug tot 0,6 mln. structureel vanaf het vierde jaar. Dat heeft alles te maken met het feit dat het stuwmeer nog moet leeglopen.

Mevrouw Schippers verwees ook naar het beslag dat een verzekeraar nu al moet leggen. Zij zei dat dit er nog eens bovenop komt. Dat is natuurlijk niet helemaal waar, want een en ander middelt ook uit. Bij degenen die in het bestuursrechtelijke regime zitten, leg je namelijk geen beslag meer, omdat men langer dan zes maanden de premie niet heeft voldaan.

Mevrouw Agema vroeg mij of de oorzaken van wanbetaling goed zijn onderzocht. Ja, dat is zo goed mogelijk gebeurd. In de memorie van toelichting is uitvoerig stilgestaan bij de vragen om welke categorieën mensen het gaat en hoe langdurig men wanbetaler is. Vandaar dat over een kern is gesproken en degenen die voor het eerst wanbetaler zijn. Ik ben het met de Kamer eens dat het belangrijkste is dat zij gaan betalen, want eenieder is daartoe gehouden en wordt daartoe in staat gesteld.

Mevrouw **Agema** (PVV): Het ging mij om het volgende. U had eerder op Kamervragen van mijn hand geantwoord dat u geen onderzoek wilde doen naar de vraag waarom allochtonen drie keer zo vaak wanbetaler zijn, en dan met name Antillianen en Arubanen. Van hen is 10% wanbetaler. Dus kunt u wel zo zeker stellen dat u het allemaal heeft onderzocht, terwijl u in antwoord op

## Klink

vragen meldt, bepaalde dingen niet te willen onderzoeken?

De **voorzitter**: Mevrouw Agema, wilt u ook via de voorzitter spreken?

Het woord is aan de minister.

Minister **Klink**: Voor zover ik weet, beschuldigt u mij nu van "contempt of parliament". Misschien zit ik ernaast, maar ik dacht dat er twee keer zo veel sprake was van wanbetaling bij allochtonen in plaats van drie keer zo veel. Wij hebben die groepen in beeld gebracht, vervolgens geconstateerd hoe de spreiding is over de verschillende categorieën en toen een oplossingsrichting gezocht, die nu voorligt, namelijk dat in tweede en vierde termijn wordt gewezen op de wegen en routes die er zijn door schuldhulpverlening. Vervolgens gaat het bestuursrechtelijke regime ook voor hen gelden.

Mevrouw **Agema** (PVV): Het CBS heeft becijferd dat dit aantal driemaal zo hoog was als normaal. Als de minister daar wel onderzoek naar doet, kan hij er misschien achter komen of hij misschien specifieke maatregelen moet treffen voor bepaalde groepen allochtonen. Het feit dat de minister dit op voorhand niet wilde, betekent dat hij de informatie, de redenen of de argumenten die mensen wellicht aandragen, niet heeft. Dit, terwijl de minister wel stelt in antwoord op opmerkingen van de Raad van State dat hij alle mogelijke paden heeft bewandeld om erachter te komen waarom mensen wanbetaler zijn. Dit komt niet met elkaar overeen. Waarom onderzoekt de minister niet waarom allochtonen driemaal zo vaak wanbetaler zijn? Misschien komt de minister wel achter heel interessante informatie, waarna hij specifieke maatregelen kan nemen.

Minister **Klink**: Ik zou er bijna toe uitnodigen om daar wat hypothesen op los te laten, maar dat zal ik maar niet doen. Wij hebben onderzocht om welke categorieën het gaat. Vervolgens zijn wij daarbij niet stil blijven staan, want daarna zijn er doelgroepgerichte voorlichtingsacties geweest. Ik verwees hierbij naar het voorbeeld met betrekking tot de kinderen. De gemeenten zijn hiervan in kennis gesteld en zij hebben zich van die taak ook gekweten in die zin dat zij collectieve contracten aanbieden. Het is dus niet louter bij signaleren gebleven, maar er zijn ook acties ondernomen.

Voorzitter. De heer Van Gerven en mevrouw Schippers hebben opgemerkt dat het mkb bezwaar heeft gemaakt tegen de van werkgevers gevraagde bronhouderstaak. Ik wijs erop dat ook nu al verzekeraars loonbeslagen leggen en dat men de gegevens met betrekking tot de betalingsachterstanden dus ook nu al kent. Principieel zit er dus geen verschil in. Dit gehele wetsvoorstel heeft uiteraard ook een preventieve werking tot doel. Men weet immers, ook via de aanmaningen en de tweede- en vierdemaandsmeldingen, dat daarna een bestuursrechtelijk regime volgt en dat dit onontkoombaar is.

De heer Van Gerven heeft gevraagd of er bezwaar en beroep kan worden aangetekend bij de bestuursrechter tegen de acties en de feitelijke werkzaamheden van het CVZ. Dat is niet mogelijk. Het CVZ moet namelijk de bestuursrechtelijke premie heffen, zodra een wanbetaler wegens het hebben van een premieachterstand van zes maanden bij het college wordt aangemeld. Dat is ook logisch. Het CVZ maakt geen afwegingen en mitsdien is

er geen sprake van een besluit dat je gelijk kunt stellen aan een beschikking. Daarom is dus geen beroep mogelijk bij de bestuursrechter. Bij de trajecten die voorafgaan aan de vierdemaandsmelding en dergelijke, waarbij gezegd wordt dat na twee maanden het bestuursrechtelijke regime in beeld komt, staat natuurlijk wel de mogelijkheid tot beroep open. Men kan in dat geval naar de civiele rechter en naar de SKGZ gaan.

Mevrouw Agema heeft gevraagd waarom gedetineerden van de verzekeringsplicht worden ontheven. Zij worden niet van de verzekeringsplicht ontheven. Zij moeten net als alle andere burgers zorgverzekering hebben, maar de rechten en plichten uit hun zorgverzekering gaan "slapen" – zoals dat kennelijk technisch gezien heet – wanneer zij in de gevangenis komen. Dat komt omdat de minister van Justitie de benodigde zorg regelt en betaalt. Zodra gedetineerden uit de gevangenis komen, herleven de rechten en plichten uit de zorgverzekering en moeten zij weer premie gaan betalen.

Mevrouw Smilde heeft gevraagd of ik meer kan zeggen over het wanbetalersprotocol. Van de verzekeraars heb ik begrepen dat het protocol nagenoeg klaar is. De afronding wacht evenwel nog op een aantal punten dat de verzekeraars nog met mij hadden te bespreken, waaronder de wijze van compenseren. Over die punten heb ik vorige week met het bestuur van ZN afspraken gemaakt, evenals over de acceptatieplicht voor wanbetalers. Ik verwacht dat het protocol binnenkort kan worden afgerond. Uitgangspunt is dat de verzekeraars de verzekering van wanbetalers niet royeren of opschorten, maar zo veel mogelijk doen om te voorkomen dat mensen terechtkomen in een bestuursrechtelijk regime. Daarbij geldt de tweede- en de vierdemaandsmelding weer en de verschillende acties die daaruit voortkomen.

Mevrouw Smilde heeft voorts gevraagd wanneer de zorgverzekeraar genoeg heeft gedaan om beroep en de gang naar de bestuursrechter te voorkomen. Dit zijn in de eerste plaats de wettelijke stappen rond de tweede en de vierde maand: een waarschuwing. In de tweede plaats zal hij zich aan het wanbetalersprotocol en de afspraken over de omgang met premieachterstand moeten houden. De zorgverzekeraar zal incasso-inspanningen verrichten om ervoor te zorgen dat de wanbetaler weer snel uit het bestuursrechtelijke regime komt.

Mevrouw Smilde vraagt wie controleert of de verzekeraar in het voortraject de juiste stap heeft genomen. De Nederlandse Zorgautoriteit zal dat doen.

Verder vraagt mevrouw Smilde of een zorgverzekeraar weet wie er in een gemeente bijstandsgerechtigd is. Dat weet een zorgverzekeraar niet. Daarom zijn er afspraken gemaakt tussen gemeenten en zorgverzekeraars om de gegevens via het Inlichtingenbureau te laten koppelen. De zorgverzekeraars onderhouden een landelijk bestand waarin verzekerden met een betalingsachterstand van twee maanden en meer worden geregistreerd. Het Inlichtingenbureau vergelijkt deze gegevens met de bestanden van uitkeringsgerechtigden van gemeenten en informeert gemeenten over een eventuele match tussen beide bestanden. Via deze Chinese walls van het Inlichtingenbureau is de privacy van betrokkenen gewaarborgd.

Voorts heeft mevrouw Smilde gevraagd of de rechtsbescherming tegen aanmelding voor het bestuursrechtelijke premieregime hiermee wel voldoende is geregeld. Ook vraagt zij in hoeverre het CVZ na een dergelijke melding een executoriale titel heeft om

## Klink

inbreuk te maken op het vermogen van een wanbetaler. De rechtsbescherming tegen de aanmelding voor het bestuursrechtelijke regime is voldoende geregeld. Een verzekeraar die van plan is om een wanbetaler aan te melden, moet de verzekeringnemer hiervoor waarschuwen. Ik wees al op het civielrechtelijke traject dat hiervoor openstaat na vier maanden. Als iemand voor het bestuursrechtelijke regime wordt aangemeld, zal het CVZ de premie gaan heffen. Dat is een feitelijke handeling en geen beslissing in de vorm van een beschikking. Hiervoor geldt dat bestuursrechtelijke trajecten hiervoor niet openstaan. Daar heb ik het echter al over gehad.

Verder vraagt mevrouw Smilde of de hoogte van de bestuursrechtelijke premie wel in de juiste verhouding tot de premiederving van de zorgverzekeraar staat. 130% – ik zei het al – is hoger dan de hoogste premie in de markt. Ik heb de prikkel en de inningskosten zo-even al gememoreerd.

Dan vraagt mevrouw Smilde in hoeverre er aanwijzingen zijn dat schulden een belangrijke reden zijn voor wanbetaling. Voor dat vermoeden is inderdaad – mevrouw Smilde zei het al – geen statistische onderbouwing gevonden. Het betalingsprobleem kan niet liggen aan een te laag inkomen. Iedere Nederlander kent immers uiteindelijk een zorgtoeslag. Het is dan ook een kwestie van niet willen betalen of toch niet kunnen omdat het totaal van de uitgaven hoger is dan het inkomen. Hiervoor moet dan een passende voorziening getroffen worden via de schuldhulpverlening.

Voorts vraagt mevrouw Smilde of ook voor vrijwillige schuldhulpverlening geldt dat mensen niet in een bestuursrechtelijk traject terecht komen. Als een verzekerde met een betalingsachterstand een schuldhulpovereenkomst aangaat en zich houdt aan de afspraken, neemt zijn schuld niet toe tot zes maandpremies. Is er al sprake van een bestuursrechtelijk regime, dan gaat men daar uit en over naar een privaatrechtelijk regime.

Verder vraagt mevrouw Smilde of niet kan worden volstaan met aanmelding om te voorkomen dat een bestuursrechtelijk traject start. In het wetsvoorstel is gekozen voor een gesloten overeenkomst tussen partijen, omdat alleen de overeenkomst echte zekerheid biedt over betaling. Als de aanmelding plaatsvindt kort nadat de zorgverzekeraar een betalingsregeling heeft aangeboden, is er vanwege die vier of twee nog resterende maanden voldoende tijd om de procedure af te ronden. Uit overleg met de NVVK heb ik begrepen dat dit op zichzelf voldoende tijd zal moeten bieden.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Door de NVVK heb ik mij laten vertellen dat er een aantal maanden over de aanmelding heen kan gaan. Dan zou het jammer zijn als je mensen al in een bestuursrechtelijk premier regime hebt zitten. Ik heb begrepen dat deze aanmelding ook niet vrijblijvend is. Vandaar mijn vraag of een en ander mogelijkheden zou bieden. In mijn inbreng heb ik even gewezen op de parallel met bijvoorbeeld de werkwijze van energiebedrijven. Zou dat een mogelijkheid bieden of vindt de minister het te vrijblijvend?

Minister **Klink**: Ik wil graag in tweede termijn terugkomen op de vraag in hoeverre sprake is van een parallel en je zekerheid kunt ontnemen aan het feit dat men die bereidwilligheid uitspreekt. Dat lijkt mij nog knap lastig, want dat is immers nog geen contract of een overeen-

komst. Je hebt dus nog geen zekerheid. Daar zit het grote vraagteken en vervolgens wellicht de opening voor misbruik omdat je langs die lijn een bestuursrechtelijk regime kunt ontwijken. Mevrouw Smilde zei het immers al: dat schuift dan in de tijd op. In tweede termijn wil ik hier nog wel definitief op terugkomen, maar ik geef alvast de afwegingskaders.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ik wil hierover nog één opmerking maken. Het moet een sluitend gebeuren zijn; daar ben ik het helemaal mee eens. Het is mooi als de minister hier nog even naar wil kijken. Ieder geval dat voorkomen kan worden, is immers mooi meegenomen.

Minister **Klink**: Dat zal ik zeker doen, juist vanwege dat laatste punt.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik ondersteun het pleidooi van de CDA-fractie om het aanmelden bij de schuldhulpverlening als uitgangspunt te nemen. Eén van de voorwaarden daarvoor is namelijk dat personen in budgetbeheer komen. Dan is de premiebetaling gegarandeerd door de schuldhulpverleningsinstelling. Ik wil dat meegeven als overweging, want ik denk dat dit veel zou kunnen oplossen.

Minister **Klink**: Jazeker, dat heeft ook verreweg de voorkeur boven het verschuiven naar een bestuursrechtelijk regime. Ik wijs er echter op dat er nog geen overeenkomst bestaat wanneer men zegt dat men ertoe bereid is. Bij een overeenkomst kan de hulpverlening voor het wegnemen van de schuld daadwerkelijk op gang komen, met wederzijdse verplichtingen. Hier gaat het echter om niets anders dan een intentieverklaring. Als die vervolgens een opschortende werking heeft voor het gehele traject, loop je het risico dat zij misbruikt gaat worden. Dat wil ik uitsluiten. Ik kom daarop graag in de tweede termijn terug.

Voorzitter. Mevrouw Smilde merkte op dat bij schuldhulpverleningstrajecten de crediteuren vaak een deel van de vordering inleveren. Zij vroeg of dat ook geldt voor de zorgverzekeraars. Dat is natuurlijk wel een zaak van de verzekeraars zelf, die deel uitmaken van de overeenkomst die ik zo-even noemde. Ik neem aan dat verzekeraars er bij de overeenkomst vooral in geïnteresseerd zijn dat toekomstige premies elke maand worden betaald. Daarom zullen zij geneigd zijn concessies te doen rondom de bestaande schuld. Er is natuurlijk nog maar twee maanden schuld opgebouwd. Het is goed dat men er heel snel bij is. Verder vroeg mevrouw Smilde of de zorgtoeslag wel of niet ingehouden wordt bij mensen waarbij slechts 100% bronheffing plaatsvindt. Als er sprake is van een bronheffing wordt er geen zorgtoeslag ingenomen. Die komt pas in beeld als de bronheffing ontoereikend of niet haalbaar is. De vraag of het realistisch is te veronderstellen dat mensen met een minimuminkomen nog van een schuld bij een zorgverzekeraar afkomen, is uiteindelijk pas echt in concrete situaties te beantwoorden. Soms zijn er echter meer bronnen beschikbaar dan alleen het inkomen. Vandaar die 30% en het aparte traject. In een situatie waarin alleen sprake is van een minimuminkomen, bestaan altijd nog de mogelijkheden van kwijtschelding en schuldsanering. Over de administratieve lasten heb ik al gesproken.

## Klink

De dames Schippers en Smilde vroegen of organisaties als de sociale dienst, UWV en de Belastingdienst voorbereid zijn op hun taak. De betrokken uitvoeringsorganisaties zijn uitvoerig geconsulteerd. Zij zullen allemaal in staat zijn om vanaf medio dit jaar hun taken uit te voeren. De staatssecretaris van Financiën heeft laten weten dat de Belastingdienst/Toeslagen voor wat betreft de zorgtoeslag pas op 1 januari 2010 zover zal zijn.

Mevrouw Smilde merkte op dat het CVZ, anders dan de Raad voor de Rechtspraak, geen aanzienlijke stijging van het beroep op de bestuursrechter verwacht. Het CVZ denkt de bezwaren namelijk te kunnen bundelen en het nemen van een beslissing op bezwaar te kunnen uitstellen totdat in een beperkt aantal gevallen de bestuursrechter uitspraak heeft gedaan. Eerder gingen volgens het CVZ verdragsgerechtigden met een dergelijke werkwijze akkoord. Mevrouw Smilde merkte verder op dat het bij de verdragsgerechtigden om vergelijkbare bezwaren ging. Zij vroeg of dat hier dan ook zo is. Het antwoord is bevestigend. In principe staat er geen beroep of bezwaar open tegen het onderdeel van de CVZ-besluitvorming, waarin het CVZ zegt dat er een bestuursrechterlijke premie verschuldigd is en aangeeft hoe hoog die is. Tegen het feit dat men deze verschuldigd is, heeft men immers al bij de vierdemaandswaarschuwing bij de verzekeraar kunnen opkomen. De hoogte van de bestuursrechterlijke premie wordt bij wet bepaald. Er zit geen variatie in en er bestaat dus ook geen beleidsruimte bij het CVZ bij 130%. Daarover valt dus niet te procederen. Tekent iemand toch bezwaar aan tegen de heffing van de bestuursrechterlijke premie, dan is dat omdat men van mening is geen premieschuld van zes maanden bij de zorgverzekeraar te hebben opgebouwd. Het CVZ zal een dergelijk bezwaar niet-ontvankelijk verklaren omdat bezwaar hiertegen in deze wet is uitgesloten. Zoals eerder gezegd, had men in dat geval eerder bij de zorgverzekeraar moeten reclameren en aan de bel moeten trekken. Het is niet uitgesloten dat iemand die zo'n niet-ontvankelijkheidsverklaring heeft gehad, vervolgens in beroep gaat bij de bestuursrechter. Volgens het wetsvoorstel zal ook deze het beroep dan niet-ontvankelijk moeten verklaren. Een dergelijk beroep zou men kunnen zien als een tamelijk principiële proefproces. Net als het CVZ verwacht ik dat mensen die op het moment dat het proefproces start bij het CVZ een bezwaar tegen de premieheffing hebben lopen, ermee akkoord zullen gaan dat het CVZ geen beslissing op bezwaar neemt zolang deze zaak onder de rechter is en er geen onherroepelijke uitspraak ligt. Overigens staat er wel bezwaar en beroep open tegen de wijze waarop het CVZ van plan is de bestuursrechterlijke premie te innen, namelijk door bronheffing of de zorgtoeslag dan wel het traject van acceptgiro met uiteindelijk wellicht beslag. Dergelijke bezwaren zal het CVZ zoveel mogelijk inwilligen, althans voor zover betrokkene bereid blijft de bestuursrechterlijke premie te betalen. Anders gezegd, als iemand liever wil dat de bestuursrechterlijke premie op zijn zorgtoeslag wordt geïnd in plaats van betaling via acceptgiro, zal het CVZ een dergelijk verzoek in beginsel uitvoeren en welwillend behandelen. Dat betekent dat aan bezwaren tegen de wijze van inning zoveel mogelijk tegemoet zal worden gekomen. Dergelijke bezwaren zullen zelden de bestuursrechter bereiken.

De zorgverzekeraar heeft een aantal prikkels om mee te werken aan de activiteiten van de verzekeringnemer

om van zijn schulden af te komen. Zo heeft hij er het minste werk aan, blijven de inkomsten gelijk en levert het hem de premie van de eerste zes maanden plus bijkomende kosten op – in ieder geval een deel ervan – en vormen zijn inspanningen om een bijdrage te innen uit het Zorgverzekeringsfonds gedurende de bestuursrechtelijke periode voorwaarde voor het verkrijgen van die bijdrage.

Mevrouw Schippers heeft gevraagd hoe nauwkeurig de uitvoering door zorgverzekeraars wordt gewaarborgd. Als ik haar goed begrijp, stelt zij vooral vragen over de termijn van zes tot acht maanden, die de zorgverzekeraars zeggen nodig te hebben alvorens te kunnen overgaan tot melding bij het CVZ van degenen die een betalingsachterstand hebben. Het CVZ heeft de verzekeraars om een procedurebeschrijving gevraagd. Voor 1 april wordt deze aangeleverd en de NZa toetst de procedures en controleert of deze door de zorgverzekeraars worden toegepast. Het recht op compensatie uit het fonds hangt af van de vraag in hoeverre men dat protocol gevolgd heeft. Doordat men op dit moment de procedure beschrijft en de Kamer vandaag dit voorstel behandelt, is er nog een periode van in ieder geval zes maanden waarnaar mevrouw Schippers verwees.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Het is bijna in februari en de wet moet ook nog door de Eerste Kamer worden behandeld. In die procesbeschrijving staat dat de doorlooptijd acht maanden bedraagt. Als het voorstel door deze Kamer wordt aangenomen, moet het nog door de Eerste Kamer. Tegen de tijd dat het voorstel daar is aangenomen, is het volgens zorgverzekeraars onmogelijk om het per 1 juli te laten ingaan als dit zorgvuldig moet gebeuren. Daar heb ik de reactie van de minister op gevraagd.

Minister **Klink**: Ik heb inderdaad aangegeven dat men bezig is met de procedurebeschrijving. Tegelijkertijd heeft men natuurlijk zicht op wie de wanbetalers zijn, want in het verleden zijn er natuurlijk al verschillende aanmaningen uitgegaan. Daartoe was men ook gehouden, anders werd men ook niet na een halfjaar gecompenseerd. De trajecten die men volgt en de inspanningen die men zich moet getroosten, zijn betrekkelijk helder: de tweede en de vierde maand wordt een waarschuwing gegeven, waarna het bestuursrechtelijke regime ingaat. Doordat de zorgverzekeraars die tweedemaandstermijn-waarschuwing nu al kunnen geven, resteren er wettelijk gezien nog drie à vier maanden voordat zij tot het bestuursrechtelijke regime overgaan. Wij schatten in dat dit haalbaar is. Doordat de procedurebeschrijving gaande is, heeft men van alle overwegingen kennis kunnen nemen.

Mevrouw **Schippers** (VVD): De zorgverzekeraars schrijven mij dat zij tussen het aannemen en de inwerkingtreding van deze wet zes tot acht maanden voorbereiding nodig hebben. De minister is het niet met de zorgverzekeraars eens en zegt dat het in de helft van de tijd kan.

Minister **Klink**: De helft is erg ambitieus, want wij hebben nu nog vijf maanden, maar ik kijk er inderdaad positiever tegenaan.

## Klink

Mevrouw Schippers sprak ook over de uitvoerbaarheid en vroeg of het CVZ daar klaar voor is. Er is uitvoerig gesproken met het CVZ, de Belastingdienst, het UWV enzovoort. Bij de voorbereiding is veel aandacht besteed aan de uitvoering en veel administratieve trajecten worden nu al aangepast. De premie-inning start natuurlijk niet eerder dan 1 juli 2009. Op dat moment is de voorbereiding bij de zorgverzekeraars, het CVZ, het CJIB, de SVB, het UWV en de krediethulpverleners klaar. De Belastingdienst is nog niet klaar met de toeslagen, maar ik heb al aangegeven dat dat per 1 januari 2010 wel het geval zal zijn.

Verder zei mevrouw Schippers dat de gerechtsdeurwaarders stellen dat 70% à 80% van de schulden van wanbetalers worden geïnd. Ik zal niet afdingen op het resultaat dat geboekt wordt, maar ik heb in de memorie van toelichting al aangegeven dat het aantal wanbetalers harder stijgt dan het aantal mensen dat geen wanbetaler meer is. Bovendien gaat het hier om schulden uit het verleden. De praktijk leert dat heel veel mensen die schulden gemaakt hebben en waarbij de procedure via de gerechtsdeurwaarder effectief was, toch weer nieuwe schulden krijgen. Men blijft dan telkens achter de feiten aanlopen. Dat is ook te zien aan het toenemend aantal wanbetalers dat zich aan het aftekenen is. In mei komen er weer nieuwe cijfers.

Mevrouw Schippers vroeg waarom het werk dat het CJIB gaat verrichten, niet door het CVZ is aanbesteed. Het gaat hier om een zogenaamde B-dienst en daarvoor is, gezien jurisprudentie van het Europese Hof, geen aanbesteding nodig.

Mevrouw Schippers en de heer Van der Veen hebben verwezen naar de uitzendbureaus en de kleine baantjes. Gedurende de eerste drie maanden van een uitzendbaan treden de meeste wisselingen op. Daarom vindt het CVZ het voor de eerste drie maanden van een uitzendbaan niet goed uitvoerbaar om een bronheffing op te leggen. De bestuursrechtelijke premie wordt gedurende die tijd geïnd via de omleiding van de zorgtoeslag en de route van incasso en beslag op grond van het feit dat de meest koninklijke weg van de bronheffing hier niet mogelijk is. Pas na drie maanden is de bron stabiel genoeg om die route te kiezen.

Mevrouw Schippers heeft gevraagd naar de dubbelverzekerden en de dubbelverzekerde kinderen. De heer Van der Veen vroeg daar ook naar. De zorgverzekeraars hebben mij daar in het bestuurlijk overleg dat wij vorige week hadden, ook op gewezen. Ik wil voorkomen dat mensen meerdere verzekeringen tegelijk hebben. Daar ga ik naar kijken. Een verzekeraar moet dan kunnen zeggen: ik sluit geen verzekering af, want u hebt er al een. Dat betekent in feite dat de acceptatieplicht vervalt op het moment dat er al een verzekering is. Dat is geen aantasting van de acceptatieplicht, maar het voorkomen van dubbele of zelfs meervoudige verzekeringen. Ik moet er dan wel zeker van zijn dat de administratie van verzekeraars echt goed is, zodat verzekeraars zich niet kunnen vergissen en er mensen onverzekerd rondlopen, terwijl men zich aanmeldde toen de andere verzekering daadwerkelijk verlopen was. Iemand moet dus niet het slachtoffer worden van een gebrekkige administratie.

Bij de wetgeving die ik voorbereid inzake de actieve opsporing is de administratie van verzekeraars een belangrijk punt. Ik stel dan ook voor, het punt van de meervoudige verzekering mee te nemen bij de voorbereiding van dat wetsvoorstel. De Kamer kan dat wetsvoor-

stel nog dit jaar tegemoet zien. Zorgverzekeraars kunnen in de tussentijd bezien hoe de problematiek zich ontwikkelt en hoe daarmee omgegaan kan worden. Ik neem de afweging dus mee bij het wetsvoorstel dat in de maak is voor de actieve opsporing van onverzekerden. Hieruit kunt u mijn welwillendheid opmaken om dit wettelijk te verankeren. Ik ben namelijk ook van mening dat mensen niet dubbel verzekerd moeten zijn en dat het een beetje merkwaardig is om een acceptatieplicht in stand te houden terwijl iemand al verzekerd is en dat ook aantoonbaar is.

De heer Van der Veen sprak over reparatiewetgeving en losse eindjes van de Zorgverzekeringswet. Ik zal hem daarin niet tegenspreken. Hij heeft een punt. Tegenover acceptatieplicht staat eigenlijk ook een publiekrechtelijk traject bij ontstentenis van de mogelijkheid om iemand te royeren dan wel de dekking van de polis op te schorten, dan wel te verkleinen. Er moet sprake zijn van een sluitend geheel. Dat kan eigenlijk alleen via deze publiekrechtelijke voorziening.

Mevrouw **Schippers** (VVD): De ABU heeft ons laten weten dat in de praktijk 70% van de werknemers niet meer voor het uitzendbureau werkzaam is op het moment dat men beslag wil leggen. Dat is de praktijk. Wat is de reactie van de minister daarop?

Minister **Klink**: Ik had het zo-even over de bronheffing. Die bronheffing komt pas na drie maanden in beeld, als de werkrelatie stabiel is. Dus het CVZ zal niet de route van de bronheffing kiezen op het moment dat mensen nog maar drie maanden bij het uitzendbureau werkzaam zijn. Daarmee wordt naar mijn stellige overtuiging al veel ondervangen. Nogmaals, wanneer er een stabielere werkrelatie ontstaat, is bronheffing wel aan de orde. Anders loopt het via de zorgtoeslag en via de route van het beslag. Bij het beslag gaat het om de verschillende inkomensbronnen van betrokkene, evenals bij zzp'ers en andere zelfstandigen die geen loonrelatie hebben. Dan wordt het geld eventueel, als het niet eerder ondervangen is via schuldhulpverlening en dergelijke, via beslag en op executoriale titel ingehouden.

Wat het sociaal minimum betreft zijn wij wellicht iets te schroomvallig geweest in de memorie van toelichting omtrent de koopkracht van mensen die in de regel een sociaal minimum kennen. Dat moet gegarandeerd zijn. In het civielrechtelijke traject is dat gegarandeerd vanwege de beslagvrije voet. Wij hebben in het bestuursrechtelijke traject een plus erbovenop gegooid door te veronderstellen dat iemand die alleen maar AOW of een bijstandsuitkering heeft of andere minimale inkomstenbronnen in feite alleen in staat is om de 100% standaardpremie te voldoen. Die standaardpremie kan men betalen op grond van het feit dat daar rekening mee gehouden is in de zorgtoeslag en omdat de bijstandsuitkering en het sociaal minimum dat al incorporeren.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Mag ik het zo begrijpen, dat iemand met een premieachterstand nooit onder het sociaal minimum kan komen door premie-inning in welke vorm dan ook, los van de vraag of er later sprake is van een bestuurlijke boete?

Minister **Klink**: Ja, maar dan moet u het sociaal minimum als volgt interpreteren. Bij civielrechtelijke beslaglegging en dergelijke wordt altijd 90% gevrijwaard



De heer Ulenbelt (SP)

© M. Sablerolle – Gouda

van het sociaal minimum. Dat is ook het geval bij deze trajecten. Die 90% wordt nooit aangetast.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Dit antwoord is afdoende.

De **voorzitter**: De minister vervolgt zijn betoog.

Minister **Klink**: Mevrouw de voorzitter. Ik ben aan een afronding toe. De schuldhelpverlening, de uitzendbureaus en de dubbele verzekering, waar de heer Van der Veen naar verwees, zijn aan de orde geweest.

Mevrouw **Agema** (PVV): Voorzitter. Ik was een ogenblik afwezig, maar ik neem aan dat de minister niet de vragen heeft beantwoord die ik hem nu wil stellen. Hoeveel mensen zijn er momenteel geregistreerd als gemoedsbezwaarden bij de Sociale Verzekeringsbank? Het lijkt mij een tikkeltje oneerlijk op het moment dat er alleen een inkomensafhankelijke bijdrage is en er dus in zijn geheel geen premie wordt betaald, dat alle zorgkosten moeten worden betaald uit het persoonlijke spaarpotje. Naar mijn mening zou dat hooguit 50% moeten zijn, omdat deze mensen toch een voordeel hebben van circa € 100 per maand. Ik had nog een vraag gesteld over de concrete en afrekenbare doelen naar aanleiding van dit wetsvoorstel. Wanneer moet volgens de minister het aantal wanbetalers gehalveerd zijn? Wat zijn de verdere maatregelen als deze wet niet blijkt te werken?

Minister **Klink**: Om met de laatste vraag te beginnen: ik ga daar niet op vooruitlopen. Wij denken hiermee een effectieve sluitende keten te hebben gecreëerd, straks aangevuld met de onverzekerden. Het is de bedoeling dat het aantal wanbetalers snel terugloopt. Op precieze aantallen leg ik mij niet vast. Op het punt van de gemoedsbezwaarden kom ik graag in tweede termijn terug. Ik meen dat er voor hen geen voordeel is. Er wordt een spaarpot gecreëerd via de fiscaliteit waaruit de zorgkosten worden voldaan. Het is logisch dat hiervoor is gekozen. Men heeft principieel bezwaar om zich te verzekeren en vervolgens spaart men als het ware gedwongen via de fiscaliteit zodat de kosten niet

afgewenteld worden op de gemeenschap. Op de precieze verhoudingsgetallen zal ik nog terugkomen.

Mevrouw **Agema** (PVV): Graag. Wanneer wordt getoetst of deze wet werkt? Is dat toetsingsmoment in 2009 of in 2010? Wat is een succesvolle wet? Is het streven om eind 2009 of eind 2010 het aantal wanbetalers met de helft terug te dringen? Welke doelen heeft de minister daarbij gesteld? Dat vind ik heel belangrijk. Vooral op VWS ontbreken vaak concrete en afrekenbare doelen.

Minister **Klink**: Ik gaf al aan dat ik geen concrete getallen noem. Inzake de mate waarin een vinger aan de pols zal worden gehouden, ben ik, gegeven het feit dat mevrouw Agema bijna de belichaming van de toetsing is, niet zo bang. Zeker hier, maar ook elders, zal daarop nauwlettend worden toegezien, overigens ook van de kant van het kabinet.

Mevrouw **Agema** (PVV): Ik vind het antwoord van de minister niet voldoende. De Kamer heeft sinds 2005 te maken met "Van beleidsbegroting tot beleidsverantwoording". Wij hebben afgesproken dat wij concrete en afrekenbare doelen willen voor het beleid dat wij met elkaar vaststellen. Als de minister zegt een sluitende aanpak te hebben, betekent dit dat hij denkt dat deze maatregelen ervoor gaan zorgen dat wij straks helemaal geen wanbetalers meer hebben. Zo lang dat niet bereikt is, moet de minister bepaalde doelen stellen. Dat hebben wij afgesproken.

Minister **Klink**: Ik had het niet beter kunnen formuleren. De aanpak zal tot een enorme reductie van het aantal wanbetalers leiden.

De algemene beraadslaging wordt geschorst.

De **voorzitter**: Ik wil nu eerst het verslag van het algemeen overleg over arbo-onderwerpen behandelen en daarna doorgaan met de tweede termijn van de beraadslaging.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

---

Aan de orde is het **debat** naar aanleiding van een algemeen overleg op 15 januari 2009 over **arbo-onderwerpen**.

De heer **Ulenbelt** (SP): Voorzitter. De SP-fractie wil graag dat de minister nog eens verklaart, en indien nodig ook regelt, dat op de werkgever de plicht rust om ervoor te zorgen dat de werknemer die dat wenst, kennis kan nemen van de risico-inventarisatie en -evaluatie, opdat in elk geval de werknemer die dat wenst, daarover altijd kan beschikken. Wij roepen de minister opnieuw op om bedrijven te verplichten de informatie beschikbaar te stellen. Natuurlijk zijn er meer manieren om werknemers te informeren, maar een werknemer die expliciet vraagt om inzage in de risico-inventarisatie, moet deze krijgen van de werkgever. Deze uitspraak heb ik niet bedacht. Het eerste citaat is van de heer Koppejan van de CDA-fractie en het tweede citaat is van mevrouw Timmer van de PvdA-fractie.

## Donner

Minister **Donner**: De heer Ulenbelt heeft het over twee dingen. Hij heeft het over inzage in de RI&E. Deze geeft informatie over het hele bedrijf. Dat is iets anders dan het doeltreffend informeren over de risico's van de werkzaamheden waar een werknemer mee geconfronteerd wordt. De wetgever stelt het dus sterker dan de heer Ulenbelt dat doet, want de wetgever stelt dat de informatie doeltreffend moet zijn, terwijl de heer Ulenbelt inzage in de RI&E wil. Ik beluister dat er klachten van werknemers zijn dat men geen inzage heeft in de RI&E. Dat is een andere vraag. De motie van mevrouw Timmer doelt wel op de vraag waar het om gaat: wordt er uitvoering gegeven aan artikel 8 en wordt er doeltreffend geïnformeerd over de risico's op de arbeidsplaats van een werknemer? Als de Kamer wil weten welke klachten er op dat terrein zijn, zal ik dat nog een keer laten nagaan door de Arbeidsinspectie. De heer Ulenbelt wil een discussie over inzage in de hele RI&E. Dat is iets anders.

De heer **Ulenbelt** (SP): De minister geeft de inhoud van mijn motie niet correct weer. Mijn motie spreekt over inzicht in de risico-inventarisatie voor zover deze betrekking heeft op de eigen arbeidsplaats. De reden daarvoor is dat ik wat mijn baas allemaal roept, moet kunnen controleren doordat ik inzage heb in de risico-inventarisatie. Dat recht wil de minister de werknemers kennelijk onthouden. Het is een recht waar de vakbeweging terecht om vraagt. Ook de fracties van de PvdA en het CDA vragen daarom. Ik neem aan dat zij mijn motie zullen steunen en dat de minister deze zal uitvoeren.

De **voorzitter**: Dat was een mededeling. Ik heb geen vraag aan de minister gehoord.

Minister **Donner**: Ik heb er wel een beluisterd.

De **voorzitter**: Als u wilt reageren, staat u dat volkomen vrij.

Minister **Donner**: De heer Ulenbelt verwijst nu weer naar zijn motie, maar hij beargumenteert zijn motie met een onderzoek naar inzage in de hele RI&E. Dat argument steunt zijn punt dus niet. Nogmaals: hij vooronderstelt dat de enige doeltreffende wijze van controle inzage in de RI&E is. Als dat onderdeel is van doeltreffendheid, ligt dat besloten in artikel 8. Dat artikel gaat echter verder, juist om te voorkomen dat een werkgever door een paar stukken papier aan de werknemer te geven denkt dat hij van zijn plicht af is. Artikel 8 is een beter instrument dan inzage in de RI&E.

Mevrouw **Timmer** (PvdA): Voorzitter. Ik dank de minister voor zijn welwillendheid om het oordeel over mijn motie over te laten aan de Kamer. Als de motie aangenomen wordt – en daar ga ik eigenlijk wel van uit – is hij dan nog bereid om de uitkomst van de enquête die gehouden is door FNV bondgenoten, waaruit blijkt dat 25% van de mensen er wel over klaagt, mee te nemen? Het gaat nadrukkelijk om de praktijk. Daarom heb ik de motie ook geformuleerd zoals ik gedaan heb.

Minister **Donner**: Ik heb al aangegeven dat als de Kamer de motie aanneemt, ik mij voeg naar het oordeel van de

Kamer. Ik zal dan meenemen wat de substantie is van het onderzoek van de FNV.

De heer **Nicolai** (VVD): Voorzitter. Ik stel graag nog een vraag naar aanleiding van de motie van mevrouw Timmer en de heer Koppejan. Daar is inderdaad heel welwillend op gereageerd door de minister, wat binnen de coalitieverhoudingen ook heel netjes is. Zegt de minister nu eigenlijk dat hij de inventarisatie waar om gevraagd wordt, al heeft uitgevoerd?

Minister **Donner**: Ik heb aangegeven dat voor zover mij de informatie ter beschikking staat, na navraag te hebben gedaan naar de vraag of er klachten zijn, mij gebleken is dat er klachten zijn over de RI&E. Die hebben echter geen betrekking op het specifieke punt van de inzage. Ik beluister de motie van mevrouw Timmer ook op een andere wijze. Die gaat over de wijze waarop artikel 8 wordt nageleefd. Daarbij is de vraag: is de wijze waarop voorlichting wordt gegeven doeltreffend? Die is breder dan alleen de vraag of er informatie over tekst wordt gegeven. Ik heb aangegeven dat ik eigener beweging geen behoefte hieraan heb maar dat ik het aan het oordeel van de Kamer overlaat en mij uiteraard op dit punt voeg naar dat oordeel.

De beraadslaging wordt gesloten.

De **voorzitter**: Ik dank de minister voor zijn beantwoording. De stemming over de moties vindt aanstaande dinsdag plaats.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

---

Aan de orde is de voortzetting van de behandeling van:  
- **het wetsvoorstel Wijziging van de Zorgverzekeringswet, de Wet op de zorgtoeslag en enige andere wetten, houdende maatregelen om ook wanbetalers voor hun zorgverzekering te laten betalen (structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering) (31736).**

De algemene beraadslaging wordt hervat.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Ik dank de minister voor zijn antwoorden, hoewel hij zal begrijpen dat de SP niet helemaal tevreden is met de inhoud ervan. Ik ga niet het hele debat overdoen, maar ik meen het volgende te mogen concluderen. Het feit dat de minister een bestuursrechtelijk traject kiest om het probleem van de wanbetalers aan te pakken, is een bewijs van de stelling die de SP huldigt, namelijk dat je de ziektekostenverzekering veel beter op een bestuursrechtelijke manier in solidariteit kan vormgeven en uitvoeren. Dat zou namelijk leiden tot een oplossing van het probleem van de wanbetalers. De minister grijpt naar dit middel op een ingewikkelde manier. Als dit dan toch de beste oplossing is, waarom maken wij het niet tot basis van het systeem?

Dan wil ik het hebben over enkele concrete zaken, allereerst over het College voor Zorgverzekeringen (CVZ). De minister zegt dat geen beroep mogelijk is. Het CVZ voert feitelijk uit wat allemaal al vastligt. Wat zijn echter de rechten van mensen die in het bronheffingssysteem

## Van Gerven

zitten als er fouten in de uitvoering zijn gemaakt? Hoe kunnen zij dan hun beklag doen? Hoe kunnen zij hun recht verwerven?

Ik heb een aantal amendementen, waarvan ik al één heb ingediend. Misschien wil de minister daarop ingaan? Er is nog een amendement in voorbereiding over de vraag of iemand kan worden gevrijwaard van de bronheffing als hij zich aanmeldt voor de schuldhulpverlening. Ik heb begrepen dat de minister daar in tweede termijn op terugkomt. Dus dat wacht ik nog even af. Misschien dienen wij daarna alsnog dat amendement in.

Ik ga nog even in op de positie van de minima, want mij is nog niet volstrekt helder wat de argumenten zijn om al dan niet ook de boete van 30% te innen als er een bronheffing is van 100%. Wanneer ziet het CVZ hiervan af? Wij tasten hierover in het duister. Die schuld is er. Wanneer wordt die daadwerkelijk geïnd en wanneer wordt die kwijtgescholden? Graag had ik hierop nog een nadere toelichting.

Ik wil nog een motie indienen over de 100% bronheffing.

---

### Motie

---

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat voor gezinnen op het sociaal minimum in geval van een premieschuld van langer dan zes maanden 100% bronheffing plaatsvindt;

overwegende dat 130% bronheffing bij verzekeringsnemers met een periodiek inkomen tot 120% van het voor hun gezin geldende sociaal minimum voor grote financiële gevolgen kan zorgen;

verzoekt de regering, voor huishoudens met een inkomen tot 120% van het sociaal minimum slechts 100% bronheffing in het kader van de wijziging van de Zorgverzekeringswet (31736) toe te passen,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**: Deze motie is voorgesteld door het lid Van Gerven. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 10 (31736).

Mevrouw **Agema** (PVV): Voorzitter. Tijdens een bilateraal onderonsje was ik in de veronderstelling dat de tweede termijn op een ander moment zou plaatsvinden. Vandaar dat ik op dit moment even moet improviseren, maar dat is niet erg, want dat gebeurt in dit huis wel vaker.

Mijn fractie dankt de minister voor de beantwoording van de vragen over de wanbetaling. Wij zullen dit wetsvoorstel ook steunen. Wij vinden het een goed idee dat wanbetaling wordt ontmoedigd door dit wetsvoorstel.

Wij zijn wel teleurgesteld over de doelen die met dit wetsvoorstel worden bereikt. Ik had toch van de minister verwacht dat in een tijd waarin wij onze beleids-

doelstellingen formuleren aan de hand van heldere en concreet afrekenbare doelen, hij deze doelen ook zou stellen. Op het gebied van VWS kunnen wij onze doelen nu eenmaal moeilijk kwantificeren, maar het zou hierbij toch goed mogelijk moeten en kunnen zijn.

Wat zijn de doelen van de minister met betrekking tot de wanbetaling, als hij een sluitende oplossing denkt te hebben gevonden? Op welke termijn denkt hij dan dat het aantal wanbetalers tot nul is teruggebracht, en als dat niet zijn doel is, wat is zijn doel dan wel? Ik vind het heel erg jammer dat de minister hier geen antwoorden op heeft. Het laat maar weer eens zien dat niet alles met een wetje is op te lossen. Wij zullen hier over een poosje weer staan, wanneer blijkt dat ook deze wet er niet voor zal zorgen dat uiteindelijk het aantal wanbetalers is teruggebracht tot 5% of 10% van het huidige aantal.

Verder ben ik ook redelijk teleurgesteld in de inzet van de minister met betrekking tot niet alleen de wanbetalers, maar ook de onverzekerden. Ik wil graag dat de minister niet alleen op dat gebied meer actie onderneemt, maar ook op het gebied van de illegalen en de anderen die niet meebetalen. Het gaat mijn fractie erom dat wij gaan naar een werkend solidair systeem, een systeem waarbij wij ervan uitgaan dat zo veel mogelijk mensen meebetalen aan de Zorgverzekeringswet, zodat wij niet te maken hebben met 240.000 wanbetalers en onverzekerden. Als iedereen meebetaalt, dan krijgen wij uiteindelijk een lagere schadelast en een lagere zorgpremie. Dit is uiteindelijk het meest sociale wat wij kunnen doen voor de minima en de mensen die het het minste kunnen betalen.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Voorzitter. Ik dank de minister voor zijn antwoorden. Ergens in zijn betoog sprak hij een zinnetje uit, waarin hij zei dat het aantal wanbetalers stijgt en dat dit voor hen een toename van schulden veroorzaakt. Dit zinnetje gecombineerd met wat ik zelf ook al heb aangetoond in het kader van de solidariteit van de Zorgverzekeringswet betekent gewoon dat het belangrijk is dat wij met dit sluitstuk bezig zijn.

Mijn fractie is blij met de garantie van de beslagvrije voet, waardoor deze ook bestuursrechtelijk kan worden ingevuld.

De minister komt nog terug op mijn opmerkingen over aanmelding bij de schuldhulpverlening en over de schuldhulpovereenkomst.

Ik heb nog geen reactie gekregen op mijn poging om de positie van de onmachtigen te versterken. Ik wil dat in een amendement vormgeven.

De minister geeft aan dat het convenant nagenoeg is gesloten. Dat is prima. In hoeverre hebben de gemeenten zich daaraan echt gecommitteerd? Van gemeenten wordt immers het nodige verwacht in het kader van deze wet.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Voorzitter. Ik dank de minister voor zijn antwoorden. Op veel punten vond ik de beantwoording zeer verhelderend.

Ik refereer voor de helderheid nog even aan een korte gedachtewisseling die juist plaatsvond. De VVD is voorstander van vrijwillige afspraken tussen bijstandsgerechtigden, gemeentelijke sociale diensten en



## Schippers

verzekeraars over de inhouding van de premie op uitkeringen. Vrijwillig, dus niet verplicht, omdat een bijstandsgerechtigde in onze ogen niet handelings-onbekwaam is.

Een belangrijk resterend punt bij dit wetsvoorstel is de noodzakelijke invoeringstermijn. Wat is nu het grote probleem om dit wetsvoorstel iets later in te voeren, als de invoering daardoor zorgvuldig kan? Dit lijkt mij uitermate belangrijk. Verzekeraars vragen een fatsoenlijke termijn en ik zie niet in waarom dit niet mogelijk is. Ik krijg graag een toezegging dat er een redelijke termijn zit tussen het aannemen van de wet in de Eerste Kamer en publicatie daarvan in het Staatsblad en de inwerkingtreding. Dit is immers belangrijk voor het draagvlak. De minister ziet het tempo van de behandeling in de Kamer optimistisch in. De verzekeraars hebben aangegeven dat een termijn van zes maanden het minimum is. Ik vind dat wij dit dan ook moeten kunnen realiseren. Ik overweeg anders hierop een amendement in te dienen.

Ten aanzien van de dubbele verzekering dank ik de minister voor de toezegging hieraan een einde te maken in een komend wetsvoorstel. Wij zien de noodzaak hiervan zeker in en wachten het wetsvoorstel met belangstelling af.

Ten aanzien van de werkgevers ligt onze vraag aan de minister er nog waarom hier geen geldelijke vergoeding tegenover staat, omdat de werkgever toch ook extra werk heeft.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voorzitter. Ik dank de minister voor de uitvoerige beantwoording van de vragen. Ik heb al aangegeven dat wij ons kunnen vinden in de wijziging van de Zorgverzekeringswet, met name omdat wij vinden dat iedereen hoort te betalen voor die wet.

Wij hebben van de minister toch goed begrepen dat het als gevolg van achterstanden in de premiebetaling van de zorgverzekering nooit zo kan zijn dat iemand zakt onder 90% van zijn minimuminkomen? Dat is voor ons een heel belangrijk punt.

Over de collectieve contracten van de gemeenten heeft de minister toegezegd dat hij in ieder geval met de collega's van SZW en BZK gaat bespreken of dit niet strakker zou kunnen worden geregeld, strakker in de zin dat die collectieve contracten nog nadrukkelijker worden aangeboden, maar ook in de zin dat zou kunnen worden overwogen of de premie niet al op de uitkering zou kunnen worden ingehouden. Ik herken mij vervolgens niet in de opmerkingen die mevrouw Schippers hierover heeft gemaakt.

Wij zijn content met de toezegging omtrent de dubbel verzekeren. Ik hoop dat deze wet ook echt zo snel mogelijk wordt ingevoerd, maar ik sluit mij wel aan bij mevrouw Schippers als het gaat om de zorgvuldige invoeringstermijn voor de zorgverzekeraars.

### Voorzitter: Verbeet

Minister **Klink**: Voorzitter. Ik breng een kleine correctie aan op wat ik zo-even heb gezegd. Ik ging ervan uit dat er bij het CVZ sprake was van feitelijke werkzaamheden op het moment dat men het bestuurlijke regime ingaat.

Dat is wel degelijk een besluit, maar het is niet voor bezwaar en beroep vatbaar vanwege het feit dat er geen discretionaire ruimte voor het CVZ is, omdat in de wet besloten ligt dat men dit moet doen, evenals de condities waartegen men het moet doen, te weten 130%.

Dit neemt niet weg dat men wel bij het CVZ en bij de rechter zijn beklag kan doen over de wijze van uitoefening van de plicht tot het incasseren van deze 130%. Dat incasseren kan via drie routes, te weten via bronheffing, ontneming van de zorgtoeslag of beslag wanneer men niet bewilligt in betaling. Dus als men het niet eens is met de manier waarop de bestuursrechtelijke premie wordt geïnd is er wel beklag mogelijk.

De heer Van Gerven vroeg wanneer het CVZ van die 130% afziet. Het CVZ ziet niet van die 130% af. Wanneer men constateert dat iemand een minimuminkomen heeft, zal men dit niet realiseren via de bronheffing, want dan kun je vermoeden dat die persoon onder de 90% zakt. Omdat dit een vermoeden is – er kunnen ook andere inkomensbronnen zijn, zoals een erfenis, huurpenningen of alimentatie – wordt dan bezien in hoeverre 30% daar te verhalen is. Mocht dat niet het geval zijn, dan blijft altijd gelden dat je nooit onder de beslagvrije voet van 90% zakt. Dus men gaat er in feite van uit dat bronheffing niet kan omdat men onder die grens zakt. Vervolgens wordt er meer maatwerk geleverd en wordt bezien in hoeverre middelen langs andere bronnen toereikend zijn om de 30% te verhalen. Dus uiteindelijk ziet men er niet vanaf, want er wordt naar een alternatieve route gekeken. Waar men uiteindelijk wel van afziet, is om dit via bronheffing te realiseren, met als ondergrens 90% van het minimuminkomen.

De heer **Van Gerven** (SP): Dat was bekend, maar de minister herhaalt het. Ik heb echter ook gelezen dat men onder bepaalde omstandigheden kan overgaan tot kwijtschelding van de boete. Is dat juist? Onder welke voorwaarden gaat men over tot kwijtschelding? Dat is mij niet helder.

Minister **Klink**: Dat zal in het kader van een overeenkomst van schuldsanering met betrokkene zijn, waar verplichtingen uit voortvloeien. Het is namelijk niet voor niets een overeenkomst. Daar kun je aan worden gehouden. Er wordt ook gekeken of men zich eraan houdt. Als dat het geval is, als men zich bewust is van het gegeven dat men betalingsplichtig is en dat men daaraan moet voldoen, dan kan het CVZ met inachtneming van de schulden die nog open staan en waarvoor een bepaald traject wordt afgesproken, een en ander kwijtschelden. Dat is altijd maatwerk en het zal altijd zijn ingebed in een overeenkomst.

De heer **Van Gerven** (SP): De minister heeft het over kwijtschelden via een schuldsaneringstraject. Een schuldsaneringstraject is niet altijd mogelijk. Het CVZ gaat regels opstellen, bijvoorbeeld een hardheidsclausule, om toch tot kwijting te kunnen overgaan onder bepaalde omstandigheden. Moeten wij niet nader duiden wanneer dat wel of niet het geval is? Het is meer dan alleen een uitvoeringsbesluit. Het gaat ook om de inhoud, namelijk wanneer wij dat onder omstandigheden wel of niet gerechtvaardigd vinden.

Minister **Klink**: De hoofdregel moet in de wet vastliggen. Die hoofdregel is dat je die 130% probeert te verhalen.

## Klink

Alleen daar waar er niets is, verliest de keizer zijn recht. Dan zal men naar bevind van zaken handelen. De hoofdregel staat in de wet. Een andere belangrijke bepaling is dat, als sprake is van schuldsanerings-trajecten, het bestuursrechtelijke regime vervalt, want dat zit in de overeenkomst. Daar is men juridisch aan geboden.

Dan kom ik op het amendement van de heer Van Gerven op stuk nr. 9 over artikel I, onderdeel F, artikel 18d, tweede lid en het vaststellen van de bestuursrechtelijke premie. Ik ontraad aanneming van dit amendement op grond van mijn overwegingen met betrekking tot die 130%. De inningskosten bedragen 15%. Daarna is er nog ongeveer 5% tot 10% verschil tussen de hoogste premie en de laagste premie. Met inachtneming van het feit dat de standaardpremie een gemiddelde premie is, blijft er dan nog een prikkel over van 10% tot 15%. Ik vind dat niet bovenmatig, gegeven het feit dat men er ook nog "onderuit" kan komen via het schuldsaneringstraject.

De heer **Van Gerven** (SP): Het gaat ook om de effectiviteit van de maatregel. De minister beoogt een zekere afschrikking. Hij stelt dat mensen dan eerder tot betaling overgaan, maar er bestaat nu ook een boeteclausule voor als je niet verzekerd bent, terwijl je dat wel zou moeten zijn. Die is naar ik meen ook 30%. Een en ander heeft er desondanks toe geleid dat het aantal wanbetalers met een kwart is gestegen. Dat middel is dus niet effectief gebleken. Waaraan ontleent de minister de verwachting dat 30% beter is dan 15%?

Minister **Klink**: Die ontleen ik aan twee dingen. De "pakkans" is hierbij veel groter. Wij weten wie de wanbetalers zijn, maar wij weten niet wie de onverzekerden zijn. Dat gaan wij nu herstellen, want door de koppeling van de AWBZ-bestanden aan de Zorgverzekeringswet krijgen wij greep en zicht op wie onverzekerd is. Ook dan zullen wij tot ambtshalve verzekering overgaan voor degenen die dat niet willen. Hierbij weten wij vrij nauwkeurig om wie het gaat. Gegeven het feit dat er voor de niet-kunners allerlei trajecten open staan, verwacht ik dat de prikkel van 10% tot 15% die ik zojuist noemde, effectief zal zijn.

In de richting van mevrouw Agema meld ik nog dat wij de komende vier jaar gaan proberen om het aantal tot de harde kern terug te brengen, maar dat is een ruwe inschatting. Helemaal uit de wereld helpen, zal niet lukken, maar wij schatten in dat dit aantal tot ongeveer 50.000 personen te reduceren moet zijn.

De heer **Van Gerven** (SP): Het klopt dat die groep in beeld is, maar dat doet niets af aan de discussie of je er 15% op moet zetten of 30%. Dat doet volgens mij niets af aan de effectiviteit, want 15% erbij is toch 15% erbij. Daar zit wel degelijk een strafelement of een boetelement in. Volgens ons is dat hoog genoeg, temeer – ik zei het al in eerste termijn – omdat het civielrechtelijk gebruikelijk is om bij incassotrajecten niet boven deze 15% uit te gaan. Is dat dan niet voldoende?

Minister **Klink**: Ik verwacht van deze 30% inderdaad effectiviteit; 30% is meer dan 15%. Als ik dat sommetje maak van 100%, 115% enzovoorts, realiseer ik mij natuurlijk wel dat het voor de mensen niet uitmaakt wat de bron is van het surplus. Zij voelen het surplus immers

als een rechtstreekse financiële "handreiking" die men moet doen. Ik vind dit ook wel gerechtvaardigd. Er zijn zes maanden aan vooraf gegaan, waarbij men op zijn minst twee maal gerappelleerd is, met waarschuwingen enzovoorts. Dan kan er ook een schuldhulpverlenings-traject in gang gezet worden. Degene die dan nog wanbetaalt ... Gegeven ook de plicht om te verzekeren, de solidariteit die ermee gemoeid is, het maatschappelijk belang en de gezondheidsschade die hieruit eveneens kan voortvloeien, vind ik dat er alleszins redenen zijn om 130% te heffen. Dat is tegelijkertijd de reden dat ik aanneming van de motie van de heer Van Gerven wil ontraden.

Voorzitter, klopt het dat er twee amendementen door de heer Van Gerven zijn ingediend?

De **voorzitter**: Eén amendement van de heer Van Gerven en ik geloof dat mevrouw Smilde ook nog een amendement heeft ingediend.

De heer **Van Gerven** (SP): Even ter verduidelijk, de minister heeft zo-even het amendement behandeld, maar ik heb ook nog een motie ingediend met betrekking tot de ophoging van de bronheffingsgrens van 100% naar 120%.

De **voorzitter**: Volgens mij zei de minister dat zo-even, dat ...

Minister **Klink**: Nee, dat is een iets andere invalshoek. De argumentatie zou ik eveneens via een iets andere invalshoek willen herhalen. Als ik dat zou doen, zou ik namelijk twee slagen maken. Ten eerste ga ik een bepaalde categorie, namelijk die tussen 100% en 120%, vrijwaren van de bronheffing. Ten tweede stelt de heer Van Gerven voor om 100% bronheffing te heffen in plaats van 130%. Ik ben met beide zaken niet akkoord, op grond van het feit dat bij de ...

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter.

De **voorzitter**: Nee, mijnheer Van Gerven, ik sta geen interrupties meer toe.

Minister **Klink**: Op beide fronten wil ik dit ontraden, allereerst op grond van het feit dat men bij 120% inkomen wel degelijk in staat is om aan deze 130% te voldoen via de bronheffing. Daarnaast hoef ik die 130% niet naar beneden te duwen op grond van het feit dat 130% niet betaald kan worden door mensen die een minimuminkomen hebben. Mensen met een inkomen dat daarboven ligt, kunnen dat wel betalen. Nogmaals, onder de conditie dat de beslagvrije voet nooit aangetast wordt; laat dat duidelijk zijn.

De **voorzitter**: Ik wil dit debat echt om uiterlijk 13.45 uur afsluiten. De minister vervolgt zijn betoog.

Minister **Klink**: Dan de vraag van mevrouw Agema. Ik zei het al: wij hebben even gekeken naar de inschattingen die gemaakt zijn. Het zou gaan om een reductie naar 50.000. Wij hopen dit binnen drie à vier jaar te realiseren. De onverzekerden komen in de loop van dit jaar nog aan de orde in het debat met de Kamer.

Mevrouw **Agema** (PVV): Deze toezegging van de

## Klink

minister vinden wij natuurlijk uiterst positief: het stellen van concrete en afrekenbare doelen met betrekking tot het terugdringen van wanbetaling kunnen wij toejuichen. Ik wil de minister nog vragen of hij ons halfjaarlijks kan informeren over de voortgang.

Minister **Klink**: Het CBS doet hier regulier onderzoek naar. Wij plegen dit te melden aan de Kamer en wij zullen dat blijven doen.

Mevrouw Smilde vraagt naar de intentieverklaring om mee te doen aan de schuldhulpovereenkomst. Dit is met name iets van verzekeraars. Naar onze inschatting biedt dit voor verzekeraars te weinig aanknopingspunten om erop te kunnen vertrouwen dat het daadwerkelijk tot een overeenkomst komt, terwijl het wel een opschortende werking heeft, in die zin dat de zes maanden niet meer gehaald worden.

Het amendement van mevrouw Smilde met betrekking tot het verstrekken van informatie over de vormen van schuldhulpverlening en de manier waarop hierom kan worden verzocht, preciseert in feite de intentie van het wetsvoorstel, namelijk dat mensen zo veel mogelijk bij de hand genomen worden om het bestuursrechtelijke regime te vermijden. Ik laat het oordeel graag aan de Kamer over, maar ik kan mij hierin goed vinden en beschouw het als ondersteuning van de lijn die gekozen is.

Dan mevrouw Schippers. Ik ben het met haar eens over de vrijwilligheid. Hiermee is dan een collectief contract bedoeld waarin in feite via bronheffing op vrijwillige basis de premie wordt voldaan. Ik ben het zeer eens met de heer Van der Veen dat dit heel mooi zou zijn. Je bestrijdt daarmee namelijk veel problemen; je voorkomt ze in feite. Dat vind ik heel goed, mits het vrijwillig is. Die vrijwilligheid kan wel een beetje uitgedaagd worden door de gemeenten en andere instanties zoals de verzekeraars. Ik preciseer graag wat ik in eerste termijn meldde over de invoering. Natuurlijk ben ik gevoelig voor de redelijke termijn. Ik heb mij laten inlichten over hoe het zal gaan. De invoering zal per KB geregeld worden. Daarbij hadden wij oog voor de redelijkheid. Als de verzekeraars niet kunnen, zal het KB uiteraard niet direct worden geslagen. Wij zitten ook met het CVZ, dat het hele stuwmeer moet gaan behandelen. Ook uit dien hoofde komt het niet slecht uit als bepaalde verzekeraars er nog niet helemaal klaar voor zijn. Er volgen dan ook geen sancties. Er bestaat ruimte om een en ander op een fatsoenlijke en ordentelijke manier in te voeren.

Ik heb al gesproken over de dubbele verzekering. Over de geldelijke vergoeding wil ik nog het volgende opmerken. Een lid van deze Kamer merkte op dat volgens Actal de administratieve lasten die toegevoegd worden, elders dienen te worden gecompenseerd. Dat zal met name VWS realiseren, zij het dat dit moet gebeuren binnen een ander wetgevingscomplex of -regime. Het gaat daarbij dus niet om een geldelijke compensatie, maar om een compensatie op het gebied van de administratieve lasten.

Mevrouw **Agema** (PVV): De minister zou nog terugkomen op het aantal gemoedsbezwaarden dat zich inmiddels heeft geregistreerd bij de Sociale Verzekering-bank. Op dit moment wordt het inkomensafhankelijke deel gespaard op een rekening. Er wordt geen nominaal deel betaald. Op het moment dat de gemoedsbezwaarde

gebruik maakt van zorg, wordt 100% betaald vanuit die spaarpot. Zou dat geen 50% moeten zijn, gegeven het feit dat de gemoedsbezwaarde elke maand een voordeel heeft van ongeveer € 100 ten opzichte van anderen?

Minister **Klink**: Ook daarover heb ik mij laten informeren. Een voordeel heeft het stellig niet. Het zou namelijk betekenen dat er bijna uitlokking zou kunnen ontstaan; mensen zouden gemoedsbezwaarden kunnen worden ten einde financieel voordeel te behalen. Mijn voorganger heeft geregeld dat er wordt gespaard via de Belastingdienst. Men kan vervolgens van dat spaarpotje gebruik maken. 50% van wat gespaard is vervalt op een gegeven moment naar het Zorgverzekeringsfonds. De kosten die men maakt, kan men verhalen op deze spaarpot. Op een gegeven moment is het geld echter op; dan zal men zelf moeten gaan betalen. Daar zitten behoorlijke bedragen aan vast. Ik denk daarom niet dat mevrouw Agema zich zo meteen als gemoedsbezwaarde zal melden om aan het voordeeltje te komen.

Mevrouw **Agema** (PVV): Dat ben ik ook beslist niet van plan. Wat de minister zegt klopt, maar wat ik zeg klopt ook. Deze twee dingen corresponderen niet met elkaar. Vanuit het inkomensafhankelijke deel wordt er gespaard, maar tegelijkertijd wordt er geen nominale premie betaald. Op die manier ontstaat elke maand een voordeel van ongeveer € 100 ten opzichte van de mensen die wel hun zorgverzekeringspremie betalen. Mijn vraag is de volgende. Zou het op het moment dat er gespaard wordt geen 50% moeten zijn, omdat de gemoedsbezwaarden een voordeel van € 100 per maand hebben? Misschien kan de minister hierop schriftelijk terugkomen.

De **voorzitter**: Ja, want ik kan het niet meer volgen, zeg ik u heel eerlijk.

Minister **Klink**: Misschien kan ik het algemeen zo zeggen. Als je geen premie betaalt, heb je een voordeel, maar je bent ook niet verzekerd. Het nadeel is dus dat je een bedrag inlegt om te sparen in plaats van je te verzekeren. Als de zorgkosten hoger zijn dan het bedrag dat je hebt gespaard, loop je tegen veel hogere kosten aan omdat je geen aanspraak kunt maken via solidariteit et cetera.

De **voorzitter**: Ik ga deze discussie afsluiten.

Minister **Klink**: Dank u wel, dat is geweldig. Ik geloof echter dat ik al bijna bij het einde van mijn argumentatie was. Alle voor- en nadelen bij elkaar optellend, denk ik dus dat er geen enkele prikkel inziet, noch voor u noch voor mij, behoudens voor een principieel iemand om gebruik te maken van dit traject.

De **voorzitter**: Dank u wel. Als u er nog niet uit bent, moet u op een ander moment verder gaan.

De algemene beraadslaging wordt gesloten.

De **voorzitter**: De stemmingen over het wetsvoorstel en de motie zullen volgende week dinsdag plaatsvinden.

## Voorzitter

De vergadering wordt van 13.45 uur tot 14.30 uur geschorst.

De **voorzitter**: Op de tafel van de griffier ligt een lijst van ingekomen stukken. Op die lijst staan voorstellen voor de behandeling van deze stukken. Als voor het einde van de vergadering daartegen geen bezwaar is gemaakt, neem ik aan dat daarmee wordt ingestemd.

---

## Regeling van werkzaamheden

De **voorzitter**: Ik stel voor, niet te vergaderen op woensdag 25 maart aanstaande in verband met de Conferentie parlementaire zelfreflectie en niet te vergaderen op donderdag 4 juni aanstaande, in verband met de verkiezing van de leden van het Europees Parlement.

De heer **Van Beek** (VVD): Voorzitter. Ik weet niet of uw voorstel ten aanzien van 25 maart alleen betrekking heeft op de plenaire vergadering of ook op de commissievergaderingen. Verder leeft er weinig enthousiasme bij mijn fractie om voor dit proces een hele vergaderdag op te offeren. Dit soort zaken zou buiten vergaderuren moeten worden georganiseerd.

De **voorzitter**: Het Presidium heeft het voorstel gedaan. Het gaat om de woensdagmiddag. Er is een beroep op de voorzitters van de commissies gedaan om, als het kan, dan niet te vergaderen. Wij kunnen het de commissies echter niet opleggen.

De heer **Van Beek** (VVD): Ik weet wat het Presidium heeft gedaan, maar als secretaris van de VVD-fractie wilde ik u dit graag laten weten.

De **voorzitter**: Ja, soms vind ik het ingewikkeld. Aangezien er geen anderen zijn die iets willen melden, stel ik om voor het voorstel aan te nemen.

Daartoe wordt besloten.

De **voorzitter**: Ik stel voor, toe te voegen aan de agenda van donderdag en als hamerstuk te behandelen:  
- de brief van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de subsidiariteitstoets van het voorstel betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg (31545, nr. 9);  
- de brief van de vaste commissie voor Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties over de subsidiariteitstoets van het voorstel betreffende een netwerk voor waarschuwing en informatie inzake kritieke infrastructuur (31785, nr. 5).

Op verzoek van de vaste commissie voor Financiën stel ik voor om een debat over de recente ontwikkelingen met betrekking tot ING toe te voegen aan de agenda van volgende week, met spreektijden van acht minuten per fractie.

Ten slotte stel ik voor om toe te voegen aan de agenda van een van de volgende weken:  
- het wetsvoorstel Wijziging van de Wet militair tuchtrecht in verband met het tegengaan van ongewenst

gedrag binnen de krijgsmacht (31504, R1864);  
- het voorstel van wet van de leden Ten Hoopen, Aptroot en Vos houdende wijziging van de Mededingingswet ter versoepeling van de uitzondering op het verbod van mededingingsafspraken (31531);  
- het wetsvoorstel Wijziging van de Algemene wet bestuursrecht, de Wet openbaarheid van bestuur en enkele andere wetten in verband met de inwerkingtreding van de Wet dwangsom en beroep bij niet tijdig beslissen (31751);  
- het wetsvoorstel Bepalingen over de brandweerzorg, de rampenbestrijding, de crisisbeheersing en de geneeskundige hulpverlening (Wet veiligheidsregio's) (31117).

Overeenkomstig de voorstellen van de voorzitter wordt besloten.

De **voorzitter**: Het woord is aan mevrouw Ouwehand.

Mevrouw **Ouwehand** (PvdD): Voorzitter. Volgende week debatteren wij over het wetsvoorstel Maatregelen bestrijding voetbalvandalisme en ernstige overlast (31467), waarin ook het dierenrechtenactivisme aan de orde komt. Nu blijkt dat het kabinet de begrippen "dierenrechtenactivisme", "radicaal dierenrechtenactivisme" en "gewelddadig dierenrechtenactivisme" door elkaar gebruikt. Mijn fractie heeft daarover vragen gesteld en het lijkt mij goed dat wij daarover helderheid krijgen voordat het debat begint. Ik verzoek het kabinet dan ook via u om de vragen uiterlijk maandag om 12.00 uur beantwoord te hebben.

De **voorzitter**: Wij zullen het stenogram doorgeleiden naar het kabinet.

Het woord is aan de heer Irrgang.

De heer **Irrgang** (SP): Mevrouw de voorzitter. Op 11 december heb ik de minister voor Ontwikkelingssamenwerking vragen gesteld over belangenverstrengeling bij de NCDO. Die vragen zijn niet binnen drie weken beantwoord, noch binnen zes weken. Ik heb hier al gevraagd of de minister deze vragen zo snel mogelijk wil beantwoorden. Ik heb er "onmiddellijk" bij gezegd. Ik moet nu opnieuw vragen of de minister die vragen onmiddellijk wil beantwoorden. Als dat maandag nog niet gebeurd is, wil ik u vragen om deze vragen aan te melden voor het vragenuurtje.

De **voorzitter**: Dat is de gewone methode. Dat gaan wij doen. Wij zullen het stenogram doorgeleiden naar het kabinet.

Het woord is aan mevrouw Van Velzen.

Mevrouw **Van Velzen** (SP): Voorzitter. Ik sta hier ook al voor de zoveelste keer voor een rappel voor vragen die maar niet beantwoord worden. Deze vragen gaan over financiële sancties tegen een Nederlander die ondersteuning heeft gegeven aan het Zimbabwaanse regime. Het zijn twee sets vragen die allebei niet na drie weken, niet na zes weken, niet na zeven weken en niet na acht weken beantwoord zijn. Ik wil daarop morgen voor 12.00 uur antwoord krijgen, temeer omdat de Europese Commissie inmiddels al besluiten heeft genomen over deze zaak. Het lijkt mij nu toch wel het moment voor Nederland om ook kleur te bekennen.

## Voorzitter

In stemming komt artikel X.

De **voorzitter**: Ik constateer dat dit artikel met algemene stemmen is aangenomen.

In stemming komt het wetsvoorstel.

De **voorzitter**: Ik constateer dat de aanwezige leden van de fracties van de SP, de PvdA, de VVD, de ChristenUnie, de SGP en het CDA voor dit wetsvoorstel hebben gestemd en die van de overige fracties ertegen, zodat het is aangenomen.

Het is maar goed dat wij het niet altijd op deze manier doen.

---

Aan de orde zijn de **stemmingen over moties**, ingediend bij het spoeddebat over de zogenaamde **"Europaroute"**, te weten:

- de motie-Fritsma/Verdonk over het niet automatisch toekennen van het recht op vrij verkeer en verblijf in de Europese Unie (19637, nr. 1248);
- de motie-Fritsma/Verdonk over het apart registreren en op fraude controleren van verblijfsaanvragen (19637, nr. 1249);
- de motie-De Wit over de regels voor toelating als ongehuwd partner van een EU-onderdaan (19637, nr. 1250).

(Zie vergadering van 27 januari 2008.)

In stemming komt de motie-Fritsma/Verdonk (19637, nr. 1248).

De **voorzitter**: Ik constateer dat de aanwezige leden van de fracties van de VVD, de SGP, de PVV en het lid Verdonk voor deze motie hebben gestemd en de aanwezige leden van de overige fracties ertegen, zodat zij is verworpen.

In stemming komt de motie-Fritsma/Verdonk (19637, nr. 1249).

De **voorzitter**: Ik constateer dat de aanwezige leden van de fracties van de VVD, de SGP, de PVV en het lid Verdonk voor deze motie hebben gestemd en de aanwezige leden van de overige fracties ertegen, zodat zij is verworpen.

In stemming komt de motie-De Wit (19637, nr. 1250).

De **voorzitter**: Ik constateer dat de aanwezige leden van de fracties van de SP, GroenLinks, D66 en de PvdD voor deze motie hebben gestemd en die van de overige fracties ertegen, zodat zij is verworpen.

---

Aan de orde zijn de **stemmingen over moties**, ingediend bij het debat over **arbo-onderwerpen**, te weten:

- de motie-Ulenbelt over beschikking door de werknemer over een deel van de risico-inventarisatie en -evaluatie (25883, nr. 139);
- de motie-Timmer/Koppejan over inventariseren van mogelijke klachten over werkgevers naar aanleiding van artikel 8 (25883, nr. 140).

(Zie vergadering van 28 januari 2009.)

In stemming komt de motie-Ulenbelt (25883, nr. 139).

De **voorzitter**: Ik constateer dat de aanwezige leden van de fracties van de SP, GroenLinks, de PvdD en de PVV voor deze motie hebben gestemd en die van de overige fracties ertegen, zodat zij is verworpen.

In stemming komt de motie-Timmer/Koppejan (25883, nr. 140).

De **voorzitter**: Ik constateer dat de aanwezige leden van de fracties van de SP, de PvdA, GroenLinks, D66, de PvdD, de ChristenUnie, de SGP, het CDA en de PVV voor deze motie hebben gestemd en die van de overige fracties ertegen, zodat zij is aangenomen.

---

Aan de orde zijn de **stemmingen** in verband met het wetsvoorstel **Wijziging van de Zorgverzekeringswet, de Wet op de zorgtoeslag en enige andere wetten, houdende maatregelen om ook wanbetalers voor hun zorgverzekering te laten betalen (structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering) (31736)**, en over:

- de motie-Van Gerven over 100% bronheffing voor huishoudens met een inkomen tot 120% van het sociale minimum (31736, nr. 10).

(Zie vergadering van 28 januari 2009.)

In stemming komt het amendement-Smilde (stuk nr. 8).

De **voorzitter**: Ik constateer dat de aanwezige leden van de fractie van de VVD tegen dit amendement hebben gestemd en die van de overige fracties ervoor, zodat het is aangenomen.

In stemming komt het amendement-Van Gerven (stuk nr. 11, I).

De **voorzitter**: Ik constateer dat de aanwezige leden van de fracties van de SP, de PvdA, GroenLinks, D66, de PvdD, de VVD, de SGP en het CDA voor dit amendement hebben gestemd en die van de overige fracties ertegen, zodat het is aangenomen.

Ik stel vast dat door de aanneming van dit amendement het andere op stuk nr. 11 voorkomende amendement als aangenomen kan worden beschouwd.

In stemming komt het amendement-Van Gerven (stuk nr. 9).

De **voorzitter**: Ik constateer dat de aanwezige leden van de fracties van de SP, GroenLinks, de PvdD en het lid Verdonk voor dit amendement hebben gestemd en de aanwezige leden van de overige fracties ertegen, zodat het is verworpen.

In stemming komt het amendement-Van Gerven (stuk nr. 12) tot het invoegen van artikel V.

De **voorzitter**: Ik constateer dat de aanwezige leden van de fracties van de SP, GroenLinks, de PvdD en het lid Verdonk voor dit amendement hebben gestemd en de

## Voorzitter

aanwezige leden van de overige fracties ertegen, zodat het is verworpen.

In stemming komt het wetsvoorstel, zoals op onderdelen gewijzigd door de aanneming van het amendement-Smilde (stuk nr. 8) en de amendementen-Van Gerven (stuk nrs. 11, I en II).

De **voorzitter**: Ik constateer dat dit wetsvoorstel met algemene stemmen is aangenomen.

In stemming komt de motie-Van Gerven (31736, nr. 10).

De **voorzitter**: Ik constateer dat de aanwezige leden van de fracties van de SP, GroenLinks en de PvdD voor deze motie hebben gestemd en die van de overige fracties ertegen, zodat zij is verworpen.

---

Aan de orde zijn de **stemmingen over moties**, ingediend bij het debat over **de eerste voortgangsrapportage "Veiligheid begint bij voorkomen"**, te weten:

- de motie-De Roon over ongeuniformeerde beveiligingsmedewerkers in winkels (28684, nr. 193);
- de motie-De Roon over strafvorderlijk conservatoir beslag ten behoeve van slachtoffers van misdrijven (28684, nr. 194);
- de motie-De Roon over niet langer aanbieden van een contract aan criminelen en overlastveroorzakers (28684, nr. 195);
- de motie-De Roon c.s. over bevorderen van een immigratiestop voor personen uit moslimlanden (28684, nr. 196);
- de motie-Teeven over ter zitting kunnen bevelen tot gevangenneming van zedendelinquenten (28684, nr. 197).

(Zie vergadering van 29 januari 2009.)

De **voorzitter**: Op verzoek van de heer Teeven stel ik voor, zijn motie (28684, nr. 197) van de agenda af te voeren.

Daartoe wordt besloten.

In stemming komt de motie-De Roon (28684, nr. 193).

De **voorzitter**: Ik constateer dat de aanwezige leden van de fracties van de VVD, de SGP, de PVV en het lid Verdonk voor deze motie hebben gestemd en de aanwezige leden van de overige fracties ertegen, zodat zij is verworpen.

In stemming komt de motie-De Roon (28684, nr. 194).

De **voorzitter**: Ik constateer dat de aanwezige leden van de fracties van GroenLinks, D66, de VVD, de SGP, de PVV en het lid Verdonk voor deze motie hebben gestemd en de aanwezige leden van de overige fracties ertegen, zodat zij is verworpen.

In stemming komt de motie-De Roon (28684, nr. 195).

De **voorzitter**: Ik constateer dat de aanwezige leden van de fractie van de PVV voor deze motie hebben gestemd en die van de overige fracties ertegen, zodat zij is verworpen.

In stemming komt de motie-De Roon c.s. (28684, nr. 196).

De **voorzitter**: Ik constateer dat de aanwezige leden van de fractie van de PVV voor deze motie hebben gestemd en die van de overige fracties ertegen, zodat zij is verworpen.

---

Aan de orde zijn de **stemmingen** in verband met het wetsvoorstel **Wijziging van de Wet op de Raad van State in verband met de herstructurering van de Raad van State (30585)**, en over:

- de motie-Heerts/Anker over het perspectief van één hoogste rechterlijke instantie in cassatie (30585, nr. 25).

(Zie vergadering van 29 januari 2009.)

De **voorzitter**: De motie-Heerts/Anker (30585, nr. 25) is in die zin gewijzigd dat zij thans luidt:

---

Motie

---

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

van mening dat met het onderhavige wetsvoorstel de discussie over de positie van de Raad van State niet is afgerond;

van mening dat het gewenst is om de derde fase van de herziening van de rechterlijke organisatie op te pakken;

verzoekt de regering, voorstellen te doen om de rechtseenheid binnen het bestuursrecht – en tussen het bestuursrecht en de andere rechtsgebieden – beter te waarborgen dan thans het geval is,

en gaat over tot de orde van de dag.

Naar mij blijkt, wordt de indiening van deze gewijzigde motie voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 26 (30585).

In stemming komt het gewijzigde amendement-Griffith/Heerts (stuk nr. 21, I).

De **voorzitter**: Ik constateer dat de aanwezige leden van de fracties van de SP, de PvdA, GroenLinks, D66, de PvdD, de VVD, de PVV en het lid Verdonk voor dit gewijzigde amendement hebben gestemd en de aanwezige leden van de overige fracties ertegen, zodat het is aangenomen.

Ik stel vast dat door de aanneming van dit gewijzigde amendement de overige op stuk nr. 21 voorkomende gewijzigde amendementen als aangenomen kunnen worden beschouwd.

In stemming komt het amendement-Griffith (stuk nr. 23, I).

De **voorzitter**: Ik constateer dat de aanwezige leden van de fracties van de VVD en het lid Verdonk voor dit amendement hebben gestemd en de aanwezige leden van de overige fracties ertegen, zodat het is verworpen.

Vergaderjaar 2008–2009

**31 736**

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

**A**

### **GEWIJZIGD VOORSTEL VAN WET**

3 februari 2009

Wij Beatrix, bij de gratie Gods, Koningin der Nederlanden, Prinses van Oranje-Nassau, enz. enz. enz.

Allen, die deze zullen zien of horen lezen, saluut! doen te weten:

Alzo Wij in overweging genomen hebben, dat het wenselijk is maatregelen te treffen opdat ook wanbetalers premie voor hun zorgverzekering betalen, zodat voorkomen wordt dat zij onverzekerd raken of dat verplichtingen afgewenteld worden op anderen;

Zo is het, dat Wij, de Raad van State gehoord, en met gemeen overleg der Staten-Generaal, hebben goedgevonden en verstaan, gelijk Wij goedvinden en verstaan bij deze:

### **ARTIKEL I**

De Zorgverzekeringswet wordt als volgt gewijzigd:

**A**

Onder vervanging van de punt aan het slot van het laatste onderdeel van artikel 1 door een puntkomma, worden twee onderdelen toegevoegd, luidende:

- x. premie: de premie, bedoeld in afdeling 3.3.1;
- y. bestuursrechtelijke premie: de premie, bedoeld in artikel 18d.

**B**

Artikel 8a, eerste lid, komt te luiden:

1. Nadat de zorgverzekeraar de verzekeringnemer heeft aangemaand tot betaling van een of meer vervallen termijnen van de verschuldigde premie, kan de verzekeringnemer gedurende de tijd dat de verschuldigde premie, rente en incassokosten niet zijn voldaan, de zorgverzekering niet opzeggen, tenzij de zorgverzekeraar de zorgverzekering of de dekking daarvan heeft geschorst of opgeschort.

C

De aanduiding «*Paragraaf 3.3. De premie*» wordt vervangen door «*Paragraaf 3.3. De premie en de gevolgen van het niet betalen van de premie*», waarna voor artikel 16 een nieuwe aanduiding wordt ingevoegd, luidende: *Afdeling 3.3.1. De premie*.

D

Artikel 16, tweede lid, komt te luiden:

2. In afwijking van artikel 925 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek en van het eerste lid:

- a. is geen premie verschuldigd tot de eerste dag van de kalendermaand volgende op de kalendermaand waarin een verzekerde de leeftijd van achttien jaren heeft bereikt;
- b. is geen premie verschuldigd over de periode, bedoeld in artikel 18d, eerste lid.

E

Artikel 17 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het vierde lid wordt «artikel 19» vervangen door: artikel 20.
2. In het vijfde lid wordt «of 19» vervangen door: of 20.

F

Onder vernummering van de artikelen 18a tot en met 21 tot 19 tot en met 22, wordt na artikel 18 een afdeling ingevoegd, luidende:

*Afdeling 3.3.2. De gevolgen van het niet betalen van de premie*

#### **Artikel 18a**

1. Uiterlijk tien werkdagen nadat ten aanzien van een zorgverzekering een achterstand in de betaling van de verschuldigde premie ter hoogte van twee maandpremies is geconstateerd, doet de zorgverzekeraar de verzekeringnemer een aanbod tot het treffen van een betalingsregeling.
2. De betalingsregeling bestaat ten minste uit de volgende elementen:
  - a. een machtiging van de verzekeringnemer aan de zorgverzekeraar tot maandelijkse automatische incasso van nieuw vervallende termijnen van de premie dan wel een opdracht aan een derde van wie de verzekeringnemer periodieke betalingen ontvangt, om namens hem en onder inhouding van de desbetreffende bedragen op deze betalingen, periodiek rechtstreeks aan de zorgverzekeraar het bedrag van nieuw vervallende termijnen van de premie te betalen,
  - b. afspraken inzake de afwikkeling van de uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden van de verzekeringnemer aan de zorgverzekeraar, inclusief rente en incassokosten, en de termijnen waarbinnen betaling zal plaatsvinden, en
  - c. een toezegging van de zorgverzekeraar, inhoudende dat hij de zorgverzekering of de dekking daarvan gedurende de looptijd van de betalingsregeling niet om reden van het bestaan van de schulden, bedoeld in onderdeel b, zal beëindigen, schorsen of opschorten, zolang de verzekeringnemer de machtiging of de opdracht, bedoeld in onderdeel a, niet intrekt en de afspraken, bedoeld in onderdeel b, nakomt.
3. Indien de verzekeringnemer een ander heeft verzekerd en ten aanzien van diens verzekering een premie-achterstand als bedoeld in het eerste lid is ontstaan, omvat het aanbod, bedoeld in het eerste lid, tevens



een bereidverklaring opzegging van deze verzekering met ingang van de dag waarop de betalingsregeling van kracht wordt, te aanvaarden, mits:

- a. de verzekerde zichzelf uiterlijk met ingang van dezelfde dag krachtens een andere zorgverzekering verzekerd heeft, en
- b. deze, indien deze zorgverzekering bij dezelfde zorgverzekeraar is gesloten, terzake van de premie voor deze verzekering een volmacht of opdracht als bedoeld in het tweede lid, onderdeel a, heeft gegeven.

4. Tegelijk met het aanbod deelt de zorgverzekeraar de verzekeringnemer schriftelijk mee dat deze een termijn van vier weken heeft om het te aanvaarden, waarbij de verzekeraar bovendien aangeeft wat de gevolgen zullen zijn indien het aanbod niet wordt aanvaard en de premieschuld, rente en incassokosten buiten beschouwing gelaten, tot zes of meer maandpremies zal zijn opgelopen, en wijst hij de verzekeringnemer op de mogelijkheid van schuldhulpverlening, waarbij hij tevens informatie verstrekt over de vormen hiervan en wijze waarop deze kan worden verzocht.

5. Indien het derde lid van toepassing is, zendt de zorgverzekeraar de verzekerde tegelijk met de verzending van de in het eerste tot en met vierde lid bedoelde stukken aan de verzekeringnemer, afschriften van deze stukken.

### **Artikel 18b**

1. Zo spoedig mogelijk nadat ten aanzien van een zorgverzekering, rente en incassokosten buiten beschouwing latend, een achterstand in de betaling van de verschuldigde premie ter hoogte van vier maandpremies is geconstateerd, deelt de zorgverzekeraar de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, de verzekerde mee dat hij voornemens is over te gaan tot de melding, bedoeld in artikel 18c, zodra de premieschuld de daar bedoelde hoogte zal hebben bereikt, tenzij de verzekeringnemer of de verzekerde hem uiterlijk vier weken na ontvangst van de mededeling heeft laten weten, het bestaan van de schuld of de hoogte ervan te betwisten.

2. Ingeval van tijdige betwisting als bedoeld in het eerste lid deelt de zorgverzekeraar, indien deze na onderzoek zijn standpunt handhaaft, de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, de verzekerde mee dat hij het voornemen tot melding tot uitvoering zal brengen zodra de premieschuld de in artikel 18c, eerste lid, bedoelde hoogte zal hebben bereikt, tenzij de verzekeringnemer of de verzekerde binnen een termijn van vier weken na ontvangst van de in dit lid bedoelde mededeling een geschil hierover heeft voorgelegd aan een onafhankelijke instantie als bedoeld in artikel 114 of aan de burgerlijke rechter.

3. Indien een betalingsregeling als bedoeld in artikel 18a ingaat nadat ten aanzien van de zorgverzekering, rente en incassokosten buiten beschouwing latend, een achterstand in de betaling van de verschuldigde premie ter hoogte van vier maandpremies is ontstaan, laat de zorgverzekeraar de in het eerste lid bedoelde melding achterwege zolang de nieuw vervallende termijnen van de premie worden voldaan.

### **Artikel 18c**

1. Indien ten aanzien van een zorgverzekering, rente en incassokosten buiten beschouwing latend, een premieschuld ter hoogte van zes of meer maandpremies is ontstaan, meldt de zorgverzekeraar dit, onder vermelding van de voor de heffing van de bestuursrechtelijke premie alsmede voor de uitvoering van artikel 34a noodzakelijke persoonsgegevens van de verzekeringnemer en de verzekerde, aan het College zorgverzekeringen, de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, aan de verzekerde.

2. De melding geschiedt niet:

- a. in geval van tijdige betwisting als bedoeld in artikel 18b, eerste lid, zolang de zorgverzekeraar zijn standpunt dienaangaande niet aan de verzekeringnemer en, indien dit een ander dan de verzekeringnemer is, aan de verzekerde heeft kenbaar gemaakt;
  - b. gedurende de termijn, genoemd in artikel 18b, tweede lid;
  - c. ingeval van tijdige voorlegging van het geschil aan een onafhankelijke instantie of aan de burgerlijke rechter als bedoeld in artikel 18b, tweede lid, zolang op het geschil niet onherroepelijk is beslist;
  - d. ingeval de verzekeringnemer zich heeft aangemeld bij een schuldhulpverlener als bedoeld in artikel 48 van de Wet op het consumentenkrediet en aantoonde dat hij in het kader daarvan een schriftelijke overeenkomst tot stabilisatie van zijn schulden heeft gesloten.
3. Onderdeel van de melding vormt een verklaring van de zorgverzekeraar, inhoudende dat hij artikel 18b en het tweede lid in acht heeft genomen.

#### **Artikel 18d**

1. De verzekeringnemer is aan het College zorgverzekeringen een bestuursrechtelijke premie verschuldigd vanaf de eerste dag van de maand volgende op de maand waarin dat college de melding, bedoeld in artikel 18c, heeft ontvangen tot de eerste dag van de maand volgende op de maand waarin de datum, bedoeld in het derde lid, ligt.
2. De bestuursrechtelijke premie bedraagt per maand 130% van de tot een maandbedrag herleide standaardpremie, bedoeld in de Wet op de zorgtoeslag.
3. De zorgverzekeraar stelt het College zorgverzekeringen, de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, de verzekerde, met het oog op de toepassing van het eerste lid onverwijld op de hoogte van de datum waarop:
  - a. de uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden zijn of zullen zijn afgelost of tenietgaan,
  - b. de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen, bedoeld in de Faillissementswet, op de verzekeringnemer van toepassing wordt, of
  - c. door tussenkomst van een schuldhulpverlener als bedoeld in artikel 48 van de Wet op het consumentenkrediet een overeenkomst als bedoeld in artikel 18c, tweede lid, onderdeel d, is gesloten of een schuldregeling tot stand is gekomen waarin, naast de verzekeringnemer, ten minste zijn zorgverzekeraar deelneemt.
4. In afwijking van het eerste tot en met derde lid, is de verzekeringnemer wederom aan het College zorgverzekeringen bestuursrechtelijke premie verschuldigd vanaf de eerste dag van de maand volgende op de maand:
  - a. waarin de toepassing van de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen op grond van artikel 350, derde lid, onderdeel c, d, e, f, of g, van de Faillissementswet, is beëindigd;
  - b. waarin hij zich, blijkens een mede door de schuldhulpverlener ondertekende melding van zijn zorgverzekeraar, aan deelname aan de in het derde lid, onderdeel c, bedoelde regeling heeft onttrokken voordat hij de in die regeling neergelegde afspraken jegens zijn zorgverzekeraar volledig is nagekomen.

#### **Artikel 18e**

1. Het College zorgverzekeringen heft en int de bestuursrechtelijke premie.
2. In opdracht van het College zorgverzekeringen houdt de inhoudingsplichtige de bestuursrechtelijke premie geheel of voor een door dat college te bepalen gedeelte in op door hem aan de verzekeringnemer

verschuldigd loon als bedoeld in de Wet op de loonbelasting 1964, waarna hij het ingehouden bedrag aan het college afdraagt.

3. De inhouding geschiedt onmiddellijk nadat de krachtens een ander wettelijk voorschrift of krachtens een arbeidsovereenkomst verplicht in te houden belastingen, premies of andere bijdragen zijn ingehouden, met dien verstande dat bij ministeriële regeling op socialezekerheids-uitkeringen te verrichten inhoudingen of verrekeningen kunnen worden aangewezen waarvoor een andere volgorde geldt.

4. Een inhoudingsplichtige die het door het College zorgverzekeringen aan te geven bedrag niet of niet geheel heeft ingehouden, is gehouden het gehele bedrag aan dat college af te dragen, zonder dat het niet ingehouden bedrag alsnog op de verzekeringnemer kan worden verhaald.

5. Indien op loon waarop bestuursrechtelijke premie is ingehouden tevens derdenbeslag ligt, is het bedrag dat de inhoudingsplichtige ten minste aan de verzekeringnemer uitbetaalt gelijk aan de beslagvrije voet, bedoeld in artikel 475d van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering, verminderd met het in opdracht van het College zorgverzekeringen ingehouden bedrag.

6. In opdracht van het College zorgverzekeringen wordt een aan de verzekeringnemer of zijn partner uit te betalen zorgtoeslag als bedoeld in de Wet op de zorgtoeslag of een voorschot daarop, in afwijking van artikel 25, eerste lid, van de Algemene wet inkomensafhankelijke regelingen, als tegemoetkoming in de bestuursrechtelijke premie aan het College zorgverzekeringen uitbetaald.

7. Het College zorgverzekeringen kan de bestuursrechtelijke premie of het door de werkgever af te dragen bedrag, bedoeld in het vierde lid, bij dwangbevel invorderen.

8. Het College zorgverzekeringen heeft terzake van de bestuursrechtelijke premie die op andere wijze dan bij wege van inhouding wordt geïnd, een voorrecht op alle goederen van de verzekeringnemer, welk voorrecht onmiddellijk na het voorrecht, bedoeld in artikel 21 van de Invorderingswet 1990, kan worden uitgeoefend.

9. Indien het College zorgverzekeringen ter zake van de inning van de bestuursrechtelijke premie beslag laat leggen onder een derde die de verzekeringnemer periodieke betalingen, niet zijnde periodieke betalingen ter zake van het levensonderhoud van diens kinderen, verschuldigd is, is de derde-beslagene verplicht om, zolang het college dit verlangt, het door het college aangegeven achterstallige bedrag en telkens de nieuw vervallende termijnen van de bestuursrechtelijke premie of door het college te bepalen gedeelten daarvan, tot welker verhaal het beslag is gelegd, aan het college uit te betalen, tenzij onder hem beslag gelegd mocht worden wegens vorderingen van hogere of gelijke rang.

10. Indien een beslag als bedoeld in het negende lid is gelegd op een vordering tot een periodieke betaling als bedoeld in artikel 475c van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering, wordt de beslagvrije voet, bedoeld in artikel 475d van die wet, louter ten aanzien van de vordering van het College zorgverzekeringen ter zake waarvan het beslag is gelegd, in aanvulling op het vijfde lid, onderdeel a, van laatstgenoemd artikel verlaagd met het verschil tussen de bestuursrechtelijke premie en het reeds ingehouden bedrag van die premie.

11. De derde die meer aan het College zorgverzekeringen heeft betaald dan waarop deze recht heeft, is jegens de verzekeringnemer bevrijd, voor zover dat voortvloeit uit artikel 34 van Boek 6 van het Burgerlijk Wetboek.

#### **Artikel 18f**

1. Het College zorgverzekeringen gebruikt het burgerservicenummer of, bij het ontbreken daarvan, het sociaal-fiscaalnummer van de in artikel 18c, eerste lid, bedoelde personen, met het doel te waarborgen dat de in het

kader van de uitvoering van deze afdeling en artikel 34a te verwerken persoonsgegevens op die personen betrekking hebben.

2. Bij gegevensuitwisseling tussen het College zorgverzekeringen en de in de artikelen 18e, 88 en 89 bedoelde personen en instanties wordt, voor de uitvoering van deze afdeling en voor zover die personen en instanties tot gebruik van dat nummer bevoegd zijn, het burgerservicenummer of, bij het ontbreken daarvan, het sociaal-fiscaalnummer gebruikt.

3. Het College zorgverzekeringen is bevoegd schulden ter zake van de bestuursrechtelijke premie die hem nog niet zijn voldaan nadat artikel 18d niet meer op de verzekeringnemer van toepassing is, kwijt te schelden.

4. Bij ministeriële regeling worden nadere regels gesteld over de wijze waarop het College zorgverzekeringen de bestuursrechtelijke premie int.

## G

In artikel 23, tweede lid, wordt «bedoeld in artikel 18a, tweede lid» vervangen door: bedoeld in artikel 19, tweede lid.

## H

De aanduiding «*Paragraaf 4.2. De vereveningsbijdrage*» wordt vervangen door: *Paragraaf 4.2. De vereveningsbijdrage en de bijdrage voor het verzekerd houden van wanbetalers*

## I

Na artikel 34 wordt een artikel ingevoegd, luidende:

### **Artikel 34a**

1. Het College zorgverzekeringen verstrekt een zorgverzekeraar een bijdrage indien hij verzekerden voor wier zorgverzekering de bestuursrechtelijke premie verschuldigd is, onverminderd onder de dekking van de zorgverzekering heeft gehouden.

2. De bijdrage wordt slechts verstrekt indien de zorgverzekeraar:

- a. zich heeft gehouden aan zijn verplichtingen, bedoeld in artikel 18a, 18b en 18c, tweede en derde lid,
- b. voorafgaande aan de melding, bedoeld in artikel 18c, ook naast de op incasso gerichte inspanningen, bedoeld in de artikelen 18a en 18b, voldoende inspanningen tot inning van de premie heeft geleverd, en
- c. zich houdt aan zijn verplichting, bedoeld in artikel 18d, derde lid, en desgevraagd voldoende medewerking verleent aan activiteiten van de verzekeringnemer of derden, gericht op aflossing van de jegens de zorgverzekeraar bestaande, uit de zorgverzekering voortvloeiende schuld.

3. De periode waarover de bijdrage wordt verstrekt en de hoogte ervan, alsmede de wijze waarop deze wordt verstrekt, worden bij ministeriële regeling bepaald.

4. Het College zorgverzekeringen is bevoegd de te verstrekken bijdrage te verrekenen met van de zorgverzekeraar terug te vorderen bedragen aan vereveningsbijdrage.

## J

Artikel 39 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het tweede lid wordt onder verlettering van de onderdelen g en h tot h en i, een onderdeel ingevoegd, luidende:

g. de bestuursrechtelijke premies, bedoeld in artikel 18d;

2. In het derde lid, onderdeel a, wordt «en 34» vervangen door: , 34 en 34a.

K

In artikel 116, tweede lid, onderdeel a, wordt «als bedoeld in artikel 69, 70 of 96» vervangen door: als bedoeld in artikel 18d, 18e, 18f, 69, 70 of 96.

L

In artikel 118a, eerste lid, wordt «artikel 18a» telkens vervangen door: artikel 19.

M

In artikel 124 wordt «18a, vijfde en zesde lid, 20» vervangen door: 19, vijfde en zesde lid, 21.

## **ARTIKEL II**

De Wet op de zorgtoeslag wordt als volgt gewijzigd:

A

Artikel 1, eerste lid, wordt als volgt gewijzigd:

1. De aanhef komt te luiden:
  1. In deze wet en de daarop berustende bepalingen wordt, tenzij anders is geregeld, verstaan onder:.
  2. Onder verlettering van de onderdelen d tot en met g tot e tot en met h wordt een onderdeel ingevoegd, luidende:
    - d. premie: een premie als bedoeld in afdeling 3.3.1 van de Zorgverzekeringswet;.
  3. Onderdeel e (nieuw) komt te luiden:
    - e. zorgtoeslag: een tegemoetkoming in een premie dan wel in een bestuursrechtelijke premie als bedoeld in artikel 18d van de Zorgverzekeringswet;.
  4. In onderdeel f (nieuw) wordt «de premie ingevolge artikel 25, tweede lid, van de Wet financiering sociale verzekeringen» vervangen door: de premie, bedoeld in artikel 25, tweede lid, van de Wet financiering sociale verzekeringen.

B

Onder vernummering van het tweede lid van artikel 5 van de Wet op de zorgtoeslag tot derde lid, wordt een lid ingevoegd, luidende:

2. In afwijking van artikel 25, eerste lid, van de Algemene wet inkomensafhankelijke regelingen betaalt de Belastingdienst/Toeslagen in opdracht van het College zorgverzekeringen, bedoeld in de Zorgverzekeringswet, de zorgtoeslag of het voorschot op de zorgtoeslag als tegemoetkoming in de bestuursrechtelijke premie, bedoeld in artikel 18d van de Zorgverzekeringswet, aan dat college uit.

C

In artikel 4 wordt «ingevolge artikel 18a van de Zorgverzekeringswet» vervangen door: ingevolge artikel 19 van de Zorgverzekeringswet.

### **ARTIKEL III**

Aan onderdeel H van de bijlage bij de Algemene wet bestuursrecht wordt na subonderdeel 3 een subonderdeel toegevoegd, luidende:

4. Artikel 18e, eerste lid, juncto artikel 18d, van de Zorgverzekeringswet, voor zover een besluit wordt genomen over de verschuldigdheid van de bestuursrechtelijke premie of de hoogte daarvan.

### **ARTIKEL IV**

Onderdeel 22a van onderdeel C van de bijlage bij de Beroepswet komt te luiden:

22a. De artikelen 18e, 18f, 69, 70, 96 en 118a van de Zorgverzekeringswet, behalve voor zover op grond van de artikelen 18e, eerste lid, juncto 18d van die wet, een besluit is genomen over de verschuldigdheid van de bestuursrechtelijke premie of de hoogte daarvan.

### **ARTIKEL V**

Vervallen

### **ARTIKEL VI**

De Wet uitkeringen burger-oorlogsslachtoffers 1940–1945 wordt als volgt gewijzigd:

A

In artikel 20, derde lid, onderdeel a, en artikel 21, derde lid, onderdeel a, wordt «de standaardpremie, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel f, van de Wet op de zorgtoeslag» telkens vervangen door: de standaardpremie, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel g, van de Wet op de zorgtoeslag.

B

In artikel 27a wordt «de standaardpremie als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel f, van de Wet op de zorgtoeslag» vervangen door: de standaardpremie, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel g, van de Wet op de zorgtoeslag.

### **ARTIKEL VII**

De Wet uitkeringen vervolgingssslachtoffers 1940–1945 wordt als volgt gewijzigd:

A

In artikel 14, vierde lid, onderdeel a, en artikel 15, derde lid, onderdeel a wordt «de standaardpremie, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel f, van de Wet op de zorgtoeslag» telkens vervangen door: de standaardpremie, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel g, van de Wet op de zorgtoeslag.

B

In artikel 18a wordt «de standaardpremie als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel f, van de Wet op de zorgtoeslag» vervangen door: de standaardpremie, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel g, van de Wet op de zorgtoeslag.

## **ARTIKEL VIII**

Na inwerkingtreding van artikel I van deze wet berust het Besluit zorgverzekering mede op de artikelen 19 en 21 van de Zorgverzekeringswet.

## **ARTIKEL IX**

1. Indien op de datum van inwerkingtreding van deze wet ten aanzien van een zorgverzekering volgens de administratie van een zorgverzekeraar reeds een premieschuld van twee of meer maanden bestaat, doet deze zorgverzekeraar, in afwijking van artikel 18a, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet het in dat artikel bedoelde aanbod zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen twee maanden na inwerkingtreding van deze wet.

2. Indien de verzekeringnemer een ander heeft verzekerd en ten aanzien van diens verzekering een premie-achterstand als bedoeld in het eerste lid is ontstaan:

a. is artikel 18a, derde lid, van de Zorgverzekeringswet niet van toepassing,

b. zendt de zorgverzekeraar deze verzekerde, tegelijk met de stukken, bedoeld in artikel 18a, vijfde lid, van de Zorgverzekeringswet een aanbod om zelf een zorgverzekering met hem te sluiten,

c. omvat het aanbod aan de verzekeringnemer de mededeling dat de zorgverzekeraar de ten behoeve van de andere verzekerde gesloten zorgverzekering met ingang van de eerste dag van de tweede maand volgende op de maand waarin het aanbod is gedaan, zal beëindigen, tenzij deze verzekerde hem voordien heeft laten weten het aanbod, bedoeld in onderdeel b, te verwerpen.

3. In afwijking van artikel 217 van Boek 6 van het Burgerlijk Wetboek en van artikel 4:29 van de Wet op het financieel toezicht, wordt een verzekeringsplichtige die een aanbod als bedoeld in het tweede lid, onderdeel b, heeft ontvangen, met ingang van de eerste dag van de tweede maand volgende op de maand waarin het aanbod is gedaan verzekeringnemer van een nieuwe, ten behoeve van hemzelf gesloten zorgverzekering bij de zorgverzekeraar die het aanbod heeft gedaan, tenzij hij de zorgverzekeraar voordien heeft laten weten het aanbod te verwerpen.

4. Indien op de datum van inwerkingtreding van deze wet ten aanzien van een zorgverzekering volgens de administratie van de zorgverzekeraar reeds een premieschuld van vier of meer maanden bestaat, doet een zorgverzekeraar, in afwijking van artikel 18b, de daar bedoelde mededeling:

- a. zodra de termijn voor aanvaarding van het aanbod, bedoeld in het eerste lid, is verlopen zonder dat het aanbod is aanvaard, of
- b. het aanbod is aanvaard en desondanks toch nieuw vervallende termijnen van de premie niet voldaan worden.

5. Een voor de datum van inwerkingtreding van deze wet gedaan aanbod tot het treffen van een betalingsregeling, dat aan de eisen van artikel 18a van de Zorgverzekeringswet juncto het tweede lid van dit artikel zou hebben voldaan indien die bepalingen op de datum waarop het aanbod is gedaan reeds in werking zouden zijn getreden, en een voor de datum van inwerkingtreding van deze wet gedane mededeling die aan de eisen van artikel 18b van de Zorgverzekeringswet juncto het vierde lid van dit artikel zou hebben voldaan indien deze bepalingen op het moment van verzending van de mededeling in werking zouden zijn getreden en waartegen de verzekeringnemer of, indien dit een ander dan de verzekeringnemer is, de verzekerde, bij de verzekeraar en vervolgens bij een onafhankelijke instantie als bedoeld in artikel 114 van de Zorgverzekeringswet of de burgerlijke rechter heeft kunnen opkomen als ware artikel 18b van de Zorgverzekeringswet reeds in werking getreden, gelden voor de toepassing van artikel 18c van die wet en het gestelde bij en krachtens artikel 34a van die wet als aanbod en mededeling als bedoeld in artikel 18a respectievelijk 18b van die wet.

6. Bij ministeriële regeling wordt bepaald onder welke voorwaarden en in welke mate zorgverzekeraars reeds op de datum van inwerkingtreding van deze wet bestaande premieschulden kunnen kwijtschelden zonder dat dit gevolgen heeft voor hun recht op een bijdrage voor het onverminderd verzekerd houden van de betrokken verzekerden.

## **ARTIKEL X**

1. In afwijking van artikel 7:10, eerste lid, van de Algemene wet bestuursrecht, beslist het College zorgverzekeringen op bezwaren tegen beschikkingen als bedoeld in de artikelen 18e of 18f van de Zorgverzekeringswet binnen twaalf weken, indien het bezwaarschrift is ontvangen binnen twee jaar na de datum van inwerkingtreding van deze wet.

2. Dit artikel vervalt met ingang van het derde jaar na de datum van inwerkingtreding van deze wet, met dien verstande dat het van toepassing blijft ten aanzien van op dat tijdstip aanhangige bezwaren.

## **ARTIKEL XI**

Deze wet treedt in werking met ingang van een bij koninklijk besluit te bepalen tijdstip.



Lasten en bevelen dat deze in het Staatsblad zal worden geplaatst en dat alle ministeries, autoriteiten, colleges en ambtenaren wie zulks aangaat, aan de nauwkeurige uitvoering de hand zullen houden.

Gegeven

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Vergaderjaar 2008–2009

**31 736**

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

**B**

### **VOORLOPIG VERSLAG VAN DE VASTE COMMISSIE VOOR VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT/JEUGD EN GEZIN<sup>1</sup>**

Vastgesteld 24 maart 2009

Het voorbereidend onderzoek heeft de commissie aanleiding gegeven tot het maken van de volgende opmerkingen en het stellen van de volgende vragen.

#### **Inleiding**

Naar de mening van de leden van de **CDA**-fractie is het zorgelijk dat in ons land ongeveer 250 000 verzekerden een betalingsachterstand hebben bij hun zorgverzekeraar. Dit klemt temeer daar deze groep eerder (langzaam) groeit, dan afneemt. Ook de gevolgen van de huidige kredietcrisis kunnen hierop van negatieve invloed zijn. De leden van deze fractie zijn met de regering van mening dat structurele maatregelen nodig zijn om deze groep wanbetalers te beperken. Immers, dit ondergraaft de solidariteit van de zorgverzekering. In die zin steunen de leden van deze fractie de lijn die de regering in het wetsontwerp heeft gekozen. Niettemin resteren er bij de leden van deze fractie nog enkele vragen.

De leden van fractie van de **VVD** hebben kennisgenomen van het onderhavige wetsvoorstel en hebben enkele vragen met name over de relatie tussen de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Burgerlijk Wetboek (BW).

De leden van fractie van de **PvdA** hebben met belangstelling, maar ook met zorg over de toename van het aantal wanbetalers en onverzekerden in ons zorgstelsel, kennisgenomen van de regeling omtrent wanbetaling in de zorgverzekering. Zij stellen daaromtrent enige vragen.

De leden van de **SP**-fractie zijn met de regering van mening dat er alles aan gedaan moet worden om het aantal onverzekerden terug te dringen, maar zijn daarnaast ook van mening dat er een onderscheid gemaakt dient te worden tussen degenen die niet kunnen en degenen die niet willen betalen.

Ook plaatsen de leden van de **SP**-fractie vraagtekens bij de ambities en de uitvoerbaarheid van het wetsvoorstel.

<sup>1</sup> Samenstelling: Werner (CDA), Van den Berg (SGP), Dupuis (VVD), vice-voorzitter, Rosenthal (VVD), Swenker (VVD), Tan (PvdA), Van de Beeten (CDA), Slagter-Roukema (SP), voorzitter, Linthorst (PvdA), Biermans (VVD), Putters (PvdA), Leijnse (PvdA), Engels (D66), Thissen (GL), Goyert (CDA), Peters (SP), Quik-Schuijt (SP), Klein Breteler (CDA), Huijbregts-Schiedon (VVD), Laurier (GL), Ten Horn (SP), Meurs (PvdA), Leunissen (CDA), De Vries-Leggedoor (CDA), Koffeman (PvdD), Kuiper (CU), Lagerwerf-Vergunst (CU), De Boer (CU) en Yildirim (Fractie-Yildirim).

## Achtergrond

De leden van de **CDA**-fractie wijzen er op dat in de Zvw (terecht) is geregeld, dat een verzekeraar een acceptatieplicht heeft. De Zvw wordt op dit punt zodanig aangepast, dat een verzekeraar een aanvraag zal weigeren als blijkt dat de aanvrager al eerder elders is verzekerd, al dan niet met betalingsachterstand. De leden van deze fractie vragen de regering of er een systeem bestaat waarmee dit kan worden geverifieerd. Zo niet, dient er zo'n systeem te komen, bijvoorbeeld in de vorm van een databank?

Een van de aanleidingen voor deze wetswijziging is het feit dat wanbetalers steeds opnieuw bij een andere verzekeraar geaccepteerd moeten worden vanwege de acceptatieplicht. De wanbetaling kan daardoor voortduren, hetgeen een zogenaamd «carrousel-effect» teweeg kan brengen. De leden van de **PvdA**-fractie vernemen graag van de regering hoe groot dit carrousel-effect op dit moment is.

Eerder deden de leden van de PvdA-fractie reeds de suggestie om een fonds op te richten waaruit de kosten van wanbetaling en onverzekerde zijn deels kunnen worden betaald. De regering steunde dat niet omdat iedereen in staat moet zijn de nominale premie te betalen. Lukt dat niet dan zijn er bijstands- en zorgtoeslageregelingen, en de gemeenten kunnen ten aanzien van dak- en thuislozen en sociale minima via collectieve contracten en de Wet werk en inkomen van alles regelen. Daarnaast zouden zorgverzekeraars verantwoordelijkheid moeten nemen. Kan de regering nu aangeven hoe dit in de afgelopen periode heeft gewerkt en wat verzekeraars en gemeenten hebben gedaan? Is zij van mening dat hieraan nadere eisen moeten worden gesteld?

Omdat met het al in werking getreden wetsvoorstel 30 918 (Verzwaren incassoregime premie en andere maatregelen zorgverzekering) zorgverzekeraars na zes maanden premieachterstand via het CVZ recht hebben op een bijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds moeten er al gegevens bekend zijn over aantallen wanbetalers. De leden van de **SP**-fractie vragen of de regering die gegevens met haar commentaar daarop kan verstrekken. Is er een verschil in aantallen wanbetalers per zorgverzekeraar en heeft de verzwaaring van het incassoregime al resultaten (daling van het aantal wanbetalers) opgeleverd?

De leden van de fractie van de SP vragen of het wanbetalersbestand volledig wordt gevuld door alle zorgverzekeraars en of het helemaal operationeel. Is de situatie dat een wanbetaler geroyeerd wordt door de ene zorgverzekeraar en vervolgens weer geaccepteerd wordt door een andere zorgverzekeraar die acceptatieplicht heeft nog steeds mogelijk? Wie beheert het bestand en ziet toe op het correcte beheer?

## Collectieve contracten

De leden van de **CDA**-fractie vragen waarom de regering er niet voor heeft gekozen om wettelijk vast te leggen dat zorgverzekeraars collectieve contracten met sociale diensten afsluiten. Verzekerden met een (sociale) uitkering kunnen dan eenvoudiger de verschuldigde premie op maandbasis betalen. Dit zou preventief kunnen werken op het ontstaan van premieachterstanden voor deze categorie verzekerden.

De meeste gemeenten bieden hun sociale minima een collectieve zorgverzekering aan. Er zijn gemeenten die dat niet doen, zelfs niet bij hun bijstandsgerechtigden, waarvoor ze toch een verantwoordelijkheid hebben als het gaat om het voorkomen van schulden (nota naar aanleiding van het verslag, 31 736, nr. 6, blz. 7). De leden van fractie van de **SP**

vragen welke motieven aan deze houding van gemeenten ten grondslag liggen. Is het onwil of onmacht? Ziet de regering hierin ook een taak voor zichzelf? Voorkomen is beter dan genezen, is de mening van de leden van de SP-fractie. Hoeveel bijstandsgerechtigden zijn niet collectief verzekerd? Om welke aantallen/percentages gaat het?

### **Oorzaken van wanbetaling**

Reeds bij de behandeling van de bestaande regeling rond wanbetalers in de zorg hebben de leden van de **PvdA**-fractie zorgen geuit over het inzicht van de regering in de precieze oorzaken van wanbetaling. De regering gaf destijds aan dat dit inderdaad een lastige zaak is om te achterhalen. Kan zij aangeven welke oorzaken van wanbetaling met de nu voorgestelde regeling worden aangepakt c.q. weggenomen? Op welke wijze wordt het inzicht in de overige oorzaken verder vergroot, opdat daarop gerichte maatregelen genomen kunnen worden?

Een van de kernpunten uit de eerdere wetsbehandeling was dat doelgroepgerichte voorlichting nodig is om de oorzaken van wanbetaling goed aan te kunnen pakken. De oorzaken kunnen per groep wanbetalers namelijk anders liggen. De leden van de PvdA-fractie vernemen graag van de regering hoe deze doelgroepgerichte voorlichting in de afgelopen periode heeft plaatsgevonden en welke resultaten dit heeft gehad op het voorkomen van wanbetaling.

Ook vragen deze leden de regering aan te geven welke koppeling van databestanden (bijvoorbeeld rond inkomen, uitkering, schulden, premie-achterstanden) er wordt gemaakt om inzicht in de oorzaken en gevolgen van wanbetaling te verkrijgen. Wat hebben de inspanningen van Zorgverzekeraars Nederland om tot een databestand rond wanbetalers te komen, opgeleverd, en welke koppelingen worden in dat kader gemaakt? Zijn er hierbij voldoende waarborgen tegen «détournement de pouvoir»?

De leden van de fractie van de **SP** constateren dat het onderscheid tussen onmachtigen en onwilligen niet wordt gemaakt en dat de voorgestelde maatregelen nagenoeg generiek voor beide groepen gelden. De Raad van State heeft in zijn advies een groot aantal bezwaren met betrekking tot dit wetsvoorstel geuit. Hij heeft bezwaar tegen de inhoud van het voorstel van wet en twijfelt aan de effectiviteit van het voorstel voor zover het is gericht op de onmachtigen en aan de noodzaak van aanvullende publiekrechtelijke maatregelen in het geval van onwilligen. De leden van de SP-fractie zouden graag nogmaals uiteengezet zien wat de noodzaak is van het wetsvoorstel en waarom de regering denkt dat het effectief zal zijn. Ook ontvangen deze leden graag commentaar van de regering op de volgende stelling: Onwilligen ondermijnen de solidariteit tussen gezonden en zieken, met onmachtigen dienen wij als maatschappij daarentegen solidair te zijn.

Betekent het feit dat er geen onderscheid wordt gemaakt tussen degenen die zich niet willen en degenen die zich niet kunnen verzekeren, dat het onderscheid niet te maken is? Is het niet mogelijk de verschillende groepen te definiëren? Is onderzocht in hoeverre er sprake is van onwil of onmacht? Welke gegevens zijn hiervoor nodig en wie zou ze kunnen leveren? Met name Divosa (Vereniging van directeuren van overheidsorganen voor sociale arbeid) zou hieraan een waardevolle bijdrage kunnen leveren, is de mening van de leden van de SP-fractie en overigens ook van die gemeenten (Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht) die een hoog percentage wanbetalers huisvesten.

Onderscheid tussen beide groepen lijkt deze leden van belang omdat van tevoren al is te voorspellen dat bij de groep onwillige betalers veel meer resultaat is te boeken met de voorgestelde maatregelen dan bij de groep die wel wil, maar die door welke oorzaak dan ook (en dat is lang niet altijd eigen schuld) niet kan betalen. Waarom zijn de voorgestelde maatregelen niet meer op de verschillende groepen toegesneden?

### **ZZP-ers, studenten, verblijf buitenland**

De mogelijkheden te innen middels de bronheffing zullen verschillen naar gelang de bron van inkomen van de wanbetaler. Tot nu gaat alle aandacht naar de groep werknemers en uitkeringsgerechtigden. Er zijn echter ook andere groepen met andere vormen van inkomen zoals ZZP-ers (zelfstandige zonder personeel), studenten en burgers woonachtig in het buitenland. Deze groepen zullen, zo is de inschatting van de leden van de fractie van de **SP**, zeer verschillend benaderd moeten worden voor bronheffing.

Hoe zal dat in zijn werk gaan en hoe kansrijk acht de regering de verschillende exercities? ZZP-ers hebben vaak een wisselend inkomen en juist hun inkomenspositie zal onder druk komen te staan in de huidige crisistijd. Ook moeten ze zelf de inkomensafhankelijke bijdrage betalen. Ook komt het vaak voor dat belastingaangifte/heffing in enig jaar pas een jaar (jaren) later afgehandeld wordt. Vaak is ook de belastingdienst debet aan een trage terugbetaling. Als er achterstand is in betaling van zowel de inkomensafhankelijke bijdrage als in betaling van de nominale premie wat moet dan eerst betaald worden? Hoe wordt voorkomen dat juist deze groep de dupe is van een slecht werkende belastingdienst? Is het ook voor de ZZP-er mogelijk in aanmerking te komen voor 100% bronheffing in plaats van de 130%, namelijk als zijn inkomen onder het minimumniveau is gezakt? Hoe gaat dat in zijn werk bij studenten, een groep die per definitie een zeer beperkt inkomen heeft? Is duidelijk hoeveel wanbetalers in het buitenland verblijven, zoals bijvoorbeeld de pensionados? Is de wijze van inning zoals voorzien in onderhavig wetsvoorstel voor deze groep uitvoerbaar? Zijn hiervoor speciale maatregelen nodig? Kan er beslag worden gelegd op buitenlandse bezittingen?

### **Betaalregeling**

Het uitgangspunt van de nu voorliggende wetswijziging is een zogenaamde «tweezijdige benadering», aldus de regering in de memorie van toelichting. Het blijft de leden van de **PvdA**-fractie echter onduidelijk waaruit die tweezijdige benadering precies bestaat, behalve dat in eerste instantie een betalingsregeling overeengekomen kan worden tussen verzekeraar en verzekeringnemer na 2 maanden betalingsachterstand. Kan de regering aangeven waar de tweezijdige benadering in de nu voorliggende aanpak nog meer uit bestaat, en wat het precieze verdere verschil is met de reeds bestaande regeling? Welk effect verwacht de regering van deze benadering, in termen van de afname van het aantal wanbetalers?

Deze leden willen hun steun uitspreken voor de invoering van de mogelijkheid van de automatische incasso, zodat verzekeringnemers vrijwillig vroegtijdig betalingsachterstand kunnen voorkomen. De leden van de PvdA-fractie hebben daar bij de behandeling van de nu geldende regeling in de Eerste Kamer destijds ook voor gepleit. Wel vragen zij hoe dit concreet in zijn werk zal gaan: op welke wijze worden mensen hierop geattendeerd en geprikkeld om deze mogelijkheid te benutten en op welk moment? Kan de regering tevens een inschatting geven van het aantal mensen dat hier gebruik van zal gaan maken?

Bij de stemming op 3 februari 2009 is het voorliggend wetsvoorstel aangenomen inclusief het amendement-Van Gerven (31 736, nr. 11). De minister van VWS heeft per brief van 2 februari 2009 aan de Tweede Kamer laten weten dat hij dit amendement ontraadde omdat delen ervan op principiële gronden ongewenst zouden zijn (31 736, nr. 13). De leden van de **SP**-fractie vragen wat de regering gaat ondernemen om desondanks uitvoering aan dit amendement te geven?

### **Preferente schuldeisers en hoogte premie**

De bestuursrechtelijke extra premie van 30% is gezien de ontstane praktijk in het civiele recht fors. De Nederlandse Vereniging voor Rechtspraak meent dat  $\pm 15\%$  over de hoofdsom redelijk is in de dagelijkse praktijk. De leden van de **CDA**-fractie vragen waarom de regering in dit wetsontwerp 30% hanteert.

Bekend is dat bij burgers met betalingsachterstanden vaak sprake is van meerdere crediteuren. Een beroep op de beschikbare (gemeentelijke) schuldhulpverleningsregelingen is in dergelijke situaties eerder regel dan uitzondering. Preferente schuldeisers (fiscus) kunnen het tot stand komen van zo'n regeling bemoeilijken. Dit wetsvoorstel voegt hier één aan toe: het CVZ. Het niet tot stand komen van een schuldhulpverleningsregeling kan op meerdere gebieden grote gevolgen hebben voor deze burgers (huren, energie, verzekering etc.). Ligt het daarom niet in de rede om de 30% opslag in die gevallen waar schuldhulpverlening tot stand is gekomen of kan komen, te matigen?

De leden van de **VVD**-fractie begrijpen dat het, vanuit een kosten-batenanalyse gezien, voor verzekeraars waarschijnlijk meer kost om achterstallige premie te innen dan dat het aan premie oplevert, omdat uiteindelijk de verzekeraar naar de rechter moet gaan teneinde een vonnis te verkrijgen dat geëxecuteerd kan worden. Het CVZ heeft de mogelijkheid om rechtstreeks beslag te leggen en is preferent ten opzichte van andere schuldeisers. Waarom heeft de regering niet overwogen om verzekeraars bij wet dezelfde mogelijkheden te geven en ook deze premievordering (inclusief eventuele verhogingen) preferent te verklaren?

Ten aanzien van de uitvoering van het innen van de bestuursrechtelijke premie via het CVZ vragen de leden van de **PvdA**-fractie waarom dit niet via de Belastingdienst geregeld kan worden?

Kan de regering daarnaast aangeven welke consequenties het innen van de premie op het inkomen heeft in termen van koopkrachtverwachtingen voor de groep uitkeringsgerechtigden en eenpersoonshuishoudens die het veelal betreft? Bestaat het risico niet dat hiermee het probleem vooral verschuift en dat enkel zorgverzekeraars ontlast worden?

Is het belang van zoveel mogelijk betalende zorgverzekering een belang van de zorgverzekeraars/private partijen of een publiek belang, zo willen de leden van de fractie van de **SP** weten. Zijn zorgverzekeraars de wanbetalers, inclusief de tijdrovende bureaucratie om toch maar premie te innen, niet liever kwijt dan rijk? In feite worden ze belast met verantwoordelijkheid voor het oplossen van een maatschappelijk probleem terwijl hun *raison d'être* toch, naast zorginkoop, concurreren en winst maken is? Wat is naast de intrinsieke prikkel (maatschappelijk ondernemen) de extrinsieke beloning voor verzekeraars? Ze zullen er (financieel) toch altijd bij inschieten?

De leden van de **SP**-fractie vragen verder of de tekst van de ministeriële regeling waarin nadere regels worden gesteld over de wijze waarop het CVZ de bestuursrechtelijke premie int al gereed en beschikbaar is. Het

CVZ zal in een beleidsregel uitwerken hoe het de bevoegdheid gaat hanteren om schuld (bij oninbare bestuursrechtelijke premies) kwijt te schelden. Is deze beleidsregel al gereed en beschikbaar? Dient hij aan de minister te worden voorgelegd en door hem goedgekeurd te worden?

### **Juridische systematiek**

De zorgverzekeringsovereenkomst is een privaatrechtelijke overeenkomst waarop het BW van toepassing is. Tevens is in de Zvw een aantal bepalingen opgenomen die afwijken van het BW. Met andere woorden, zoals ook in de memorie van toelichting wordt gesteld: De zorgverzekeringsovereenkomst wordt geregeerd door het BW, tenzij de Zvw anders bepaalt. In het wetsvoorstel is in artikel 8a opgenomen dat de verzekeringsnemer de zorgverzekering niet kan opzeggen zolang hij een betalingsachterstand heeft. Als de verzekerde dit toch doet is deze opzegging dan nietig of vernietigbaar naar burgerlijk recht? De leden van de **VVD-fractie** zien graag toegelicht wat de gevolgen zijn van het overtreden van bepalingen van de Zvw voor de privaatrechtelijke zorgverzekeringsovereenkomst.

Het wetsvoorstel beoogt om na 6 maanden wanbetaling de verplichting tot premiebetaling door de verzekerde aan de zorgverzekeraar te beëindigen en te vervangen door de verplichting van de verzekerde om de premie te betalen aan het College voor zorgverzekeringen (CVZ), zijnde een bestuursrechtelijk premie. «Het CVZ neemt de premierechtelijke relatie over van de zorgverzekeraar», aldus de memorie van toelichting. De leden van deze fractie vragen wat dit in juridisch opzicht betekent. Immers aan de zorgverzekeraar is een premie verplicht op basis van een privaatrechtelijke overeenkomst terwijl het CVZ een bestuursrechtelijke premie int krachtens de wet. Is het derhalve juist dat het CVZ juridisch gezien niet in de plaats treedt of kan treden van de zorgverzekeraar? Vervolgens rijst bij de leden van de VVD-fractie de vraag of er nog wel voldoende grondslag bestaat om de verzekeringsovereenkomst in stand te houden. Immers, de verzekerde heeft op dat moment geen verplichting meer aan de verzekeraar tot premiebetaling uit de zorgverzekeringsovereenkomst en er is dus in privaatrechtelijk opzicht een essentieel onderdeel van de overeenkomst komen te vervallen. De leden van deze fractie vragen hoe het wetsvoorstel zich in dit opzicht verhoudt tot het overeenkomstenstelsel van het BW.

### **Protocol**

De leden van de **CDA-fractie** vragen of het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) bij overname van de vordering van de zorgverzekeraar controleert of deze laatste het incassoprotocol van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) nauwkeurig heeft nageleefd? Indien dit niet het geval is, ligt het dan in de rede, dat de kosten die CVZ bij de invordering maakt, worden teruggelegd bij deze zorgverzekeraar?

Reeds bij een eerdere wijziging in 2007 is wettelijk vastgelegd dat een verzekeraar na 6 maanden wanbetaling aanspraak kan maken op een vergoeding uit de centrale kas mits hij zijn uiterste best heeft gedaan om de achterstallige premie te innen. Verzekeraars hebben daartoe ook een protocol opgesteld hoe te handelen. De leden van de **VVD-fractie** hebben begrepen dat lang niet in alle gevallen verzekeraars zich hier aan hebben gehouden en naar zij begrijpen is dit protocol ook geëxpireerd per 1-1-2009. Is dit juist?

Het amendement Smilde (31 736, nr. 8) stelt ook dat maximale inspanningen gedaan moeten worden om te voorkomen dat mensen in het

bestuursrechtelijke premieregime terechtkomen. De leden van de fractie van de **PvdA** vragen wat daaronder concreet moet worden verstaan? Kan de regering ook aangeven wat het incassoprotocol van enkele verzekeraars in dit opzicht reeds heeft opgeleverd in de achterliggende periode? Waarop baseert de regering de veronderstelling dat het wanbetalen minder zal worden door acties van de zorgverzekeraars? Hoe groot is de kans dat de verzekeraars tegelijkertijd meer aan preventie zullen doen onder deze regeling om het probleem meer structureel aan te pakken, terwijl ze tegelijk voor wanbetaling gecompenseerd worden?

De Raad van State wees er bovendien op dat de zorgverzekeraars door de instelling van de bestuursrechtelijke premie er niet toe worden geprikkeld om de normale incassomogelijkheden ten volle te benutten. De Raad was buitengewoon kritisch op de bestuursrechtelijke premie als instrument binnen de privaatrechtelijke zorgverzekering, en vond nut en noodzaak ervan niet onderbouwd. Deze leden willen weten waarom de regering deze kritiek naast zich neer heeft gelegd?

De leden van de fractie van de **SP** vragen of het protocol wanbetalers waarvan sprake is in wetsvoorstel 30 918 hetzelfde protocol is als het protocol waarvan sprake is in dit wetsvoorstel of gaat het om verschillende protocollen? En zo ja, wat is het verschil en de relatie tussen beide?

#### **G-4**

De leden van de **CDA**-fractie vragen wat de regering vindt van het idee van convenantafspraken, zoals genoemd in de nota naar aanleiding van het verslag (31 736, nr. 6) en ook verwoord in een brief van de wethouders van de vier grote gemeenten (G-4) aan de Eerste Kamer d.d. 19 februari 2009 (in afschrift onder andere gezonden aan de minister van VWS)? Wil de regering het bevorderen van een dergelijk convenant ter hand nemen?

In een brief d.d. 19 februari 2009 wijzen de wethouders van de vier Grote Steden er bovendien op dat de nu voorgestelde regeling tot inning en bestuursrechtelijke premieheffing ernstige gevolgen kan hebben voor de wijze waarop in gemeenten de schuldsanering wordt geëffectueerd. Kan de regering reageren op hun kritiek dat de bronheffing van 130% ertoe kan leiden dat in een groot aantal gevallen de hele aflossingscapaciteit in beslag genomen wordt en de mogelijkheid wordt geblokkeerd om ook met andere crediteuren tot regelingen te komen om een ontstane betalingsachterstand in te lopen? Is de regering bereid om, zoals de grote steden voorstellen, een convenant te sluiten waarin partijen afspreken al het mogelijke te doen (ook op het gebied van voorlichting) om bronheffing te voorkomen? De leden van de **PvdA**-fractie vragen of hierop reeds actie wordt ondernomen.

De leden van de fractie van de **SP** merken op dat verschillende gemeenten, met name Amsterdam, Utrecht, Rotterdam en Den Haag, er op hebben gewezen dat met de invoering van dit wetsvoorstel het beginsel van gelijkheid van schuldeisers (*paritas creditorum*) verder wordt ondermijnd. Naast de fiscus, die al een status aparte had, krijgt nu ook een andere crediteur te weten de zorgverzekeraar (of in ieder geval het CVZ als plaatsvervangende crediterende instantie) een bijzondere status. De gemeenten stellen dat het bevoordelen van één schuldeiser, die overigens wel een onmisbare dienst levert, maar dat doen woningcoöperaties en energieleveranciers ook, het tot stand komen van schuldregelingen zal blokkeren. Op welke manier en waar kunnen de genoemde leveranciers van onmisbare diensten bezwaar maken tegen deze gang van zaken en hoe kansrijk is dat bezwaar?



Kan het CVZ gemeenten dwingen de inhouding te doen ook al wordt de hele aflossingscapaciteit hierdoor in beslag genomen. Welke (beleids-)vrijheid hebben gemeenten hierbij? Gemeenten wijzen er terecht op dat 130 % bronheffing in een groot aantal gevallen alle aflossingscapaciteit in beslag neemt waardoor andere crediteuren kunnen fluiten naar hun geld. Op welke manier gaat de regering de gemeenten faciliteren zodat ex wanbetalers naast basiszorg ook over woonruimte met aansluiting op gas, water en licht kunnen beschikken?

Gemeenten wijzen erop dat als het wetsvoorstel (ondanks hun bezwaren) toch wordt aangenomen compensatie van de kosten dan een noodzakelijke voorwaarde zal zijn. Krijgen zij die ook?

Hoe staat het met de totstandkoming van het convenant zoals genoemd in de nota naar aanleiding van het verslag (31 736, nr. 6, blz. 6)? Is de inhoud bekend en is het mogelijk het document in te zien? Is de regering met de genoemde gemeenten van mening dat ook het CVZ het convenant zou moeten onderschrijven en medeondertekenen?

### **Werkgevers**

De leden van de **CDA**-fractie vernemen graag van de regering of zij nog andere opties dan een loonheffing bij de werkgever c.q. sociale dienst heeft overwogen om alsnog de achterstallige premies te innen. Immers de werkgever wordt ter zake (ongevraagd) op redelijk korte termijn (6 maanden) als «incassokantoor» ingeschakeld. Daarnaast is het niet uitgesloten, dat bij de betrokken werknemer nog andere loonbeslagen moeten worden ingehouden door de werkgever. Dit zal de relatie werkgever-werknemer niet ten goede komen, daar de werknemer ervaart «voor bijna niets te werken». Is deze optie ook juridisch haalbaar, zo vragen deze leden. De leden van de CDA-fractie hebben hier grote moeite mee.

In het Financieel Dagblad d.d. 9 januari 2009 stelde hoogleraar Stevens dat het CVZ werkgevers kan opdragen de bestuursrechtelijke premie op het loon in te houden en aan hem af te dragen. Hij vindt het «zeer begrijpelijk en terecht dat werkgevers niet wensen op te draaien voor delicate en bewerkelijke incassoactiviteiten voor transacties die zo nadrukkelijk als markttransacties werden geïntroduceerd». MKB Nederland heeft zich op dezelfde wijze geuit. De leden van de **PvdA**-fractie vragen de regering hierop te reageren en daarbij ook aan te geven hoe zij de verhouding ziet tussen de bestuursrechtelijke premie en de privaatrechtelijke zorgverzekering.

Het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) kan de werkgever als inhoudingsplichtige opleggen de bestuursrechtelijke premie geheel (of gedeeltelijke) in te houden op de door hem aan de verzekeringnemer (in dit geval wanbetaler) verschuldigd nettoloon, waarna hij het ingehouden bedrag aan het college afdraagt. De inhouding geschiedt volgens een vaste volgorde en zal volgens de nota naar aanleiding van het verslag van 12 december 2008 (31 736, nr. 6, blz. 19 en 23) weinig extra administratieve belasting geven voor werkgevers omdat de bronheffing vergelijkbaar is met bijvoorbeeld de bijdrage aan de personeelsvereniging. De leden van de **SP**-fractie nemen aan dat de regering zich bewust is dat het wel om andere bedragen gaat en dat een personeelsuitje niet te vergelijken is met verzekeren tegen zorg. De vergelijking is ongelukkig gekozen. Als de werkgever weigert de premie in te houden kan het CVZ dan ook de werkgever middels een dwangbevel dwingen het geld af te dragen en kan het CVZ mogelijk zelfs beslag laten leggen op eigendommen van de werkgever indien hij weigert?

Is de regering het met de leden van SP-fractie eens dat met name werkgevers met een klein aantal werknemers in een lastig pakket kunnen komen als ze hun werknemer moeten korten op het loon. Een dergelijke ingrijpende maatregel kan de interne verhoudingen, die in kleine gemeenschappen nu eenmaal extra kwetsbaar zijn, danig onder druk zetten. Deze leden ontvang op dit punt graag een reactie van de regering.

De minister heeft aangegeven dat het structureel oplossen van betalingsproblemen bij de nominale zorgpremie óók in het belang is van werkgevers. Echter op welke manier en waar kunnen zij meepraten over oplossingen voor het probleem, zo vragen deze leden. Zowel VNO-NCW als MKB-Nederland hebben aangegeven hebben aangegeven weinig in dit wetsvoorstel te zien.

### **Uitvoerbaarheid**

Zijn het CVZ en de zorgverzekeraars voldoende toegerust om deze wetswijziging ook in de praktijk en op tijd waar te maken, zo willen de leden van de **CDA**-fractie weten. Als dit (nog) niet het geval is, wat zijn dan hiervan de gevolgen?

De leden van de **PvdA**-fractie vragen de regering aan te geven welke invoeringstermijnen zij bij deze wetswijziging noodzakelijk acht? Deelt zij de opvatting van de zorgverzekeraars dat zij tenminste 8 maanden nodig hebben om hun databestanden op orde te brengen, en is de invoering dan haalbaar per 1 januari 2010? Is de regering bereid de zorgverzekeraars voldoende ruimte voor de invoering van deze wetswijziging te verschaffen?

Kan de regering in een concreet voorbeeld schetsen wat er gebeurt indien betaling door de wanbetaler structureel uitblijft? Komen dan ook extra incassokosten, kosten van deurwaarders en dergelijke aan de orde? Zo ja, op welke wijze werkt dit in de praktijk?

De leden van de PvdA-fractie vragen in verband hiermee ook op welke wijze de minister van VWS zijn acties tegen wanbetaling afstemt met bijvoorbeeld de collega's van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en Financiën (onder meer inzake de schuldhulpverlening, belastingverplichtingen) en wat deze afstemming dan behelst.

Het CVZ krijgt extra middelen (hoeveel?) om deze operatie uit te voeren. De regering vertrouwt erop (nota naar aanleiding van het verslag, 31 736, nr. 6, blz. 10) dat de regeling naar behoren zal worden uitgevoerd door het CVZ, waarbij zij overigens wel rept van kinderziektes die inherent zijn aan het invoeringsproces van een nieuwe uitvoeringsregeling. De leden van de **SP**-fractie willen graag een toelichting op deze wat vage uitspraak. Welke kinderziektes zijn wel en welke zijn niet aanvaardbaar?

De leden van deze fractie wijzen er verder op dat Zorgverzekeraars Nederland (ZN) aan de Eerste Kamerleden heeft laten weten dat de geplande invoeringsdatum van 1 juli 2009 voor zijn leden niet haalbaar is gezien de grote administratief-technische uitvoeringsaspecten. Hoe vordert het gesprek tussen VWS en ZN? Waaruit bestaan de problemen en zijn die oplosbaar? Is er ook een kans dat het wetsvoorstel niet uitvoerbaar zal blijken te zijn? Wat zijn de consequenties van uitstel? De leden van de SP-fractie veronderstellen dat het stuwmeer van wanbetalers die meer dan zes maanden premieachterstand hebben hierdoor groter wordt.

Valt de tegemoetkoming eigen risico, een bedrag van plus minus 50 euro waarop bepaalde te identificeren groepen gebruikers van zorg recht

hebben, ook onder de te vorderen bedragen door het CVZ, zo vragen de leden van de SP-fractie?

De voorliggende wetswijziging is door de minister al aangekondigd tijdens de discussie over wetsvoorstel 30 918 Hierin werd voorgesteld het incassoregime te verzwaren waardoor voorkomen zou moeten worden dat wanbetalers, mensen die zich wel verzekerd hebben tegen zorgkosten maar geen premie betalen, geroyeerd worden door de zorgverzekeraar, met als doel het aantal wanbetalers terug te dringen. Dat is ook het doel van het voorliggende wetsvoorstel. Bij de introductie van wetsvoorstel 30 918 werd gezegd dat er met het oog op een goede werking van het zorgstelsel behoefte is aan aanvullende wettelijke regels op enkele punten. Ook wetsvoorstel 31 736 is hiervan een voorbeeld. Dit roept de vraag op of met de nu te bespreken structurele maatregelen de Zorgverzekeringwet klaar is. Of is de regering alweer tegen een volgende onvolkomenheid aangelopen en is een volgende wetswijziging alweer in zicht? Hoe staat het in dit verband met het wetsvoorstel waarin de opsporing van onverzekerden wordt geregeld?

### **Administratieve lasten**

In de memorie van toelichting worden de extra administratieve kosten voor het bedrijfsleven in het eerste jaar op € 150 000 worden geraamd, aflopend in 4 jaar naar € 37 500. De leden van de **VVD**-fractie informeren waarop deze ramingen zijn gebaseerd. Is Actal bij deze raming betrokken?

De leden van de commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport/Jeugd en Gezin zien de beantwoording met belangstelling tegemoet.

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn Sport/Jeugd en Gezin,  
Slagter

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn Sport/Jeugd en Gezin,  
Warmolt de Boer

Vergaderjaar 2008–2009

**31 736**

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

**C**

### **MEMORIE VAN ANTWOORD**

Ontvangen 14 april 2009

#### **Achtergrond**

De regering heeft met belangstelling kennis genomen van de vragen en opmerkingen van de leden van de Eerste Kamer. Onderstaand gaat de regering in op deze vragen en opmerkingen waarbij zoveel mogelijk de volgorde van het voorlopig verslag is gevolgd.

De leden van de fractie van het CDA wijzen er op dat in de Zorgverzekeringswet (Zvw) is geregeld, dat een verzekeraar een acceptatieplicht heeft. Zij hebben mij in herinnering gebracht dat ik tijdens de behandeling in de Tweede Kamer heb toegezegd dat ik zal onderzoeken of de Zvw op dit punt kan worden aangepast om dubbele verzekering te voorkomen. Deze leden hebben gevraagd of er een systeem bestaat waarmee kan worden geverifieerd of iemand dubbel verzekerd is.

Teneinde dubbele verzekering te voorkomen heb ik het voornemen de regelgeving aan te passen. De verplichting van de zorgverzekeraar tot acceptatie van de aspirant-verzekerde dient slechts voor één zorgverzekering te gelden. Op dit moment al verstrekt een zorgverzekeraar aan de verzekerde een bewijs van uitschrijving waar de nieuwe zorgverzekeraar om kan vragen als hij zich aanmeldt voor een nieuwe zorgverzekering. Ook is er sinds de inwerkingtreding van de Wet verzwaring incassoregim in december 2007 een bestand met daarin verzekerden met een betalingsachterstand van twee maandpremies of meer. In die wet is geregeld dat verzekerden met een betalingsachterstand van twee maandpremies of meer hun verzekering niet mogen opzeggen. Zorgverzekeraars kunnen dit bestand raadplegen en een aspirant-verzekerde (met een relevante betalingsachterstand bij de «oude» verzekeraar) informeren over de consequenties van een nieuwe inschrijving: twee keer een zorgverzekering en twee keer een verplichting om de nominale premie te betalen. Volhardt de aspirant-verzekerde, dan is de verzekeraar nu nog wettelijk gebonden deze inschrijving te accepteren.

Het voornemen is om de beperking van de acceptatieplicht tot één verzekering op te nemen in het wetsvoorstel dat de opsporing en verzekering van onverzekerden zal gaan regelen.

De leden van de PvdA-fractie hebben gevraagd of bekend is hoe vaak het voorkomt dat een wanbetaler zich steeds opnieuw bij een andere verzekeraar aanmeldt (carrousel-effect).

Dit carrousel-effect komt niet of nauwelijks voor omdat er medio 2006 met zorgverzekeraars afspraken zijn gemaakt over het verzekerd houden van wanbetalers. Bovendien is er sinds de inwerkingtreding van de Wet verzwaring incassoregime eind 2007 een opzegverbod van kracht voor verzekerden met een betalingsachterstand van twee maandpremies of meer. Volgens Zorgverzekeraars Nederland (ZN) zijn er op dit moment 21 000 dubbel verzekerden, waaronder circa 11 000 kinderen. De samenstelling van de groep dubbel verzekerde volwassenen is onbekend. Onbekend is dus ook in hoeverre hierbij sprake is (geweest) van het carrousel-effect.

De leden van de PvdA-fractie vragen wat zorgverzekeraars en gemeenten in de afgelopen periode hebben gedaan aan het terugbrengen van het aantal wanbetalers. Ook vragen zij of aan de inspanningen nadere eisen gesteld zouden moeten worden.

Vrijwel alle gemeenten (circa 400) hebben voor hun bijstandsgerechtigden en overige minima een collectieve zorgverzekering afgesloten. Ruim driekwart van alle bijstandsgerechtigden en twintig procent van de overige minima maken ook gebruik van collectieve contracten. Het aantal onverzekerden onder bijstandsgerechtigden is mede om deze reden relatief laag (0,5%). Het aantal wanbetalers onder bijstandsgerechtigden is relatief hoog, namelijk zeven procent, maar het overgrote deel van de bijstandsgerechtigden is, al dan niet met ondersteuning van de gemeente, in staat om de rekening voor de zorgverzekering te voldoen. Deelname aan de collectieve contracten wordt door vrijwel alle gemeenten actief gepromoot op het moment dat mensen zich aanmelden voor bijstand of op een andere wijze inkomenshulp of schuldhulp vragen. Een aantal gemeenten houdt zelfs voor de bijstandsgerechtigden die collectief verzekerd zijn de zorgpremie op de bijstandsuitkering in. Andere gemeenten doen dat uit principiële overwegingen niet. Zij vinden dat het overnemen van de betaalrelatie tussen verzekerde en verzekeraar teveel afdoet aan de zelfstandigheid van de betrokkene.

Er zijn gemeenten die hun bijstandsgerechtigden en minima actief ondersteunen als er sprake is van een betalingsachterstand bij een andere verzekeraar dan de verzekeraar van het collectieve contract. Ondanks hun betalingsachterstand worden zij zo in staat gesteld om over te stappen naar het collectieve contract van de gemeente. Betalingsachterstanden van bijstandsgerechtigden die gebruik maken van het collectieve contract, zijn in de meeste gemeenten aanleiding om betrokkene actief te benaderen en te kijken wat er aan de hand is.

Niet alle bijstandsgerechtigden maken gebruik van het collectieve contract van de gemeente. De keuze voor deelname is immers principieel vrijwillig. Voor de groep niet-deelnemende bijstandsgerechtigden levert uitwisseling met het landelijk bestand «verzekerden met betalingsachterstand» van het Inlichtingenbureau (IB) een aangrijpingspunt voor gemeenten om hulp aan te bieden. Deze uitwisseling bestond al, maar werkte nog niet optimaal. Sinds oktober 2008 is de gegevens-uitwisseling landelijk dekkend, omdat gebruik wordt gemaakt van het bestand dat zorgverzekeraars in het kader van de Wet verzwaring incassoregime hebben opgezet. Zorgverzekeraars melden personen met een betalingsachterstand van twee maanden of meer aan het IB. Het IB koppelt deze gegevens met de bijstandsgerechtigden en geeft de match door aan gemeenten. De gemeenten kunnen naar aanleiding van dit signaal actie ondernemen. Gemeenten hebben aangegeven dit ook te willen doen. Hoewel ik van mening ben dat al deze mogelijkheden nóg beter en meer

benut zouden kunnen worden acht ik het niet wenselijk om hieraan nadere eisen te stellen, omdat dit te veel zou ingrijpen in de keuzevrijheid van burgers en de beleidsvrijheid van zorgverzekeraars en gemeenten.

De leden van de fractie van de SP vragen of de regering gegevens wil verstrekken over aantallen wanbetalers. Ook vragen zij of er een verschil is per zorgverzekeraar en of de verzwaren van het incassoregime al resultaten heeft opgeleverd.

Het CBS heeft de afgelopen twee jaar op mijn verzoek het aantal wanbetalers vastgesteld en op deze aantallen bestandskoppelingen en analyses uitgevoerd. Het resultaat van die analyses en mijn bevindingen rapporteer ik in de VWS-verzekerdenmonitor. De basisbestanden zijn door de zorgverzekeraars aan het CBS geleverd. De gegevens die het CVZ verzamelt voor de uitvoering van de compensatieregeling zijn niet geschikt voor een analyse. Ik ben niet bekend met de verschillen in aantallen wanbetalers per zorgverzekeraar. Uit de CBS-cijfers (stand ultimo 2007) blijkt dat ongeveer een derde de zorgpremie weer is gaan betalen en geen wanbetaler meer is. Dit is de het resultaat van het incassobeleid dat zorgverzekeraars voeren. De toename is echter groter dan de afname, wat aangeeft dat nadere maatregelen nodig zijn.

De leden van de SP-fractie vragen of het wanbetalersbestand volledig wordt gevuld door alle zorgverzekeraars en of het helemaal operationeel is. Wie beheert dit bestand, zo vragen zij. Voorts vragen deze leden of het mogelijk is dat een wanbetaler wordt geroyeerd door de ene zorgverzekeraar en vervolgens weer geaccepteerd wordt door de ander.

Zorgverzekeraars houden sinds de inwerkingtreding van de Wet verzwaren incassoregime in december 2007 een gezamenlijk bestand bij waarin alle verzekerden staan en waarin ook betalingsachterstanden van twee maanden of meer worden gesignaleerd. Doel van dit bestand is om tussen zorgverzekeraars onderling informatie uit te wisselen teneinde uitvoering te geven aan het verbod voor een verzekerde met een betalingsachterstand om zijn zorgverzekering op te zeggen. Op grond van het burgerlijk recht is het mogelijk dat een wanbetaler wordt geroyeerd door zijn zorgverzekeraar. Met zorgverzekeraars is evenwel afgesproken dat zij wanbetalers niet zullen royeren. In ruil daarvoor ontvangen zij na zes maanden premie-achterstand een compensatie. Het carroussel-effect komt daardoor niet of nauwelijks voor.

### **Collectieve contracten**

De leden van de CDA-fractie vragen waarom de regering er niet voor heeft gekozen om wettelijk vast te leggen dat zorgverzekeraars collectieve contracten met sociale diensten afsluiten.

In de Zvw is expliciet gekozen voor een private uitvoering van de zorgverzekering met publieke randvoorwaarden. Keuzevrijheid is een essentieel onderdeel van het systeem, waaraan ik niet wil tornen. De keuzevrijheid geldt voor alle verzekerden, dus ook voor verzekerden die voor hun inkomen (deels) afhankelijk zijn van een uitkering. Ook de zorgverzekeraar heeft keuzevrijheid om al dan niet collectieve contracten af te sluiten. Overigens hebben – zoals hiervoor ook aangegeven – vrijwel alle gemeenten een collectieve zorgverzekering afgesloten voor hun bijstandsgerechtigden en overige minima. In deze collectieve zorgverzekeringen zijn ook afspraken gemaakt over de wijze waarop de maandpremies aan de zorgverzekeraar worden voldaan en hoe de gemeente en de zorgverzekeraar elkaar ondersteunen in het geval dat een betalingsachterstand wordt geconstateerd.

De leden van de SP hebben gevraagd of bekend is waarom er gemeenten zijn die hun bijstandsgerechtigden geen collectieve verzekering aanbieden en hoeveel bijstandsgerechtigden al dan niet collectief verzekerd zijn.

Zoals eerder aangegeven hebben bijna alle gemeenten een collectieve zorgverzekering gesloten voor hun bijstandsgerechtigden en overige sociale minima. In de praktijk is daardoor voor vrijwel alle bijstandsgerechtigden en andere personen met een minimuminkomen een collectieve verzekering beschikbaar. Een dertigtal, veelal kleine gemeenten, heeft geen collectieve zorgverzekering voor hun bijstandsgerechtigden en personen met een inkomen op het minimumniveau. Gevraagd naar de reden noemen zij vaak de administratieve last voor het beheer van een collectief contract. Zo'n 75 procent van de bijstandsgerechtigden doet mee aan een collectief contract en zo'n 20 procent van de overige minima.

### **Oorzaken van wanbetaling**

De leden van de fractie van de PvdA vragen welke oorzaken van wanbetaling met de nu voorgestelde regeling worden aangepakt of weggenomen en of getracht wordt het inzicht in de oorzaken van wanbetaling te vergroten.

Het niet-betalen van de premie kan meerdere oorzaken hebben. Enerzijds zijn er verzekeringnemers die de premie zonder veel problemen kunnen betalen maar die hun geld kennelijk liever aan iets ander uitgeven. Anderzijds zijn er verzekeringnemers die, hoewel zij – gezien de geldende Nederlandse regelgeving inzake de hoogte van het minimumloon en de socialezekerheidsuitkeringen – de nominale premie zouden kunnen betalen, dit in de praktijk toch niet kunnen; bijvoorbeeld omdat zij niet met geld om kunnen gaan of schulden hebben gemaakt en die schulden trachten af te betalen met geld dat zij eigenlijk voor de betaling van de nominale premie zouden moeten reserveren.

De analyses van het CBS in 2007 en 2008 geven een schets van kenmerken van wanbetalers. Hieruit komen geen eenduidige kenmerken van wanbetalers naar voren, al zijn sommige groepen wel oververtegenwoordigd. Het CBS is gevraagd om de analyses ook in de toekomst te blijven verrichten opdat niet alleen het aantal wanbetalers, maar ook de kenmerken van de wanbetalers kunnen worden gemonitord, zodat het in ieder geval mogelijk is om op termijn vast te stellen of er algemeen onderscheidende kenmerken zijn waarop toegesneden maatregelen kunnen worden genomen.

De leden van de PvdA-fractie hebben gememoreerd aan de eerdere behandeling van de Wet verzwaren incassoregime premie en andere maatregelen Zorgverzekering (30 918). Daarbij werd aandacht geschonken aan doelgroepgerichte voorlichting. Deze leden hebben gevraagd of de regering kan aangeven hoe in de achterliggende periode doelgroepgerichte voorlichting heeft plaatsgevonden.

De doelgroepgerichte voorlichting waaraan deze leden memoreren was niet gericht op wanbetalers maar op onverzekerden. Deze voorlichting is nog steeds gaande.

Ook vragen de leden van de PvdA-fractie welke koppeling van databestanden er wordt gemaakt om inzicht in de oorzaken en gevolgen van wanbetaling te verkrijgen. Hebben deze koppelingen iets opgeleverd, zo vragen zij. Ook vragen zij of er voldoende waarborgen zijn dat deze gegevens niet voor een ander doel worden gebruikt dan waarvoor ze zijn verzameld.

Eerder in de memorie van antwoord is aangegeven dat zorgverzekeraars sinds de inwerkingtreding van de Wet verzwaring incassoregime in december 2007 een gezamenlijk bestand bijhouden waarin alle verzekerden staan en waarin ook betalingsachterstanden van twee maanden of meer worden gesignaleerd. Doel van dit bestand is om tussen zorgverzekeraars onderling informatie uit te wisselen om uitvoering te geven aan het verbod voor een verzekerde met een betalings-achterstand om zijn zorgverzekering op te zeggen. De gegevens uit dit bestand worden geleverd aan het Inlichtingenbureau, die de gegevens van wanbetalers legt langs de gegevens over bijstandsgerechtigden. De match van deze gegevensvergelijking is beschikbaar voor gemeenten ter ondersteuning van de uitvoering van de Wet Werk en Bijstand.

De gegevens over wanbetalers worden ook (geanonimiseerd) gebruikt als basis voor bestandskoppelingen door het CBS ten behoeve van de analyse van de kenmerken van wanbetalers. In al deze gevallen is de koppeling van de gegevens wettelijk toegestaan. Er is geen koppeling met een centraal bestand waarin schulden worden geregistreerd. Hiervoor bestaat geen wettelijke basis.

De leden van de SP-fractie vragen nogmaals uiteen te zetten wat de noodzaak is van het wetsvoorstel en waarom de regering denkt dat het effectief zal zijn. Ook vragen zij te reageren op de stelling «Onwilligen ondermijnen de solidariteit tussen gezonden en zieken, met onmachtigen dienen wij als maatschappij daarentegen solidair te zijn».

Bij de start van de Zvw in 2006 werd al rekening gehouden met de mogelijkheid dat er verzekerden zouden zijn die hun zorgpremie niet zouden betalen. Ten tijde van de ziekenfondsverzekering was het aantal wanbetalers immers ook tussen de twee en drie procent. Destijds is er van uitgegaan dat zorgverzekeraars deze betalingsproblemen zelf zouden kunnen oplossen door een stringent incassobeleid toe te passen. Al snel na de invoering van de Zvw werd duidelijk dat het stringente incassobeleid van zorgverzekeraars onvoldoende soelaas zou bieden, omdat incasso-procedures lang kunnen duren en steeds gaan over een periode die achter de rug is; de premieschulden lopen daardoor op en zijn voor mensen met lage inkomens en/of schuldproblemen steeds moeilijker op te lossen. Daarnaast is de zorgpremie iedere maand opnieuw verschuldigd – men is immers verplicht zich te verzekeren en de premie hiervoor te betalen – waardoor het risico groot is dat de mensen waarvoor de incasso-procedure tot het einde moet worden gevoerd intussen weer nieuwe premieschulden hebben opgelopen, waar weer nieuwe incassoprocedures voor moeten worden gevolgd. Zo ontstaat een vrijwel onoplosbaar probleem.

Een private zorgverzekeraar maakt op enig moment een afweging tussen de baten van de te innen bedragen versus de kosten die gemaakt moeten worden om deze bedragen te innen. Als de kosten die gemaakt moeten worden voor incasso te hoog worden, zal hij overgaan tot royement. Het regeringsbeleid is er op gericht om onverzekerdeheid te voorkomen. Ook voor de zorgverzekeraars als groep lost royement het probleem niet op, omdat de geroyeerde wanbetaler kan overstappen naar een andere verzekeraar. De nieuwe zorgverzekeraars is verplicht de wanbetaler te accepteren en dan kan het wanbetaalgedrag en de incasso bij de nieuwe verzekeraar weer van voren af aan beginnen.

Om deze redenen zijn er medio 2006 met zorgverzekeraars afspraken gemaakt over het verzekerd houden van wanbetalers. De afspraken houden in dat de zorgverzekeraar gedurende zes maanden het volledige premierisico loopt en alles in het werk stelt om de premies te innen. Ter ondersteuning hiervan is in december 2007 wettelijk geregeld dat mensen met een betalingsachterstand van twee of meer maandpremies hun zorgverzekering niet kunnen opzeggen, zodat zij de incasso-inspanningen van



de verzekeraar niet kunnen ontlopen. Loopt de schuld verder op dan zes maandpremies, dan wordt de zorgverzekeraar gecompenseerd voor het in verzekering houden van de wanbetaler. Deze compensatiebijdrage (ter hoogte van de rekenpremie) wordt betaald uit het Zorgverzekeringsfonds (Zvf) en komt zo ten laste van de mensen die wél de nominale zorgpremie betalen én komt ten laste van zorgverzekeringsmiddelen die via de inkomensafhankelijke premie wordt geïnd. De regering moet er daarom voor zorgen dat ook wanbetalers voor hun zorgverzekering gaan betalen. Dit wetsvoorstel voorziet in maatregelen daartoe, zonder het risico van onverzekerbaarheid te vergroten.

Het wetsvoorstel is naar aanleiding van het advies van de Raad van State met name op het punt van het onderscheid tussen onwilligen en onmachtigen ingrijpend gewijzigd. Het wetsvoorstel is zodanig aangepast dat de zorgverzekeraars wettelijk verplicht worden een betalingsregeling aan te bieden nadat de schuld is opgelopen tot twee maandpremies, alsmede een machtiging tot automatisch incasso te vragen en actief te verwijzen naar de mogelijkheden van schuldhulpverlening. Ook kunnen zorgverzekeraars wanbetalers niet aanmelden voor het bestuursrechtelijke premieregime als er een schuldregeling of stabilisatieovereenkomst wordt gesloten. Op deze manier is een helpende hand aan onmachtigen op wettelijk niveau verankerd. De (hogere) bestuursrechtelijke premie zal onmachtigen prikkelen deze helpende hand te grijpen. Voor onwilligen is het vooruitzicht van de hogere bestuursrechtelijke premie voldoende om eieren voor hun geld te kiezen.

Met de stelling van deze leden dat «onwilligen de solidariteit tussen gezonden en zieken ondermijnen en dat wij als maatschappij met onmachtigen solidair dienen daarentegen te zijn» ben ik het volledig eens. Daarom is in 2006 ook de nieuwe Zorgverzekeringswet ingevoerd met een verplicht basiszorgpakket, verzekeringsplicht voor burgers en een acceptatieplicht voor zorgverzekeraars en 50/50 financiering van de zorgkosten door een inkomensafhankelijke bijdrage en een nominale premie, waarbij indien nodig de zorgtoeslag als inkomensondersteuning dient voor de betaling van de nominale premie aan de zorgverzekeraar. Nederland heeft een van de meest solidaire zorgsystemen ter wereld en veel landen zijn er jaloers op. Die solidariteit moet streng worden bewaakt om het draagvlak voor de Zvw te handhaven.

Deze leden vragen zich verder af of er geen onderscheid valt te maken tussen mensen die niet willen en mensen die niet kunnen betalen. Is hiernaar onderzoek gedaan, zo vragen zij.

Het wetsvoorstel bevat een zeer zorgvuldige procedure om het onderscheid tussen onwilligen en onmachtigen te kunnen maken: na twee maanden betalingsachterstand doet de zorgverzekeraar een reëel aanbod voor een betalingsregeling. Daarbij geeft hij ook een verwijzing naar de mogelijkheid van schuldhulpverlening. Als men onmachtig is en hulp nodig heeft zal men gebruik maken van deze mogelijkheid. Met het aanbod tot een betalingsregeling bij twee maanden betalingsachterstand is de zorgverzekeraar er vroeg bij, men kan immers ook gewoon een keer wat laat zijn met betalen. Mocht een onmachtige onverhoopt toch in het bestuursrechtelijke premieregime terecht zijn gekomen en bedenken dat hij toch hulp nodig heeft bij het oplossen van betalingsproblemen, dan is het sluiten van een stabilisatieovereenkomst voldoende om terug te keren tot de reguliere en goedkopere premiebetaling aan de zorgverzekeraar. Uit de analyses van het CBS blijkt dat er geen eenduidige kenmerken zijn die duiden op wanbetaling. Want hoewel sommige groepen meer dan gemiddeld vertegenwoordigd zijn, betaalt de overgrote meerderheid wél de zorgpremie, ook in de kwetsbare groepen. Aan het betaalgedrag kan een zorgverzekeraar na twee maanden betalingsachterstand niet afleiden

of sprake is van onmachtigen of onwilligen. Dat is geen onwil, dat is onmogelijk. Zorgverzekeraars hebben geen toegang tot de gegevens over bijstandsgerechtigden waarover gemeenten beschikken. Omgekeerd beschikken gemeenten wel informatie over de betalingsachterstanden bij de premiebetaling in hun eigen collectieve zorgverzekeringen en kunnen zij voor hun overige bijstandsgerechtigden ook de betalingsachterstanden via de gegevensuitwisseling tussen Vektis en het Inlichtingenbureau traceren. Het is om deze redenen dat al sinds de parlementaire behandeling van de Wet verzwaren incassoregime gemeenten medewerking is gevraagd om te komen tot het sluiten van collectieve contracten en een beroep is gedaan op gemeenten om voor burgers met schuldproblematiek zoveel mogelijk pro-actief op te treden om te voorkomen dat mensen onnodig in het bestuursrechtelijk regiem terechtkomen.

Het onderscheid tussen onwilligen en onmachtigen is volgens de leden van de SP-fractie van belang omdat bij de groep die niet wil betalen veel meer resultaat is te boeken met de voorgestelde maatregelen dan bij de groep die niet kan betalen. Waarom, zo vragen deze leden, zijn de voorgestelde maatregelen niet meer op de verschillende groepen toegesneden?

Net als de leden van de SP verwacht ik dat het bestuursrechtelijke premieregim beter kan worden toegepast op de groep onwilligen. De groep onmachtigen heeft meer baat bij gerichte hulp. Daarom is er een zorgvuldige procedure voorafgaand aan het bestuursrechtelijke premieregim en is het afsluiten van een stabilisatieovereenkomst of het sluiten van een schuldregeling voldoende om weer terug te keren in het normale regim van premiebetaling aan de zorgverzekeraar.

### **ZZP-ers, studenten, verblijf buitenland**

De leden van de SP-fractie vragen zich af hoe andere groepen dan werknemers en uitkeringsgerechtigden, met andere vormen van inkomen, zoals ZZP-ers, studenten en burgers woonachtig in het buitenland benaderd moeten worden voor bronheffing. Hoe zal dat in zijn werk gaan en hoe kansrijk acht de regering de verschillende exercities voor deze groepen, zo vragen zij.

Bij de groepen die hierboven worden genoemd is het meestal niet mogelijk om de bestuursrechtelijke premie via inhouding op loon, uitkering of pensioen te innen. Als er een zorgtoeslag is zal deze (vanaf 2010, als het nieuwe toeslagen systeem klaar is) worden ingehouden om als gedeeltelijke betaling van de bestuursrechtelijke premie te dienen. Het CVZ zal, als er geen reguliere (binnenlandse) bron is, proberen de bestuursrechtelijke premie (of het restant daarvan als eerst al de zorgtoeslag is ingehouden) via een acceptgiro te innen. Wordt daarop niet betaald, dan volgt een aanmaning en wordt ook daarop niet gereageerd dan kan het CVZ een dwangbevel uitbrengen en beslag laten leggen op de bankrekening of de goederen van de wanbetaler. De vorderingen van het CVZ zijn preferent boven vorderingen van andere partijen, de Belastingdienst, sociale verzekeringen en het Openbaar Ministerie uitgezonderd. Het CVZ kan ook een zogenaamd «derdenbeslag» laten leggen. Hierbij moet gedacht worden aan opdrachtgevers die opdrachtnemers (bijvoorbeeld ZZP-ers) op enigszins reguliere basis betaling verschuldigd zijn of bijvoorbeeld aan huurpenningen. Dit «derdenbeslag» geldt bovendien niet alleen voor de reeds vervallen premietermijnen, maar ook voor toekomstige termijnen. Het instrument van bronheffing is veruit de meest effectieve en efficiënte manier om de bestuursrechtelijke premie te innen. Bij het ontbreken van een reguliere bron is de route van incasso en beslag het enige alternatief.

Dit zal blijken minder effectief en efficiënt te zijn dan bronheffing. Desalniettemin moet ook deze categorie wanbetalers worden aangesproken op het feit dat zij voor hun zorgverzekering moeten betalen.

De leden van de SP vragen wat eerst betaald worden als ZZP-ers een achterstand hebben in betaling van zowel de inkomensafhankelijke bijdrage als in betaling van de nominale premie. Ook vragen zij hoe wordt voorkomen dat juist deze groep de dupe is van een traag werkende Belastingdienst.

ZZP-ers die voor doeleinden van de Wet inkomstenbelasting 2001 kwalificeren als ondernemer moeten bij de Belastingdienst aangifte doen van hun winst. In de praktijk wordt die aangifte in veel gevallen opgesteld door een belastingconsulent. Belastingconsulenten maken gebruik van de mogelijkheid aangiftes voor hun cliënten voor jaar t gespreid over de periode april van jaar t+1 tot maart van jaar t+2 bij de Belastingdienst aan te leveren. Zo wordt voorkomen dat zij in een korte periode met een hoge piekbelasting worden geconfronteerd. Gevolg hiervan is echter ook dat aanslagen voor ondernemers over het algemeen later worden opgelegd dan aanslagen voor particulieren.

Er kan niet gezegd worden dat er een voorrangregeling van kracht is op grond waarvan de inkomensafhankelijke bijdrage eerder of later betaald moet worden dan de nominale premie. In geval van betalingsonmacht is het aan de verzekerde zelf om contact op te nemen met de betrokken instanties om te bezien of een betalingsregeling kan worden getroffen. De Belastingdienst past in een dergelijk geval de regelingen voor uitstel van betaling en kwijtschelding toe die ook gelden voor de inkomstenbelasting. In faillissementssituaties kan de Belastingdienst een beroep doen op een fiscaal voorrecht op grond waarvan de inkomensafhankelijke bijdrage ten opzichte van de nominale zorgpremie met voorrang op de verzekerde kan worden verhaald.

Voorts vragen deze leden of het voor een ZZP-er mogelijk is in aanmerking te komen voor 100% bronheffing.

Zoals een paar vragen hiervoor is geantwoord zal vanwege het ontbreken van een reguliere inkomensbron van voldoende hoogte de inning van de bestuursrechtelijke premie via broninhouding in de meeste gevallen niet mogelijk zijn. Dat geldt voor zowel ZZP-ers als voor studenten (studiefinanciering geldt niet als inkomensbron). Als er een zorgtoeslag is zal deze (vanaf 2010) worden ingehouden om als gedeeltelijke betaling van de bestuursrechtelijke premie te dienen. Daarna zal het CVZ proberen de bestuursrechtelijke premie (of het restant daarvan als eerst al de zorgtoeslag is ingehouden) via de route van incasso en beslag te innen, waarbij in de procedure van beslaglegging rekening wordt gehouden met de financiële omstandigheden van betrokkene.

In elke procedure van beslaglegging op periodieke inkomsten, dus ook indien een ander dan CVZ beslag legt, wordt een beslagvrije som berekend. Wettelijk is geregeld dat de premie voor een ziektekostenverzekering tot de noodzakelijke kosten van levensonderhoud behoort. De premie voor een ziektekostenverzekering is onderdeel is van het bedrag dat wordt vrijgelaten om in de noodzakelijke kosten van levensonderhoud te voorzien. De verzekerde heeft genoeg geld voor zijn zorgpremie.

De leden van de SP-fractie vragen voorts of er ook wanbetalers in het buitenland verblijven. Ook vragen zij zich af of broninhouding zoals in het wetsvoorstel is voorzien in het buitenland uitvoerbaar is.

Dit wetsvoorstel ziet niet op personen die in het buitenland wonen en louter op grond van de Europese sociale zekerheidsverordening of een

bilateraal sociale zekerheidsverdrag recht hebben op zorg ten laste van Nederland (de pensionados). De bijdrage die deze verdragsgerechtigden aan Nederland verschuldigd zijn wordt al door middel van broninhouding ingehouden op het pensioen van betrokkenen. Het probleem van wanbetaling doet zich daarom bij deze groep niet voor. Een Zvw-verzekerde wanbetaler die (tijdelijk) in het buitenland woont zal in de regel een inkomensbron in Nederland hebben die vatbaar is voor bronheffing. Het zal in overige gevallen vrijwel niet voorkomen dat mensen buiten Nederland wonen en in Nederland geen inkomensbron hebben. De verzekeringsplicht is in beginsel immers gebonden aan het hier te lande wonen.

### **Betaalregeling**

De leden van de PvdA-fractie blijft onduidelijk waaruit de tweezijdige benadering van het wetsvoorstel precies bestaat. Zij vragen of de regering dit nog eens wil uitleggen en wat het precieze verdere verschil is met de reeds bestaande regeling. Ook vragen zij welk effect de regering verwacht van deze benadering, in termen van de afname van het aantal wanbetalers.

Met de tweezijdige benadering van de structurele oplossing van de wanbetalers wordt bedoeld dat enerzijds zo goed mogelijk gebruik wordt gemaakt van al bestaande middelen en werkwijzen om wanbetaling tegen te gaan én anderzijds om – waar de bestaande mogelijkheden tekort schieten – aanvullende maatregelen te creëren.

Met het optimale gebruik van bestaande middelen wordt bedoeld op de onderlinge ondersteuningafspraken in het convenant tussen VNG, Divosa, ZN, NVVK, SZW en VWS over in te zetten maatregelen om te voorkomen dat sociale minima te maken krijgen met maatregelen tegen wanbetaling van zorgpremie en hoe zij er zo snel mogelijk weer uit kunnen als dat toch gebeurt. Deze afspraken kunnen een uitwerking hebben los van wat in voorliggende wetswijziging wordt geregeld.

Met de aanvullende maatregelen wordt bedoeld het in het wetsvoorstel voorziene dwangmiddel van bestuursrechtelijke premie-inning dat – na het doorlopen van een zorgvuldige voorprocedure – wordt toegepast bij de burgers die niet willen betalen. De verwachting is dat verzekerden met voldoende betaalcapaciteit in relatie tot hun inkomen en hun schulden er voor zullen kiezen om de lagere nominale premie aan de zorgverzekeraar te betalen. De verwachting is ook dat gemeenten – met het dwangmiddel van de bestuursrechtelijke premie-inning als stok achter de deur – beter in staat zullen zijn om hulp te bieden waar dat nodig is. De schatting is dat door deze tweezijdige aanpak het aantal wanbetalers snel zal afnemen, in de eerste jaren met 50 000 per jaar.

De leden van de PvdA-fractie vragen hoe de mogelijkheid van de automatische incasso concreet in zijn werk zal gaan en op welke wijze en wanneer mensen hierop worden geattendeerd en geprikkeld om deze mogelijkheid te benutten. Ook vragen zij op welk moment dit gebeurt? Kan de regering ook een inschatting maken hoeveel mensen hiervan gebruik zullen maken, zo vragen zij.

Zorgverzekeraars stellen de verzekerde meestal bij de start van een verzekering en bij een prolongatie een keuze voor de wijze van betaling voor. Betaling via een automatisch incasso hoort bij die keuzemogelijkheden. In voorliggend wetsvoorstel wordt bepaald dat bij het ontstaan van een betalingsachterstand van twee maandpremies de zorgverzekeraar de verzekeringnemer een betalingsregeling zal aanbieden en zal verzoeken om een machtiging tot automatische incasso. Er is geen inschatting te geven van het aantal mensen dat hiervan op dit moment gebruik maakt noch van het aantal mensen dat er straks gebruik van zal maken. De

verwachting is wel dat een hernieuwd verzoek voor een machtiging tot automatisch incasso, gekoppeld aan een voorstel voor een betalingsregeling en een verwijzing naar schuldhulpverlening op het moment dat er een betalingsachterstand is van twee maandpremies, betrokkenen uitnodigt om een nadere en andere afweging te maken.

De leden van de SP-fractie vragen wat de regering gaat ondernemen om uitvoering te geven aan het amendement Van Gerven, ofschoon de Minister dit amendement ontraadde omdat delen ervan op principiële gronden ongewenst zouden zijn.

Het amendement Van Gerven is in de Tweede Kamer aangenomen en onderdeel geworden van het wetsvoorstel dat nu voor ligt. Ik heb met zorgverzekeraars en de NVVK overleg gevoerd over de betekenis van het begrip «stabilisatieovereenkomst» en de uitvoering van het amendement. In dit overleg is vastgesteld dat onderdeel van een stabilisatieovereenkomst is dat alle nieuw opkomende premies worden voldaan en dat een stabilisatieovereenkomst vrijwel altijd leidt tot een schuldregeling. Mijn geuite bezwaar dat zorgverzekeraars niet zijn betrokken bij de totstandkoming van de stabilisatieovereenkomst is daardoor van minder belang geworden. Ook is in dat overleg geconstateerd dat het voor de uitvoerbaarheid van het amendement – zorgverzekeraars zijn bij de totstandkoming van de stabilisatieovereenkomst niet betrokken, maar zijn wel degenen die de wanbetaler aan- en afmelden voor het bestuursrechtelijke premieregim – van belang is om een aantal praktische zaken in een apart convenant tussen NVVK en zorgverzekeraars uit te werken. Ik heb vernomen dat uitwerking van dit convenant inmiddels ter hand is genomen.

#### **Preferente schuldeisers en hoogte premie**

De leden van de CDA-fractie vragen waarom de regering in dit wetsontwerp een opslag van 30% hanteert voor de bestuursrechtelijke premie.

De hoogte van de bestuursrechtelijke premie is gesteld op 130% van de standaardpremie omdat de bestuursrechtelijke premie hoger moet zijn dan de hoogste nominale premie in de markt. Het bestuursrechtelijke premieregim beoogt immers preventief te werken. De normale situatie is dat de premie aan een zorgverzekeraar wordt betaald en dat moet dan ook financieel aantrekkelijker zijn dan premie betalen aan de overheid. Het bestuursrechtelijke premieregim moet vervelend genoeg zijn voor mensen om iets aan die situatie te willen doen en om – al dan niet met hulp – weer in het gewone regim te komen van betaling van de premie aan de verzekeraar. Bovendien moeten ook de uitvoeringskosten van de bestuursrechtelijke inning gedekt worden. Er is gekozen voor een bestuursrechtelijke premie van 130% van de standaardpremie, omdat die aan voornoemde eisen voldoet. Bovendien is 130% ook het percentage van de boete die wordt gehanteerd bij mensen die hun verzekeringsplicht ontlopen. Het is dus een herkenbaar percentage; onverzekerd zijn is net zo duur als niet voor een verzekering betalen. Voorts vragen deze leden of het niet in de rede ligt om in de gevallen waarin schuldhulpverlening tot stand is gekomen of kan komen om deze opslag te matigen.

In het wetsvoorstel is geregeld dat in geval dat er een stabilisatieovereenkomst wordt afgesloten of er een schuldregeling tot stand komt betrokkene wordt afgemeld voor het bestuursrechtelijke premieregim. Betrokkene is dan geen bestuursrechtelijke premie meer verschuldigd en betaalt weer zorgpremie aan de zorgverzekeraar. Het CVZ zal bovendien afzien van invordering van een mogelijke restschuld bij verzekerderde als

deze is afgemeld door de zorgverzekeraar omdat er een schuldregeling is afgesloten.

De leden van de VVD-fractie vragen waarom niet is overwogen om premievorderingen van de verzekeraars (inclusief eventuele verhogingen) preferent te verklaren.

Dat is wel degelijk overwogen, maar hiervan is van afgezien om de volgende reden. Zorgverzekeraars zijn wat betreft het aanbieden en uitvoeren van zorgverzekeringen geen bestuursorgaan, maar gewone, privaatrechtelijke rechtspersonen. Preferente schuldeisersposities worden in principe alleen aan bestuursorganen, zoals de Belastingdienst of het CVZ, toegekend. Het geven van een preferente schuldeiserspositie aan zorgverzekeraars zou daarom onduidelijkheid kunnen oproepen over de vraag of de zorgverzekeraars wel echte privaatrechtelijke verzekeraars zijn. Daarnaast – en dit is mogelijk nog belangrijker – zou van een dergelijke preferente positie waarschijnlijk een forse precedentwerking uitgaan in die zin, dat ook andere private partijen voor een dergelijke voorrangspositie bij de overheid aankloppen. Dat zou dan lastig geweigerd kunnen worden. En waar iedereen preferent is, is iedereen weer gelijk.

De leden van de PvdA-fractie vragen waarom de bestuursrechtelijke premie niet via de Belastingdienst kan worden geïncasseerd.

Er is overwogen om de inning van de bestuursrechtelijke premie bij de Belastingdienst onder te brengen. Hiervan is afgezien vanwege de grote veranderingsoperaties die bij de Belastingdienst worden uitgevoerd. Daarom is het CVZ benaderd om de inning van de bestuursrechtelijke premie uit te voeren. Het CVZ heeft ook al andere taken in het kader van de uitvoering van de Zvw.

Ook vragen deze leden welke consequenties het innen van de premie op het inkomen heeft in termen van koopkrachtverwachtingen voor de groepen uitkeringsgerechtigden en eenpersoonshuishoudens die het veelal betreft. Verschuift het probleem niet en worden niet zorgverzekeraars met name ontlast, zo opperen zij.

In principe is elke Nederlander in staat om de zorgpremie te betalen. Inkomens en uitkeringen zijn hier – rekening houdend met de zorgtoeslag – op afgestemd. Er kunnen situaties optreden waardoor desondanks de betaling van de zorgpremie in de knel komt en niet meer lukt. De betaling van een bestuursrechtelijke premie die 130% bedraagt van een gemiddelde marktpremie vormt dan helemaal een probleem. In het wetsvoorstel is er daarom in voorzien dat bij wanbetalers met uitkeringen die gerelateerd zijn aan het minimuminkomen slechts 100% van de bestuursrechtelijke premie via bronheffing wordt geïnd. Bovendien heeft het CVZ de ruimte om te kiezen welke manier van inning het beste aansluit bij de omstandigheden van de wanbetaler en op welke bron of bronnen die het beste kan worden toegepast. Als overwogen wordt beslag te leggen wordt eveneens gekeken naar de betaal mogelijkheden van de wanbetaler. De inningsprocedure voorziet dus in maatwerk, waarbij natuurlijk wel gelet wordt op de uitvoerbaarheid.

Vanzelfsprekend is het beter om te voorkomen dat een verzekerde in dit voor hem duurdere bestuursrechtelijke regiem terecht komt. In de eerste plaats draagt een verzekerde daar natuurlijk zelf de verantwoordelijkheid voor. Als hij daar – om wat voor reden dan ook – niet in slaagt is er in het wetsvoorstel een omvangrijk vangnet opgehangen om te voorkomen dat hij de bestuursrechtelijke premie moet gaan betalen. Bij een achterstand van twee maandpremies biedt de zorgverzekeraar al een betalingsregeling aan. Dat is bij een overzichtelijke schuld. In dit

aanbod is begrepen een automatische incasso, een eigen polis voor medeverzekerden en een verwijzing naar de gemeentelijke hulpverlening. Als de verzekerde dit aanbod accepteert, en eventueel hulp gaat zoeken, bouwt hij geen verdere schuld op. Hij krijgt dan niet te maken met de bestuursrechtelijke premie. Ik ga er dus van uit dat een uitkeringsgerechtigde, een eenpersoonshuishouden of wie dan ook niet in zijn inkomenspositie geschaad wordt, tenzij hij de nominale premie niet wil betalen, waardoor hij in het bestuursrechtelijke premierégiem terecht komt. Eenmaal aangemeld voor het bestuursrechtelijke premierégiem wordt in de gevallen dat er sprake is van een inkomen op het minimumniveau slechts de standaardpremie op het inkomen ingehouden en wordt de opslag geïnd via incasso en beslag. Daarbij wordt rekening gehouden met de beslagvrije voet. Mocht de wanbetaler – eenmaal in het bestuursrechtelijke premierégiem terecht gekomen – alsnog tot de conclusie komen dat hij toch wél wil betalen of dat hij tóch wel hulp nodig heeft bij het oplossen van de betalingsproblemen, dan wordt hij direct weer afgemeld uit het bestuursrechtelijke premierégiem zodra hij zijn schulden aan de zorgverzekeraar heeft betaald, een overeenkomst tot schuldregeling heeft afgesproken óf een stabilisatieovereenkomst heeft gesloten en dit heeft gemeld aan de zorgverzekeraar. Ik ben dan ook van mening dat als er eventuele effecten zijn op de inkomenspositie van de wanbetaler als gevolg van dit wetsvoorstel, de wanbetaler dit vooral aan zichzelf te wijten heeft.

Vanwege deze wettelijk gestelde eisen aan de zorgverzekeraar in het kader van de voorprocedure voor het bestuursrechtelijke premierégiem meen ik dat er eerder sprake is van een verschuiving van lasten voor verzekeraars dan dat zij ontlast worden.

De leden van de SP-fractie vragen wat voor verzekeraars, naast de intrinsieke prikkel om maatschappelijk te ondernemen, de extrinsieke beloning is? Zorgverzekeraars zullen er (financieel) toch altijd bij inschieten, zo veronderstellen deze leden.

Betalende klanten zijn het allergrootste belang voor private partijen. Dat geldt ook voor een zorgverzekeraar. Als een verzekerde niet betaalt zou de verzekeraar, zonder nadere maatregelen, de mogelijkheden en kosten van incasso afwegen tegen het nemen van het verlies en het royeren van de verzekerde. Het regeringsbeleid is er echter op gericht onverzekerdheid zoveel mogelijk te voorkomen. Ook voor zorgverzekeraars als groep lost royement het probleem niet op, omdat de geroyeerde wanbetaler over kan stappen naar een andere verzekeraar (acceptatieplicht) en daar zijn wanbetalersgedrag kan voort zetten. Zowel de verzekeraar als de overheid heeft er aldus belang bij dat burgers verzekerd blijven en dat ze voor hun verzekering betalen. Daarom zijn met de zorgverzekeraars afspraken gemaakt over het verzekerd houden van wanbetalers. De afspraken houden in dat de zorgverzekeraar voor een bedrag gelijk aan zes maandpremies zelf het volledige betalingsrisico loopt en alles in het werk stelt om betaling af te dwingen. Neemt de schuld verder toe – volgens zorgverzekeraars is zes maandpremies het bedrijfseconomische omslagpunt – dan wordt de zorgverzekeraar gecompenseerd voor het voortzetten van de verzekering.

Het is echter niet de bedoeling om de premiebetaling voor wanbetalers af te wentelen op de mensen die wél betalen en op de werkgevers. Wanbetalers blijven verzekerd, maar onttrekken zich door niet de premie te betalen die zij verschuldigd zijn aan de solidariteit die ten grondslag ligt aan de financiering van ons zorgstelsel. Als het wanbetalersprobleem niet wordt opgelost zou dit het draagvlak voor de Zvw aantasten. Ook de zorgverzekeraars onderkennen dit risico. Daarom zijn structurele maatregelen nodig om ook wanbetalers voor hun zorgverzekering te laten betalen zonder dat dit leidt tot onverzekerdheid. Dit wetsvoorstel voorziet daarin.

Tegenover de zorgvuldige procedure die in dit wetsvoorstel van zorgverzekeraars wordt gevraagd staat een verzekerde klant die snel weer gaat betalen of – als dit uitblijft – een redelijke compensatie voor de wanbetalers die worden aangemeld voor het bestuursrechtelijke premieregim.

De leden van de SP-fractie vragen of de tekst van de ministeriële regeling waarin nadere regels worden gesteld over de wijze waarop het CVZ de bestuursrechtelijke premie int al gereed en beschikbaar is?

Voorts vragen deze leden of de beleidsregels van het CVZ al gereed en beschikbaar zijn en of de minister deze beleidsregels dient goed te keuren.

Deze ministeriële regeling is in concept gereed. Dit concept wordt – overigens in samenhang met de door het CVZ opgestelde beleidsregels – op korte termijn besproken met het CVZ, de SVB en het UWV. Zodra sprake is van definitieve concepten van zowel de ministeriële regeling als de beleidsregels zal ik u hiervan de afschriften ter kennisneming toesturen. Het CVZ heeft op grond van de Algemene wet bestuursrecht de bevoegdheid beleidsregels vast te stellen met betrekking tot een hem toekomende of onder zijn verantwoordelijkheid uitgeoefende taak. Deze beleidsregels behoeven geen ministeriële goedkeuring. Over de beleidsregels vindt wel afstemming plaats.

Het CVZ denkt er aan het volgende in de beleidsregels op te nemen:

Voorop staat dat zolang een wanbetaler niet is afgemeld voor het bestuursrechtelijke regim geen kwijtschelding van bestuursrechtelijke premie plaatsvindt. Pas na afmelding bij het CVZ door de zorgverzekeraar, stelt het CVZ een eindafrekening vast. Afhankelijk van de reden van afmelding bepaalt het CVZ of de eventuele openstaande achterstallige bestuursrechtelijke premies nog moeten worden geïnd. Bij wanbetalers die worden afgemeld wegens deelname aan schuldhulpverlening en/of schuldsanering, zal de nog openstaande schuld aan het CVZ worden kwijtscholden. Deze tegemoetkoming aan de betrokkene hangt samen met het feit dat naast afspraken over de afwikkeling van de schuld, hij ook weer aan zijn normale, opkomende betalingsverplichtingen voldoet. Daarmee wordt aan de belangrijkste doelstelling van voorliggend wetsvoorstel voldaan. Het ligt dan niet in de rede om hem onder die omstandigheden nog onnodig extra te belasten met de afwikkeling van de hogere, bestuursrechtelijke premie.

### **Juridische systematiek**

De leden van de VVD-fractie merken op dat op de zorgverzekeringsovereenkomsten de bepalingen van het Burgerlijk Wetboek van toepassing zijn voor zover de Zvw niet anders regelt. Inderdaad bevat artikel 8a Zvw zo'n van het algemene privaatrechtelijke verzekeringsrecht afwijkende bepaling: een wanbetaler kan zijn zorgverzekering in principe niet opzeggen. Stuurt een wanbetaler zijn zorgverzekeraar desalniettemin een opzegbericht, dan is de opzegging nietig. Dit lijdt ingevolge artikel 8a Zvw slechts uitzondering indien de zorgverzekeraar (de dekking van) de verzekering heeft geschorst of opgeschort – iets wat bij het wanbetalersprotocol aangesloten zorgverzekeraars niet zullen doen – of indien de verzekeraar de opzegging accepteert.

De vraag van de leden van de VVD-fractie naar de gevolgen voor de privaatrechtelijke zorgverzekeringsovereenkomst indien de Zvw-bepalingen niet worden nagekomen, is niet eenduidig te beantwoorden. Het gevolg hangt namelijk af van het antwoord op de vraag welke partij (verzekeraar, verzekeringnemer of verzekerde) precies welke bepaling heeft overtreden. Ik beperk mij daarom hier tot enkele hoofdlijnen:

- als een zorgverzekeraar een zorgverzekeringsovereenkomst sluit die



niet aan de eisen voldoet die de Zvw (en de daarop gebaseerde regelgeving) daaraan stelt, zal er doorgaans wel een geldige verzekeringsovereenkomst tot stand komen, maar geen zorgverzekeringsovereenkomst. Dat betekent dat de zorgverzekeraar voor die overeenkomst geen vereveningsbijdrage zal krijgen (art. 32, eerste lid, Zvw). Voorts wordt de verzekeraar verplicht eventueel hieruit voor de verzekeringnemer of verzekerde voortvloeiende schade te vergoeden indien betrokkenen te goeder trouw waren en mochten aannemen een geldige zorgverzekeringsovereenkomst te hebben gesloten (art. 27 Zvw).

- als een verzekeringnemer de voor een zorgverzekering verschuldigde premie niet betaalt, kan de zorgverzekeraar in principe de zorgverzekering beëindigen of de dekking ervan opschorten of schorsen. Noch de zorgverzekeraars, noch de overheid vinden dit echter een aantrekkelijke oplossing, aangezien dat leidt tot een toename van het aantal onverzekerden. Het wetsvoorstel voorziet daarom in een aantal bepalingen (aanbieden betalingsregeling, wijzen op schuldhelpverlening, vierdemaandsmelding) om de wanbetaler een prikkel te geven alsnog te betalen. Gebeurt dat echter niet, dan komt betrokkene nadat de premieschuld is opgelopen tot een bedrag ter hoogte van zes maandpremies in het bestuursrechtelijke regiem terecht. Op zich blijft de privaatrechtelijke zorgverzekeringsovereenkomst dan gewoon in stand, met dien verstande dat de plicht om een privaatrechtelijke premie aan de zorgverzekeraar te betalen, wordt omgezet in een plicht een hogere, bestuursrechtelijke premie aan het CVZ te betalen. Tegenover het onverminderd verzekerd houden van dergelijke structurele wanbetalers, staat voor de zorgverzekeraar een door het CVZ uit te betalen wanbetalersbijdrage, ter hoogte van de tot een maandpremie herleide standaardpremie als bedoeld in de Wzt.
- als een verzekeringnemer of een verzekerde fraudeert (door bijvoorbeeld vervalste doktersrekeningen ter vergoeding aan te bieden), mag de zorgverzekeraar de zorgverzekering beëindigen. Dat volgt uit het algemene verzekeringsrecht, waarop op dit punt geen uitzondering is gemaakt.

De leden van de VVD-fractie merken op dat melding van een zorgverzekering bij het CVZ (hetgeen het geval zal zijn nadat de premieachterstand tot een bedrag ter hoogte van zes maandpremie is opgelopen) betekent dat de privaatrechtelijke premieplicht jegens de zorgverzekeraar eindigt, terwijl tegelijkertijd een bestuursrechtelijke plicht ontstaat om premie aan het CVZ te betalen.

Het CVZ treedt daarbij juridisch gezien niet in de plaats van de verzekeraar, omdat voor het overige de zorgverzekering onverminderd doorloopt. De zorgverzekeraar blijft dan ook het verzekeringsrisico dragen, blijft verplicht de wanbetaler de zorg te (laten) leveren die deze nodig heeft dan wel de rekeningen daarvoor te vergoeden, en blijft eigen betalingen zoals eigen-risicobedragen incasseren. Het enige dat wijzigt, is dat de verzekeraar geen premies meer incasseert. In plaats daarvan ontvangt hij van het CVZ een bijdrage voor het onverminderd verzekerd houden van de desbetreffende wanbetaler.

Vervolgens rijst bij de leden van de VVD-fractie de vraag of er nog wel voldoende grondslag bestaat om de verzekeringsovereenkomst in stand te houden. Immers, de verzekerde heeft op dat moment geen verplichting meer aan de verzekeraar tot premiebetaling uit de zorgverzekeringsovereenkomst en er is dus in privaatrechtelijk opzicht een essentieel onderdeel van de overeenkomst komen te vervallen. De leden van deze fractie vragen hoe het wetsvoorstel zich in dit opzicht verhoudt tot het overeenkomstenstelsel van het BW.

Artikel 7:925, eerste lid, BW definieert de (privaatrechtelijke) verzekering als «een overeenkomst waarbij de ene partij, de verzekeraar, zich tegen het genot van premie jegens haar wederpartij, de verzekeringnemer, verbindt tot het doen van een of meer uitkeringen, en bij het sluiten der overeenkomst voor partijen geen zekerheid bestaat, dat, wanneer of tot welk bedrag enige uitkering moet worden gedaan, of ook hoe lang de overeengekomen premiebetaling zal duren».

De leden van de VVD-fractie vragen in hoeverre nog sprake zal zijn van een privaatrechtelijke (zorg)verzekeringsovereenkomst indien aan een essentieel element van de definitie van «verzekeringsovereenkomst», namelijk de plicht om premie aan de verzekeraar te betalen, niet meer voldaan wordt.

De betaling van premie aan de verzekeraar is een essentiële verplichting waartoe een verzekeringnemer zich bij het sluiten van een verzekeringsovereenkomst jegens zijn verzekeraar verplicht. Na inwerkingtreding van voorliggend wetsvoorstel zal deze premieplicht komen te vervallen zodra de bestuursrechtelijke premie wordt geheven. Dat werpt de vraag op of vanaf dat moment nog wel van (het voortbestaan van) een privaatrechtelijke zorgverzekering kan worden gesproken. Naar mijn mening is dit echter wel degelijk het geval. Gedurende de periode waarover de bestuursrechtelijke premie wordt geheven, ontvangt de verzekeraar voor het onverminderd door laten lopen van de verzekering een uit het Zvf gefinancierde vergoeding ter hoogte van de standaardpremie Wzt (deze is ongeveer gelijk aan de gemiddelde nominale premie voor een zorgverzekering). Kijken we naar het arrest van de Hoge Raad van 13 maart 1959, NJ 1962, 338 (met noot van J. H. Beekhuis onder NJ 1962, 339), zoals dat nogmaals is gepubliceerd in RZA 1988, 35, dan zien we dat de Hoge Raad van mening was dat tussen de toenmalige ziekenfondsen en bepaalde groepen burgers gesloten verzekeringen verzekeringsovereenkomsten waren, ook al werden deze overeenkomsten publiekrechtelijk gefinancierd. Voor een nadere uiteenzetting verwijs ik de leden van de VVD-fractie graag naar punt 5 van het nader rapport bij het wetsvoorstel dat tot de Zvw heeft geleid (Kamerstukken II 2003/04, 29 763, nr. 4, pp. 25 en 26) waar wordt ingegaan op een vraag van de Raad van State die op die van de leden van de VVD-fractie lijkt, namelijk of de zorgverzekering voor verzekerden jonger dan achttien jaar wel een zorgverzekering is. Ook voor de verzekering van kinderen is immers geen nominale premie verschuldigd. Overigens dient voorts te worden bedacht dat de zorgverzekering voor structurele wanbetalers behalve wat betreft de premieplicht aan de zorgverzekeraar, onverminderd doorloopt (aan de andere elementen uit de BW-definitie van «verzekering» wordt dus steeds voldaan) en dat het uiteraard de bedoeling is dat een wanbetaler slechts tijdelijk onder het bestuursrechtelijke regiem valt.

### **Protocol**

De leden van de CDA-fractie vragen of het CVZ bij overname van de vordering van de zorgverzekeraar controleert of die het incassoprotocol nauwkeurig heeft nageleefd en of invorderingskosten worden teruggelegd bij de zorgverzekeraar.

Dit wetsvoorstel voorziet in een zorgvuldige, privaatrechtelijke bezwaaren beroepsprocedure waarbinnen iedereen die van mening is dat zijn zorgverzekeraar hem ten onrechte heeft gewaarschuwd dat hij bij het CVZ voor het bestuursrechtelijke regiemiem zal worden aangemeld, de mogelijkheid heeft om daar tegen op te komen dan wel betalingsproblemen tijdig op te lossen.

De zorgverzekeraar blijft verantwoordelijk voor de inning van de betalingsachterstand die in de eerste zes maanden is opgelopen en moet hiervoor de incasso-inspanningen blijven verrichten. Welke dat zijn is

vastgelegd in het incassoprotocol. De Nza ziet toe op de naleving. Als een verzekeraar zich niet houdt aan het incassoprotocol riskeert hij zijn recht op compensatie.

De leden van de VVD-fractie vragen in hoeverre verzekeraars zich hebben gehouden aan het bestaande protocol dat reeds bij de invoering van de Wet verzwaren incassoregime bestond. Ook de leden van de PvdA-fractie vragen zich af of het bestaande protocol iets heeft opgeleverd en waarop de regering de veronderstelling baseert dat wanbetaling minder zal worden door de acties van de zorgverzekeraars. Welke inspanningen worden gedaan om te voorkomen dat mensen in het bestuursrechtelijke premieregime terechtkomen, zo vragen zij zich af.

Onder maximale inspanningen door zorgverzekeraars om bestuursrechtelijk premie te voorkomen conform het amendement van Tweede Kamerlid Smilde wordt verstaan dat zorgverzekeraars zich maximaal inspannen om de wettelijke voorschriften uit dit wetsvoorstel vorm te geven. Dit betekent dat zorgverzekeraars bij twee maanden betalingsachterstand een redelijk betalingsvoorstel zullen doen en op een begrijpelijke manier zullen doorverwijzen naar hulp bij schulden. Het betekent ook dat zij met de NVVK, namens de schuldhulpverleners, afspraken maken over hoe in de praktijk wordt omgegaan met stabilisatieovereenkomsten en schuldregelingen en hoe wordt omgegaan met de gevallen waarin nu al sprake is van een betalingsachterstand van meer dan zes maanden. Ik verwacht dat door concrete werkafspraken en vroegtijdige samenwerking tussen zorgverzekeraars en schuldhulpverleners het aantal wanbetalers zeker kan verminderen. Het effect van het bestaande incassoprotocol – dat in tegenstelling tot wat leden van de VVD hebben vernomen – doorloopt totdat de wetswijziging in werking treedt en het nieuwe protocol begint, is dat er ook een behoorlijke uitstroom van wanbetalers is; in 2007 is ongeveer een derde van de wanbetalers weer gaan betalen. De kans dat zorgverzekeraars onder de nieuwe regeling meer aan preventie zullen doen acht ik groot. Belangrijke preventieve stappen hebben immers – op advies van de Raad van State – de status van wettelijk voorschrift gekregen, waarop door SKGZ, de burgerlijke rechter en de NZA wordt toegezien. Bovendien is de compensatie voor het voortzetten van de verzekering van de wanbetaler afhankelijk van naleving van zowel de wet als het incassoprotocol dat zorgverzekeraars onderling hebben afgesproken, zodat er ook een financiële prikkel voor verzekeraars is.

De leden van de PvdA-fractie brengen in herinnering dat de Raad van State er op wees dat de zorgverzekeraars na inwerkingtreding van het wetsvoorstel weinig belang meer zullen hebben bij het benutten van hun incassomogelijkheden. De Raad was, aldus deze leden, buitengewoon kritisch op de bestuursrechtelijke premie als instrument binnen de privaatrechtelijke zorgverzekering en vond nut en noodzaak ervan niet onderbouwd. Zij vragen waarom de regering deze kritiek naast zich neer heeft gelegd.

Anders dan de leden van de PvdA-fractie lijken te impliceren, is de kritiek van de Raad van State zeer serieus genomen, terwijl deze bovendien tot een belangrijke wijziging van het wetsvoorstel heeft geleid. Inderdaad vroeg de Raad van State zich af of de problematiek van het niet-betalen van de nominale premie, zeker daar waar het gaat om wanbetaling door mensen die op zich genoeg geld hebben voor het betalen van de premie (de «onwilligen») wel langs publiekrechtelijke weg moest worden opgelost. Volgens de Raad ligt het voor hen meer voor de hand dat de zorgverzekeraars hun incassomaatregelen benutten. Op het eerste gezicht heeft de Raad daarin natuurlijk gelijk: privaatrechtelijke schadeverzekeraars – waaronder de zorgverzekeraars – dienen zelf inspanningen

te betrachten om tot premie-inning te komen. Echter, indien eenvoudige incassomaatregelen zoals het zenden van een aanmaning niet snel tot het gewenste resultaat leiden, zal een «gewone» privaatrechtelijke schadeverzekeraar afwegen of hij zwaardere incassomaatregelen wil inzetten dan wel zal overgaan tot het royeren van de verzekering. Veelal zal dan tot dat laatste worden besloten. Royeren is immers veel simpeler dan bijvoorbeeld het halen van een vonnis bij de rechter waarmee beslag kan worden gelegd op goederen, die vervolgens weer moeten worden verkocht om uit de verkoopprijs de premie te kunnen halen.

Bij de zorgverzekering is royement echter geen gewenste optie. Het leidt of tot onverzekerdeheid of tot een carrousel van wanbetalers. Om die reden hebben de zorgverzekeraars, op aandringen van de overheid, afgesproken dat zij de zorgverzekering van wanbetalers niet zullen royeren.

Gegeven die afspraak kwam vervolgens de vraag op hoe wanbetalers alsnog tot premiebetaling te bewegen. Eerst is nagegaan of het mogelijk was om, zoals de Raad in gedachten lijkt te hebben gehad, als wetgever niets te doen. Dat zou betekenen dat de zorgverzekeraars hun bestaande, privaatrechtelijke incassomaatregelen tot het uiterste zouden moeten gaan benutten. Dat was voor de zorgverzekeraars niet acceptabel. Immers, naar verwachting bestaat een deel van de wanbetalers uit mensen waar ook met incassomaatregelen weinig te halen valt, simpelweg omdat zij niet met geld om kunnen gaan en het geld dat zij voor premiebetaling hadden moeten reserveren al aan iets anders hebben uitgegeven (de «onmachtigen»). Vervolgens is nagegaan of het mogelijk zou zijn om de zorgverzekeraars sterkere incassomogelijkheden te geven dan andere privaatrechtelijke schuldeisers. Dat stuitte echter allereerst op het bezwaar van precedentwerking: ook dergelijke andere privaatrechtelijke schuldeisers zouden naar verwachting vervolgens bij de overheid om een preferente positie komen vragen. Bovendien zou dit, naarmate de extra incassomogelijkheden meer zouden gaan lijken op de incasso-bevoegdheden die normaliter alleen voor bestuursorganen worden geregeld, steeds meer onduidelijkheid gaan oproepen over de vraag of zorgverzekeraars wel echt privaatrechtelijke verzekeraars zijn.

Uiteindelijk is daarom besloten tot het in het wetsvoorstel neergelegde systeem, dat erop neerkomt dat het CVZ de incasso overneemt nadat de premieschuld tot een bedrag ter hoogte van zes maandpremies is opgelopen. Omdat het CVZ, anders dan de zorgverzekeraars, een bestuursorgaan is, konden aan het CVZ wél zwaardere incassomogelijkheden ter beschikking worden gesteld. Die zijn nu geregeld in de vorm van de broninhouding, het naar zich kunnen laten overmaken van de zorgtoeslag (nadat de Belastingdienst hiertoe in staat zal zijn) en het uitbrengen van een dwangbevel.

Een en ander betekent niet, dat de zorgverzekeraars domweg kunnen en zullen afzien van incassopogingen voor het eerste halfjaar aan nominale premies. Ten eerste niet, omdat de schuld die de eerste zes maanden wordt opgebouwd, niet wordt overgenomen. Zorgverzekeraars hebben er belang bij die alsnog te incasseren. Ten tweede niet, omdat zorgverzekeraars nadat de premieschuld zes maandpremies is gaan bedragen en het CVZ de incasso heeft overgenomen, slechts voor de vanaf dat moment gederfde premie worden gecompenseerd indien zij naar het oordeel van de Nza voldoende incasso-inspanningen hebben verricht. En ten slotte niet, omdat ten minste één belangrijk incasso-instrument wettelijk verplicht zal moeten worden ingezet: na twee maanden wanbetaling zal de zorgverzekeraar een betalingsregeling moeten aanbieden. Deze belangrijke wijziging van het voorstel is naar aanleiding van het advies van de Raad toegevoegd.

De leden van de SP-fractie vragen of het protocol wanbetalers waarvan sprake was bij de behandeling van de Wet verzwaren incassoregime hetzelfde protocol is als het protocol waarvan sprake is bij het onderha-

vige wetsvoorstel en, als het gaat om een nieuw protocol, wat de verschillen zijn en wat de relatie tussen beide is.

Het huidige incassoprotocol van de gezamenlijke zorgverzekeraars loopt af zodra deze wetswijziging en het nieuwe protocol in werking treedt. Het nieuwe protocol bouwt voort op het oude protocol en is aangepast aan de wettelijke voorwaarden die het onderhavige wetsvoorstel voorschrijft aan verzekeraars.

#### **G-4**

De leden van de CDA-fractie vragen wat de regering vindt van het idee van convenantafspraken, zoals onder meer verwoord in een brief van de wethouders van de vier grote gemeenten (G4) aan de Eerste Kamer. Wil de regering convenantafspraken bevorderen, zo vragen zij. Ook de leden van de PvdA-fractie vragen of de regering bereid is om een convenant te sluiten waarin partijen afspreken al het mogelijke te doen om bronheffing te voorkomen. Voorts vragen deze leden te reageren op de kritiek van de G4 dat de bronheffing van 130% ertoe kan leiden dat in een groot aantal gevallen de hele aflossingscapaciteit in beslag wordt genomen zodat de mogelijkheid wordt geblokkeerd om met andere crediteuren tot regelingen te komen.

Voorts vragen de leden van de PvdA-fractie of reeds actie wordt ondernomen om te proberen mensen uit de bronheffing te houden.

Het convenant waarnaar in de brief van de G4 aan de Eerste Kamer en in de Nota naar aanleiding van het verslag aan de Tweede Kamer wordt verwezen, is bedoeld om verzekerden met een laag inkomen die betalingsproblemen hebben, zo mogelijk uit het regiem van de bestuursrechtelijke premie-inning te houden. Dit convenant, dat door het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid wordt voorbereid, beschouw ik – net als de G4 – als een onmisbare schakel in de aanpak van wanbetalers. Het convenant is echter geen alternatief voor het wetsvoorstel, maar een aanvulling hierop.

De maatregel van bestuursrechtelijke premie-inning, die op basis van het wetsvoorstel wordt genomen, is gericht tegen verzekerden die hun premie wel kunnen, maar niet willen betalen. Tegenover deze groep wanbetalers helpt het vastleggen in de vorm van een convenant waarin intenties en omgangsregels tussen betrokkenen zijn opgenomen om zo een beter resultaat te bereiken, niet. Voor deze burgers zijn effectieve en efficiënte dwangmiddelen noodzakelijk. Hierin voorziet het wetsvoorstel.

Het convenant zal afspraken bevatten tussen VNG, Divosa, ZN, NVVK, SZW en VWS over in te zetten maatregelen om te voorkomen dat sociale minima te maken krijgen met maatregelen tegen wanbetaling van zorgpremie en om, als dat toch gebeurt, deze zo snel mogelijk ongedaan te maken.

Het convenant is in voorbereiding sinds medio 2008. Grote vorderingen leken tot het moment waarop de Tweede Kamer heeft ingestemd met het wetsvoorstel moeizaam van de grond te komen, al is er op onderdelen zeker vooruitgang geboekt. Ook nu bereiken mij signalen dat gezamenlijke ondertekening van het convenant niet op korte termijn zal gebeuren. De regering betreurt dit, maar stelt ook vast dat er op belangrijke onderwerpen (waaronder voorlichting) met partijen toch concrete invulling wordt gegeven aan het voorkomen van bronheffing voor mensen die hulp nodig hebben bij het oplossen van hun betalingsproblemen.

De leden van de fractie van de SP merken op dat de G4 er op hebben gewezen dat met de invoering van dit wetsvoorstel het beginsel van gelijkheid van schuldeisers verder wordt ondermijnd. Naast de fiscus krijgt nu ook de zorgverzekeraar c.q. het CVZ een bijzondere status. De

gemeenten stellen dat het bevoordelen van één schuldeiser het tot stand komen van schuldregelingen zal blokkeren. Deze leden vragen zich af of andere schuldeisers die onmisbare diensten leveren bezwaar kunnen maken tegen deze gang van zaken.

In antwoord op de vragen van de leden van de SP-fractie merk ik vooral eerst op dat zorgverzekeraars een zorgplicht hebben tegenover hun verzekerden. In aansluiting op de wettelijke plicht van burgers om zich tegen zorgkosten te verzekeren, hebben de zorgverzekeraars bovendien de plicht om iedereen die zich bij hen wil verzekeren te accepteren voor hetzelfde (wettelijk omschreven) pakket en tegen dezelfde premie. Deze wettelijke acceptatieplicht geldt niet voor woningcorporaties en energieleveranciers. Inderdaad heeft een zorgverzekeraar de mogelijkheid – de zorgverzekering is een privaatrechtelijke overeenkomst – om een verzekerde die zijn premie niet betaalt te royeren of om de dekking van de verzekering op te schorten. Met de zorgverzekeraars is evenwel afgesproken dat ze deze sanctie tegenover wanbetalers niet toepassen. De regering vindt namelijk de consequentie van de sanctie – niet verzekerd zijn tegen zorgkosten – nog erger dan de wanbetaling zelf.

Formeel gezien deel ik de opvatting, dat de zorgverzekeraar een voorkeurspositie krijgt als het gaat om de inning van schulden, niet. De zorgverzekeraar verliest, bij een betalingsachterstand van zes maandpremies het recht om premies te innen. In plaats daarvan krijgt hij een bijdrage uit het Zvf, waarmee hij de zorgverzekering blijft uitvoeren. De inning van in latere maanden vervallende zorgpremies vindt bestuursrechtelijk plaats door het CVZ en die is hierbij preferent. Praktisch gezien wordt er inderdaad een bijzondere status voor de zorgverzekering geïntroduceerd waarbij het CVZ een voorrecht heeft op alle goederen van de wanbetaler, dat in rang direct na het – hoog geplaatste – voorrecht komt dat de Belastingdienst heeft voor de inning van de belastingen, de premies voor de overige sociale verzekeringen (AOW, WW, AWBZ, enz.) en de inkomensafhankelijke bijdrage voor de Zvw. Ik ben van mening dat dit te rechtvaardigen is omdat de bestuursrechtelijke, nominale premie voor de zorgverzekering een premie is voor een sociale verzekering die onderdeel uitmaakt van het Nederlandse socialezekerheidsstelsel. Dit rechtvaardigt een rang gelijk aan de rang van het voorrecht voor de inning van de bestuursrechtelijke premies voor de overige sociale verzekeringen. Bij de broninhouding van de bestuursrechtelijke premie komt het CVZ ook vlak achter de broninhouding (voor de loonbelasting, de premies overige sociale verzekeringen en de inkomensafhankelijke bijdrage) in opdracht van de Belastingdienst.

In het wetsvoorstel is gekozen voor een uitermate zorgvuldig traject dat doorlopen moet worden voordat er sprake is van bestuursrechtelijke premie-inning, met ruimte voor de gemeentelijke schuldhelpverlening. Ook eenmaal in het bestuursrechtelijke regiem terecht gekomen is het afsluiten van een stabilisatieovereenkomst of een schuldregeling reden voor afmelding uit dit regiem. In het bestuursrechtelijke premierégiem is bovendien onderscheid te maken in inningswijzen waarbij, voor het geval dat het bestaansminimum in gevaar dreigt te komen, de rechtstreekse inhouding op het inkomen (bronheffing) wordt beperkt tot de standaardpremie. Ik zie dan ook niet in hoe dit wetsvoorstel interfereert met de gemeentelijke schuldhelpverlening en de totstandkoming van een schuldregeling waar de woningbouwcorporaties en energiebedrijven voor vrezen. In een stabilisatieovereenkomst en schuldregeling worden immers de vorderingen van deze schuldeisers ook meegenomen. Ik kan mij niet voorstellen dat zij daar bezwaar tegen hebben. Een formeel bezwaar is alleen mogelijk tegen besluiten in de zin van de Algemene Wet Bestuursrecht en niet tegen een wet in formele zin zoals deze.

De leden van de SP-fractie vragen of het CVZ gemeenten kan dwingen de broninhouding uit te voeren, ook indien de gehele aflossingscapaciteit in beslag wordt genomen. Zij vragen of gemeenten beleidsvrijheid hebben de broninhouding niet te doen. Ook vragen deze leden wat gebeurt als wanbetalers hun gas, water en licht niet kunnen betalen als gevolg van de bronheffing.

Als de wanbetaler een schuldregeling heeft getroffen of een stabilisatie-overeenkomst heeft getekend en zich aan de afspraken houdt, komt de wanbetaler niet in het bestuursrechtelijke premierégiem. De situatie die de leden van de SP-fractie schetsen zal dus niet snel aan de orde zijn. Voor het overige geldt dat elke inhoudingsplichtige die in gebreke is gebleven op aangeven van het CVZ op een bron de bestuursrechtelijke premie in te houden, deze premie aan het CVZ verschuldigd is en het niet meer kan verhalen op de wanbetaler.

Gemeenten hebben aangegeven, zo merken de leden van de SP-fractie op, dat zij rekenen op compensatie van hun kosten als het wetsvoorstel ondanks hun bezwaren wordt aangenomen. Deze leden vragen of gemeenten die compensatie ook zullen krijgen.

Zoals ik ook in mijn brief aan de G4<sup>1</sup> heb aangegeven bevreedt het mij dat gemeenten verwachten dat dit wetsvoorstel hen tot meer activiteiten aan zal zetten dan ze tot nu toe verrichten. Gemeenten zijn immers ook nu al bezig met het oplossen en zo mogelijk voorkomen van schuldenproblematiek bij hun inwoners. Dit wetsvoorstel bevat geen nieuwe taken of verantwoordelijkheden voor gemeenten. Mogelijk is de aandacht voor deze taken en verantwoordelijkheden in het geval van de zorgverzekeringen naar de achtergrond geraakt omdat wanbetalers niet zijn geroyeerd, omdat hun zorgpremie de afgelopen jaren door anderen is opgebracht.

De leden van de SP-fractie vragen hoe het staat met de totstandkoming van het convenant. Kunnen zij hierin inzage krijgen, zo vragen zij. Ook vragen zij of ik van mening ben dat ook het CVZ het convenant zou moeten onderschrijven en medeondertekenen, zoals gemeenten aangeven.

De inhoud van het convenant is op hoofdlijnen bekend. Aangezien het convenant nog niet is geformaliseerd kan ik het nog niet ter inzage geven. Zodra het is vastgesteld zal ik het aan de leden van de Eerste Kamer toezenden.

Het convenant zal afspraken bevatten over in te zetten maatregelen om te voorkomen dat sociale minima te maken krijgen met het bestuursrechtelijke premierégiem en om, als dat toch gebeurt, ze er zo snel mogelijk weer uit te halen. In tegenstelling tot de G4 ben ik van mening dat het CVZ hierbij geen partij is. Het CVZ houdt zich uitsluitend bezig met de uitvoering van het bestuursrechtelijke premierégiem.

### **Werkgevers**

De leden van het CDA vragen of de regering ook andere opties dan bronheffing bij de werkgever of een uitkeringsinstantie heeft overwogen om alsnog achterstallige zorgpremies te innen. Ook vragen zij of de bronheffing bij werkgevers juridisch haalbaar is.

Er zijn verschillende mogelijkheden verkend om het wanbetalersprobleem structureel op te lossen. Naast de bronheffing zijn onder andere mogelijkheden onderzocht voor: een verplichte vangnetverzekering (vergelijkbaar met de oplossing voor de verplichte WA-verzekering voor motorvoer-

---

<sup>1</sup> Ter inzage gelegd op de afdeling Inhoudelijke Ondersteuning onder griffienummer 143494.02.

tuigen), fiscale inning door de Belastingdienst, uitbetalen van zorgtoeslag aan de verzekeraar en versterking van de incassopositie van de (private) zorgverzekeraar door een fonds ter delging van gemaakte kosten voor noodzakelijke zorg voor mensen die door wanbetaling onverzekerd zijn geworden.

Bij de afweging tussen deze alternatieven bleek bronheffing de best haalbare, effectieve en meest efficiënte oplossing, die ook het meest recht doet aan de uitgangspunten van de Zvw en waarbij het risico van afwenteling het kleinst is.

Bij de uitwerking van de bronheffing is aandacht besteed aan het mogelijke negatieve effect dat de bronheffing kan hebben op de relatie tussen werkgever en werknemer. Hierbij is vastgesteld dat in de private incasso-procedure van de verzekeraar óók het moment aanbreekt dat een werkgever een loonbeslag onder de werkgever of de uitkeringsinstantie kan leggen. De schuld is dan inmiddels behoorlijk opgelopen. Het wetsvoorstel is zó vormgegeven dat betrokkene in een vroeg stadium (na twee maanden premie-achterstand) op de consequenties van wanbetaling wordt gewezen en een helpende hand wordt gereikt in de vorm van een betalingsregeling en een verwijzing naar schuldhulpverlening. De schuld bij de verzekeraar is dan nog beperkt en oplosbaar. De wanbetaler krijgt de gelegenheid en indien nodig hulp om te voorkomen dat de schuld oploopt tot zes maandpremies. Mocht het toch zover komen dat de wanbetaler in de bronheffing terecht komt dan kan hij er ook direct weer uit als hij hulp zoekt en een stabilisatieovereenkomst of een schuldregeling afsluit. Een werkgever is er veel aan gelegen om werknemers met financiële problemen te helpen, aldus blijkt uit het NIBUD-rapport «Financiële problemen op de werkvloer» van 7 april jl., en kan een belangrijke rol spelen bij het inschakelen van hulp. Ik heb begrepen dat het NIBUD ook workshops geeft en voorlichting heeft voor werkgevers die adequaat met financiële problemen van werknemers willen omgaan.

De leden van de PvdA-fractie willen graag een reactie op de stelling van MKB Nederland en van professor Stevens dat werkgevers zich terecht tegen de inhouding van de bestuursrechtelijke premie op het loon verzetten. Die inhouding is volgens hen namelijk delicaat en bewerkelijk. Voorts vragen deze leden in dit verband ook te reageren op de verhouding tussen de bestuursrechtelijke premie en de privaatrechtelijke zorgverzekering.

Niet te ontkennen valt, dat de inhouding van de bestuursrechtelijke premie op het loon en vervolgens de afdracht van hetgeen is ingehouden aan het CVZ, ten opzichte van de huidige situatie extra werk voor werkgevers met zich kan brengen. Ook werkgevers zijn echter van mening dat structurele wanbetalers gedwongen dienen te worden mee te betalen aan het zorgverzekeringssysteem. Inhouding op het loon is de meest efficiënte manier om dat te bereiken. De wijze van inhouding is daarbij zo vormgegeven, dat deze zo min mogelijk lasten voor de werkgever oplevert: de inhouding vindt plaats op het nettoloon, vóór eventuele andere inhoudingen op dat nettoloon. In het bruto-nettotraject verandert er dus niets. Overigens merk ik op dat er ook nu al sprake kan zijn van inhouding van zorgverzekeringspremie op het loon, namelijk als een zorgverzekeraar ter zake van achterstallige premies loonbeslag heeft laten leggen.

Wat betreft de privacy van de werknemer ten opzichte van zijn werkgever het volgende. Inderdaad zal een werkgever die van het CVZ de opdracht krijgt bestuursrechtelijke premie op het loon van zijn werkgever in te houden en af te dragen, daaruit op kunnen maken dat deze bij zijn zorgverzekeraar in het krijt staat. Een werknemer krijgt in het voortraject tot aan de heffing van de bestuursrechtelijke premie echter voldoende mogelijkheden om dit te voorkomen. Gaat hij niet in op aanmaningen en het aanbod van een betalingsregeling van zijn zorgverzekeraar, dan komt hij



uiteindelijk in het bestuursrechtelijke premierégiem terecht, met de bijbehorende negatieve gevolgen, waaronder het hierboven geschetste. Voor de verhouding tussen de bestuursrechtelijke premie en de privaatrechtelijke zorgverzekering verwijs ik deze leden graag naar het uitgebreide antwoord op enkele vragen van de leden van de VVD-fractie.

De leden van de SP-fractie willen graag weten wat er gebeurt als een werkgever de opdacht van het CVZ om de bestuursrechtelijke premie op het loon van zijn werknemer in te houden, niet uitvoert.

Als de werkgever het door zijn werknemer verschuldigde bedrag niet op het loon inhoudt, zal de werkgever het bedrag uit eigen zak aan het CVZ moeten betalen. Dat volgt uit het voorgestelde artikel 18e, vierde lid, Zvw. Doet de werkgever ook dat niet, dan kan het CVZ, zoals de leden van de SP-fractie al vermoeden, de werkgever dan inderdaad met een dwangbevel dwingen het geld af te dragen (zie het voorgestelde artikel 18e, zevende lid, Zvw), waarna beslag kan worden gelegd op eigendommen van de werkgever.

De leden van de SP-fractie vragen of niet het gevaar bestaat dat werkgevers met een klein aantal werknemers in een lastig pakket kunnen komen als ze hun werknemer moeten korten op het loon.

Op dit moment hebben schuldeisers (zorgverzekeraars, nutsbedrijven, postorderbedrijven) al de mogelijkheid tot loonbeslag onder de werkgever. Een dergelijke maatregel wordt in het algemeen als laatste middel ingezet. In zo'n situatie ligt voor de hand dat er al langer sprake is van daadwerkelijke schuldproblematiek bij de werknemer. Het is dan ook in het belang van de werkgever om in zo'n situatie te proberen te helpen om oplossingen te vinden.

Ik erken dat dit interne verhoudingen onder druk kan zetten, maar uit het NIBUD-rapport blijkt dat zich op zo'n moment al veel langer problemen aan de orde kunnen zijn als ziekteverzuim, concentratieproblemen en stress. Ik zie niet dat verdere verslechtering van interne verhoudingen dan een gevolg zouden zijn van dit wetsvoorstel. Een dergelijke situatie zou juist de wanbetaler kunnen motiveren om zijn werkgever om hulp te vragen en zijn schulden zo snel mogelijk af te betalen.

### **Uitvoerbaarheid**

Zowel de leden van de CDA-fractie als de leden van de PvdA-fractie en de SP-fractie vragen zich af of de zorgverzekeraars en CVZ klaar zijn om de wetswijziging uit te voeren. De leden van de PvdA-fractie vragen voorts welke invoeringstermijnen ik noodzakelijk acht en of zorgverzekeraars wel voldoende tijd krijgen voor de invoering.

Zowel het CVZ als de zorgverzekeraars zijn vanaf de start betrokken geweest bij de beleidsontwikkeling en het CVZ en Zorgverzekeraars Nederland hebben de uitvoerbaarheid van de maatregelen bewaakt en hebben de gelegenheid gekregen om zich tijdig te kunnen voorbereiden. De voorgenomen inwerkingtredingsdatum van de wetswijziging is zo spoedig mogelijk na goedkeuring door het parlement. Ik streef nog steeds naar inwerkingtreding per 1 juli 2009. De precieze datum wordt bij koninklijk besluit bepaald. De mate waarin de uitvoerders klaar zijn om de wetswijziging uit te voeren speelt een belangrijke rol bij de keuze van deze datum. Rondom de voorbereiding voor de uitvoering hebben het CVZ en haar ketenpartners aangegeven vanaf 1 juli 2009 klaar te zijn voor het verwerken van de eerste aanmeldingen voor het bestuursrechtelijke premierégiem. Zorgverzekeraars hebben zich nog niet aan een datum gebonden. Zij

hebben aangegeven zo snel mogelijk met de wetwijziging van start te willen gaan. Sinds begin dit jaar worden door zorgverzekeraars de concrete voorbereidingen getroffen. Zij hebben aangegeven dat er verschillen zullen zijn tussen zorgverzekeraars onderling voor wat betreft het tijdstip waarop de administraties en werkprocessen zijn aangepast. ZN heeft aangegeven dat het wenselijk is om het tijdstip van inwerkingtreding zodanig te kiezen dat de langzaamste grote zorgverzekeraar aan de nieuwe wettelijke verplichtingen kan voldoen. Ten slotte geven alle bij de uitvoering betrokken partners aan tijd nodig te hebben voor de verwerking van het «stuwmeer» van bestaande wanbetalers. Deze verwerkingsperiode moet – met het oog op de rechtsgelijkheid – zo kort mogelijk zijn, maar de verwerking van aanmeldingen moet ook ordentelijk kunnen verlopen. Het raakt immers de gehele keten van de bronheffing. Met het oog op voorgaande heb ik het CVZ gevraagd om mij te adviseren over het tijdstip van inwerkingtreding en een werkwijze voor de verwerking van het genoemde stuwmeer die zo snel mogelijk resultaat oplevert zonder dat er onaanvaardbare risico's voor de uitvoering ontstaan. Het CVZ voert daartoe op dit moment gesprekken met zorgverzekeraars. Over het precieze tijdstip van inwerkingtreding zal ik na afronding van de parlementaire behandeling, met kennis van de stand van de uitvoering op dat moment, een besluit nemen. Vooralnog ga ik er van uit dat zorgverzekeraars de wetwijziging vanaf medio 2009 uit kunnen voeren.

De leden van de PvdA-fractie vragen om aan de hand van een concreet voorbeeld de gevolgen van structurele wanbetaling te schetsen. Komen dan ook extra incassokosten, kosten van deurwaarders etc. aan de orde, en hoe werkt dat dan in de praktijk?

Als iemand de premie voor zijn zorgverzekering niet betaalt, zal hij eerst van zijn zorgverzekeraar een aanmaning ontvangen om dat alsnog te doen. Trekt hij zich daar niets van aan en mist hij ook een tweede premie-termijn, dan zal zijn zorgverzekeraar hem de betalingsregeling aanbieden, die in artikel 18a Zvw wordt voorgeschreven. Gaat hij daar niet op in, dan ontvangt hij na weer twee maanden wanbetaling de «vierdemaands-waarschuwing», en na weer twee maanden (dus na een totale premie-achterstand van zes maandpremies) zal hij voor de bestuursrechtelijke premie worden aangemeld. De zorgverzekeraar kan intussen doorgaan met pogingen om die eerste zes maandpremies geïnd te krijgen, in welk geval hij inderdaad, naast de wettelijke rente, de incassokosten, waaronder deurwaarderskosten, bij de verzekeringnemer in rekening kan brengen.

Nadat iemand in het bestuursrechtelijke regieme is terechtgekomen (dat wil zeggen: structurele wanbetaler is geworden) zal het CVZ de bestuursrechtelijke premie gaan heffen en innen. Geschiedt de inning op het loon, de uitkering of op een aanvullend pensioen, dan wel op een naar het CVZ overgemaakte zorgtoeslag, dan zitten daar voor de verzekeringnemer geen extra incassokosten aan vast. Ook indien de inning via een acceptgiro geschiedt, kost dat niets extra. Dat wordt anders indien niet op die acceptgiro, noch op een daarna verzonden aanmaning wordt gereageerd. In dat geval zal namelijk een dwangbevel worden uitgebracht, dat door het CJIB ten uitvoer zal worden gelegd. Het CJIB zal dan naast de bestuursrechtelijke premie ook de kosten van het betekenen, het ten uitvoerleggen van het dwangbevel en de wettelijke rente invorderen.

De leden van de PvdA-fractie vragen op welke wijze ik de acties tegen wanbetaling afstem met de collega's van andere departementen en wat deze afstemming behelst.

Net als het CVZ en de zorgverzekeraars zijn de departementen van Financiën, Justitie en Sociale Zaken en Werkgelegenheid vanaf het begin betrokken bij de ontwikkeling van het wetsvoorstel door regelmatig gezamenlijk én bilateraal overleg op ambtelijk en uitvoerend niveau en zo nodig door afstemming op het politieke niveau.

De leden van de SP-fractie vragen naar de omvang van de extra middelen die het CVZ krijgt voor de uitvoering van het wetsvoorstel. Ook verzoeken deze leden een toelichting op het bestaan van mogelijke kinderziektes die inherent zijn aan het invoeringsproces van een nieuwe uitvoeringsregeling en in hoeverre ik die aanvaardbaar vind.

Voor de uitvoering van het wetsvoorstel is een raming opgesteld voor de initiële kosten voor de inrichting bij diverse uitvoeringspartners van ongeveer 6,5 miljoen. Daarnaast is er voor de verdere uitvoering een schatting gemaakt van de uitvoeringskosten, waarbij de kosten worden gedekt uit de baten (de opslag) van de inning. Bij het opstellen van deze raming zijn vele aannames gemaakt, bijvoorbeeld over het aantal wanbetalers op het moment dat de wet van kracht wordt en de slaagkansen van inning. De besluitvorming over de budgettaire verwerking van de uitvoeringskosten en inningbaten loopt mee in voorbereidingen voor de begroting van 2010 die op dit moment gaande is.

In de nota naar aanleiding van het verslag heb ik met mijn opmerking over «kinderziektes» niets anders willen zeggen dat, hoe goed de voorbereiding ook is, bij een operatie van deze omvang er altijd onvoorzienbare individuele gevallen zullen voordoen die niet passen in de procedures, processen en werkwijzen die van tevoren zijn bedacht. Het CVZ en haar ketenpartners vertegenwoordigen samen een grote praktijkkennis, zodat ik er vertrouwen in heb dat zij deze desondanks toch niet voorzienbare gevallen snel en passend kunnen oplossen.

De leden van de SP-fractie vragen hoe het overleg met ZN vordert. Voorts vragen zij of er problemen zijn met betrekking tot de administratief-technische uitvoeringsaspecten en of die kunnen worden opgelost en wat de consequenties van uitstel zijn als de uitvoering niet tijdig gereed is.

Hierboven heb ik aangegeven dat ZN vanaf het begin betrokken is geweest bij de ontwikkeling van dit wetsvoorstel en in dit proces de uitvoerbaarheid hebben bewaakt. Signalen over onuitvoerbaarheid als zodanig heb ik niet. Zorgverzekeraars hebben tijd nodig om een goede uitvoering voor te bereiden, met name op het gebied van ICT. En hoewel zorgverzekeraars hebben aangegeven zich er voor in te spannen dat de wettelijke regeling zo snel mogelijk na inwerkingtreding kan worden uitgevoerd, realiseer ik mij dat niemand tot het onmogelijke is gehouden. Het is in ieders belang om het aantal wanbetalers zo snel mogelijk te beteugelen. Ik streef nog steeds naar inwerkingtreding per 1 juli 2009.

Ik wacht de behandeling van het wetsvoorstel in uw Kamer en het advies van het CVZ waaraan ik al eerder heb gerefereerd naar aanleiding van de vragen van diverse leden over het gewenste tijdstip van inwerkingtreding af. Over het precieze tijdstip van inwerkingtreding zal ik na afronding van de parlementaire behandeling, met kennis van de stand van de uitvoering op dat moment, een besluit nemen.

Valt de tegemoetkoming eigen risico (€ 50) waarop bepaalde groepen gebruikers van zorg recht hebben, ook onder de te vorderen bedragen door het CVZ, zo vragen de leden van de SP-fractie.

Ik kan de leden van de SP-fractie geruststellen dat de tegemoetkoming eigen risico niet valt onder de te vorderen bedragen door het CVZ.

De leden van de SP-fractie constateren dat dit wetsvoorstel niet de eerste maatregel is die ziet op het voorkomen dan wel tegengaan van problemen met wanbetalers en/of onverzekerden. Dit roept de bij hen de vraag op of met de nu te bespreken structurele maatregelen de wijzigingen in de Zvw klaar zijn of dat nog andere wetgeving voorzien wordt. Ook vragen zij naar de stand van zaken met betrekking tot de opsporing van onverzekerden.

Zoals de leden van de SP-fractie al aangeven, staat het voorliggende wetsvoorstel voor de structurele oplossing van wanbetalers niet op zichzelf, maar is het onderdeel van het totale wetgevingscomplex voor de financiering van de zorg in Nederland. Het gaat daarbij om de sociale verzekeringen van de Zvw en AWBZ, de maatregelen om wanbetalers en onverzekerden te verminderen en de maatregelen ter compensatie van zorgkosten van illegalen.

Met de sociale verzekeringen Zvw en AWBZ zorgen we er in Nederland voor dat iedereen die daar recht op heeft, op een betaalbare manier zijn noodzakelijke zorg krijgt. Dat is een kostbaar goed. We moeten het sociale verzekeringsstelsel zorgvuldig beheren zodat het ook zo blijft, nu en in de toekomst.

Een belangrijk aspect hierbij is de solidariteit die de basis vormt voor de sociale ziektekostenverzekering. Die solidariteit moet niet aangetast worden door de medische kosten van mensen die aan de verzekering mee zouden moeten doen, maar dat om wat voor reden dan ook niet doen, zoals wanbetalers en onverzekerde verzekeringsplichtigen. De solidariteit moet ook niet worden aangetast door medische kosten van mensen die niet aan de verzekering mee mogen doen, omdat ze niet rechtmatig in Nederland verblijven en op grond van de Koppelingswet zijn uitgesloten van de sociale verzekeringen. De wet die aanmerkelijke inkomensschade compenseert bij zorgaanbieders die medisch noodzakelijke zorg hebben verleend aan betalingsonmachtige groepen vreemdelingen is op 1 januari 2009 in werking getreden.

De wetswijziging die erin voorziet om ook wanbetalers voor hun zorgverzekering te laten betalen ligt nu voor. Voor de onverzekerde verzekeringsplichtigen zijn in het Plan van Aanpak inzake het terugdringen van onverzekerden dat bij brief van op 3 maart 2008 aan het parlement is gezonden, maatregelen aangekondigd oplopend van een beroep op de eigen verantwoordelijkheid door middel van een brief met oproep om zich te verzekeren, via boete tot ambtshalve verzekering. De aangekondigde wetgeving zal naar verwachting aan het einde van deze zomer aan het parlement kunnen worden aangeboden. Op dit moment voorzie ik geen andere wijziging van de Zvw in verband met een geconstateerde onvolkomenheid.

### **Administratieve lasten**

De leden van de VVD-fractie hebben kennis genomen van de raming van de extra administratieve kosten voor het bedrijfsleven. Deze zijn in het eerste jaar op € 150 000 geraamd, aflopend in 4 jaar naar € 37 500. De leden van de VVD-fractie vragen toe te lichten waarop deze ramingen zijn gebaseerd en of Actal hierbij betrokken is geweest.

Deze raming van de extra administratieve kosten voor het bedrijfsleven zijn gebaseerd op de volgende aanname:

- dat bij inwerkingtreding van het wetsvoorstel in eerste instantie 200 000 mensen in de bronheffing terecht komen;
- dat van deze 200 000 mensen driekwart werkzaam is in het bedrijfsleven;
- dat de werkzaamheden voor een bronheffing één aanmelding en één afmelding bevatten;

- dat deze werkzaamheden tegen het laagste administratieve tarief uitgevoerd kunnen worden;
- dat het aantal wanbetalers in totaal met 50 000 per jaar afneemt (waarvan driekwart werkzaam in het bedrijfsleven)

Het wetsvoorstel is begin 2008 aan diverse adviesorganen voorgelegd, waaronder Actal. Actal heeft het wetsvoorstel beoordeeld en aangegeven dat een toename van administratieve lasten voor werkgevers elders gecompenseerd diende te worden, wat ook het geval is, omdat zorgverzekeraars in totaal minder incassokosten hoeven te maken dan nu het geval is en omdat de last bij werkgevers als gevolg van beslaglegging ten behoeve van zorgverzekeraars als schuldeiser sterk zal verminderen. Verder heeft Actal geconstateerd dat er aandacht is besteed aan het verkennen van mogelijke alternatieven om administratieve lasten zo laag mogelijk te houden en dat er gekozen is voor het minst belastende alternatief. Een nader advies achtte Actal, gegeven zijn selectiecriteria, niet nodig.

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



> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

de Gemeente Amsterdam  
Wethouder Werk en Inkomen  
T.a.v. de heer F. Ossel  
Postbus 202  
1000 AE AMSTERDAM

Bezoekadres:  
Parnassusplein 5  
2511 VX Den Haag  
T 070 340 79 11  
F 070 340 78 34  
www.minvws.nl

**Inlichtingen bij**  
drs. F.H.M. van Zon

T 070 3407054

24 MRT 2009

Datum

Betreft Structurele maatregelen Wanbetalers- zorgverzekering

**Ons kenmerk**  
Z/F-2916734

**Bijlagen**

**Uw brief**

Geachte heer Ossel,

Ter informatie ontving ik uw brief – mede namens de betrokken wethouders van Utrecht, Rotterdam en Den Haag – van 19 februari 2009 aan de voorzitter van de Eerste Kamer der Staten Generaal. In deze brief formuleert u uw bezwaren tegen het wetsvoorstel "wijziging van de Zorgverzekeringswet, de Wet op de zorgtoeslag en enige andere wetten, houdende maatregelen om ook wanbetalers voor hun zorgverzekering te laten betalen (structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering)". Dit wetsvoorstel is op 3 februari 2009 (met algemene stemmen) door de Tweede Kamer aangenomen en ligt nu ter behandeling voor bij de Eerste Kamer.

Uw brief is niet aan mij gericht. De inhoud geeft mij echter aanleiding toch naar u te reageren. Een afschrift van mijn reactie stuur ik naar de voorzitters van de Eerste en van de Tweede Kamer der Staten Generaal, naar de Staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en naar de voorzitters van de VNG en van Divosa.

*Correspondentie uitsluitend  
richten aan het retouradres  
met vermelding van de datum  
en het kenmerk van deze  
brief.*

### **Achtergrond**

Het wetsvoorstel "structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering" vormt het sluitstuk van een traject dat in 2006 is ingezet om te voorkomen dat verzekerden met betalingsproblemen onverzekerd zouden raken. Over deze problematiek en de oplossing daarvan heb ik niet alleen intensief overleg gevoerd met het Parlement, maar ook met gemeenten, zorgverzekeraars en andere betrokkenen.

In een brief van 12 november 2007 aan de voorzitter van de Tweede Kamer geef ik een uitgebreide beschrijving van het wanbetalersprobleem en de oplossingsrichting die ik toen voor mij zag. Het wetsvoorstel dat nu bij de Eerste Kamer voorligt, vormt de uitwerking hiervan. Voor uw informatie heb ik deze brief bijgevoegd.

### **Uw bezwaren van principiële aard**

Ik ben het met u eens dat zorgverzekeraars leveranciers zijn van onmisbare diensten voor de inwoners van uw gemeenten. Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht tegenover hun verzekerden. In aansluiting op de wettelijke plicht van burgers om zich tegen zorgkosten te verzekeren, hebben de zorgverzekeraars bovendien de plicht om iedereen die zich bij hen wil verzekeren te accepteren voor



hetzelfde (wettelijk omschreven) pakket en tegen dezelfde premie. Deze wettelijke acceptatieplicht geldt niet voor de door u in een adem met zorgverzekeraars genoemde woningcorporaties en energieleveranciers. Inderdaad heeft een zorgverzekeraar de mogelijkheid – de zorgverzekering is een privaatrechtelijke overeenkomst – om een verzekerde die zijn premie niet betaalt te royeren of om de dekking van de verzekering op te schorten. Met de zorgverzekeraars is echter afgesproken dat ze deze sanctie tegenover wanbetalers niet toepassen. De regering vindt namelijk de consequentie van de sanctie – niet verzekerd zijn tegen zorgkosten – nog erger dan de wanbetaling zelf. Uit uw brief leid ik af dat u deze visie van de regering deelt. De maatregelen die op basis van het wetsvoorstel worden uitgevoerd beogen dan ook de wanbetaling te verminderen zonder dat onverzekerdeheid daardoor toeneemt.

Ons kenmerk  
Z/F-2916734

U stelt dat u tegen een bevoordeling van de zorgverzekeraar bent, als het gaat om de inning van schulden. Dat begrijp ik. Het wetsvoorstel geeft de zorgverzekeraar echter geen voorkeurspositie tegenover andere schuldeisers. De zorgverzekeraar verliest, bij een betalingsachterstand van 6 maandpremies, juist het recht om premies te innen. In de plaats daarvan krijgt hij een bijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds, waarmee hij de zorgverzekering blijft uitvoeren. De inning van in latere maanden vervallende zorgpremies vindt bestuursrechtelijk plaats door de rijksoverheid; die is hierbij preferent.

In het wetsvoorstel is gekozen voor een uitermate zorgvuldig traject dat doorlopen moet worden voordat er sprake is van bestuursrechtelijke premie-inning. In dit traject, waarin de opbouw van een betalingsachterstand van 6 maandpremies kan worden voorkomen, is ruimte ingebouwd voor de gemeentelijke schuldhelpverlening.

Verder is er rekening mee gehouden dat een verzekerde met betalingsproblemen, ondanks alle inspanningen van derden, toch in het bestuursrechtelijke regiem terecht komt. In dat geval wordt, wanneer het bestaansminimum in gevaar dreigt te komen, de rechtstreekse inhouding op zijn inkomen (bronheffing) beperkt tot de standaardpremie.

Ik zie dan ook niet in hoe dit wetsvoorstel interfereert met de gemeentelijke schuldhelpverlening en met de belangen van hun cliënt.

### **Kosten**

In uw brief geeft u aan dat u kosten voor de gemeenten voorziet als het wetsvoorstel in de Eerste Kamer wordt aangenomen. Kennelijk gaat u er vanuit dat het wetsvoorstel de gemeenten Amsterdam, Utrecht, Rotterdam en Den Haag, tot meer activiteiten aanzet dan ze nu uitvoeren. Dat bevreemd mij aangezien u nu toch ook al bezig bent met het oplossen en zo mogelijk voorkomen van schuldproblematiek bij uw inwoners. Ik heb niet het idee dat er door dit wetsvoorstel nieuwe taken of nieuwe verantwoordelijkheden voor gemeenten ontstaan.

### **Convenant**

Verder geeft u aan dat een convenant een alternatief kan vormen voor dit wetsvoorstel. Dat ben ik niet met u eens. De maatregel van bestuursrechtelijke premie-inning, die op basis van het wetsvoorstel wordt genomen, is gericht tegen verzekerden die hun premie wel kunnen maar niet willen betalen. Tegenover deze groep wanbetalers helpt het vastleggen in de vorm van een convenant, van intenties en omgangsregels tussen betrokkenen om zo een beter resultaat te bereiken, niet. Voor deze burgers zijn effectieve en efficiënte dwangmiddelen noodzakelijk. Hierin voorziet het wetsvoorstel.



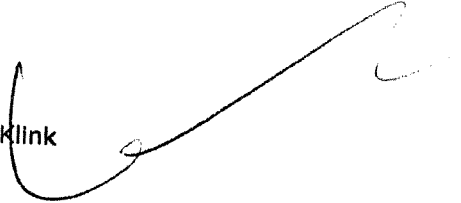
De convenant waarnaar in de Nota naar aanleiding van het verslag aan de Tweede Kamer wordt verwezen, is bedoeld om te bereiken dat verzekerden met betalingsproblemen omdat ze een laag inkomen hebben zo mogelijk uit het regiem van de bestuursrechtelijke premie-inning worden gehouden. Deze convenant, die door het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid wordt voorbereid en die ik net als u als een onmisbare schakel in de aanpak van wanbetalers beschouw, is geen alternatief voor maar een aanvulling op het wetsvoorstel. Het convenant zal afspraken bevatten tussen VNG, Divosa, ZN, NVVK, SZW en VWS over in te zetten maatregelen om te voorkomen dat sociale minima te maken krijgen met maatregelen tegen wanbetaling van zorgpremie en om, als dat toch gebeurt, ze er zo snel mogelijk weer uit te halen. Het College voor zorgverzekeringen is hierbij geen partij. Het CVZ houdt zich uitsluitend bezig met de uitvoering van het bestuursrechtelijke regiemi. Hoe de uitvoering moet plaatsvinden is vastgelegd in de Zorgverzekeringswet, de Regeling zorgverzekering en in de Beleidsregels van het CVZ.

Ons kenmerk  
Z/F-2916734

Ik vertrouw erop u met mijn reactie voldoende te hebben geïnformeerd.

Hoogachtend,  
de minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,

dr. A. Klink





Vergaderjaar 2008–2009

**31 736**

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

**D**

### **NADER VOORLOPIG VERSLAG VAN DE VASTE COMMISSIE VOOR VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT/JEUGD EN GEZIN<sup>1</sup>**

Vastgesteld 11 mei 2009

De memorie van antwoord en enkele andere stukken hebben de commissie aanleiding gegeven tot het maken van de volgende opmerkingen en het stellen van de volgende vragen.

#### **Uitvoerbaarheid en inwerkingtreding**

Naar aanleiding van de memorie van antwoord, de brief van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) van 17 april 2009 aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (in afschrift gezonden aan de commissie), het op 24 maart 2009 verschenen rapport van de Nationale ombudsman (2009/050) over te trage terugbetaling van teveel ingehouden bijdragen voor de Zorgverzekeringswet en de op 28 april 2009 gepubliceerde gegevens inzake wanbetalers<sup>2</sup> van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), heeft de commissie besloten tot de volgende opmerkingen en vragen over de uitvoerbaarheid van het wetsvoorstel.

De memorie van antwoord schenkt aandacht aan de vraag of de zorgverzekeraars en het College voor zorgverzekeringen (CVZ) klaar zijn om de wetswijziging uit te voeren en aan de vraag of zorgverzekeraars wel voldoende tijd krijgen voor de invoering.

Vooralsnog streeft de regering blijkens de memorie van antwoord naar inwerkingtreding per 1 juli 2009. De precieze datum zal worden bepaald bij koninklijk besluit.

Gelet op zowel de brief van ZN als op het rapport van de Nationale ombudsman rijst bij de commissie de vraag of het terecht is dat de regering er vanuit gaat dat zowel het CVZ als de zorgverzekeraars de wetswijziging per 1 juli 2009 kunnen uitvoeren. De commissie wijst in dat verband op de volgende vier aspecten, waarvan voor de commissie niet duidelijk is of die bij de afweging van de regering ten aanzien van de besluitvorming inzake de inwerkingtreding een rol hebben gespeeld dan wel zullen spelen.

- De zorgverzekeraars merken op dat zij worden geacht de automatiseringssystemen reeds vóór de beoogde inwerkingtredings-

<sup>1</sup> Samenstelling:

Werner (CDA), Van den Berg (SGP), Dupuis (VVD) (vice-voorzitter), Rosenthal (VVD), Swenker (VVD), Tan (PvdA), Van de Beeten (CDA), Slagter-Roukema (SP) (voorzitter), Linthorst (PvdA), Biermans (VVD), Putter (PvdA), Leijne (PvdA), Engels (D66), Thissen (GL), Goyert (CDA), Peters (SP), Quik-Schuijt (SP), Klein Breteler (CDA), Huijbregts-Schiedon (VVD), Laurier (GL), Ten Horn (SP), Meurs (PvdA), Leunissen (CDA), De Vries-Leggedoor (CDA), Koffeman (PvdD), Kuiper (CU), Lagerwerf-Vergunst (CU), De Boer (CU) en Yildirim (Fractie-Yildirim).

<sup>2</sup> Stijging wanbetalers Zorgverzekeringswet: [www.cbs.nl](http://www.cbs.nl)

datum van 1 juli a.s. zodanig te hebben aangepast dat de eerste aanmeldingen aan het CVZ op die datum kunnen plaatsvinden. Van de zorgverzekeraars wordt aldus verlangd dat zij al vóór de inwerkingtreding feitelijk handelen overeenkomstig de komende wetswijziging. Volgens de memorie van antwoord is het CVZ vanaf 1 juli 2009 klaar voor het verwerken van de eerste aanmeldingen voor het bestuursrechtelijke premieregiem. In de memorie van antwoord wordt echter geen aandacht geschonken aan de van de zorgverzekeraars verlangde werkwijze in de periode voorafgaande aan 1 juli 2009. De commissie vraagt een en ander toe te lichten.

- De zorgverzekeraars stellen pas komend najaar de systemen aangepast te hebben aan de nieuwe wet en verzoeken in verband daarmee over te gaan tot een gefaseerde invoering. Volgens de memorie van antwoord gaat de regering uit van één bepaald tijdstip van inwerkingtreding – bij voorkeur medio 2009 – en is het CVZ gevraagd daaromtrent te adviseren na overleg met de zorgverzekeraars. De commissie verneemt graag van de regering hoe zij aankijkt tegen gefaseerde inwerkingtreding.
- In het rapport van de Nationale ombudsman wordt melding gemaakt van falende dienstverlening door het CVZ ten gevolge van computerproblemen. Volgens het rapport wordt het nieuwe computersysteem van CVZ vanaf medio 2009 – dus ten tijde van de beoogde inwerkingtredingsdatum van het voorliggende wetsvoorstel – geïmplementeerd voor vier taken, waaronder de in het rapport besproken uitvoering van de Zorgverzekeringswet. Niet duidelijk is of het nieuwe computersysteem van het CVZ ook zal worden gebruikt voor taken die voortvloeien uit de voorliggende wetswijziging en zo ja, of dat systeem zodanig is uitgerust dat een onverwijld en probleemloze uitvoering van die taken kan worden gegarandeerd. Aan de hand van de memorie van antwoord kan niet worden vastgesteld of het CVZ in technisch en financieel opzicht voldoende is toegerust voor uitvoering van de taken voortvloeiend uit de voorliggende wetswijziging. De commissie vraagt op dit punt een verduidelijking van de regering.
- Uit op 28 april 2009 gepubliceerde gegevens van het CBS inzake wanbetalers blijkt dat zorgverzekeraars in de afgelopen periode de burgerservicenummers van hun verzekerden die minimaal zes maanden geen premie voor hun basisverzekering hebben betaald naar het CBS hebben gestuurd. In verband daarmee bevreemdt het de commissie dat zowel in de memorie van antwoord als in de brief van 17 april 2009 van ZN melding wordt gemaakt van het feit dat aan de zijde van de zorgverzekeraars medio 2009 nog niet aan de nieuwe wettelijke verplichtingen kan worden voldaan in verband met de noodzakelijke aanpassing van administraties en werkprocessen. Volgens de brief van ZN zullen de systemen van de zorgverzekeraars eerst in het begin van komend najaar zijn aangepast op de nieuwe wet. De commissie ontvangt van de regering graag een toelichting op deze ogenschijnlijk tegenstrijdige berichten.

### **Preferente schuldeisers**

De commissie plaatst vraagtekens bij de kans dat schuldhelpverleningsregelingen succesvol tot stand komen, indien na de fiscus weer een preferente schuldeiser voorgaat. De commissie verwacht dat hierdoor andere private schuldeisers die eveneens elementaire diensten leveren – te denken valt daarbij aan woningcorporaties en energiebedrijven – niet zullen meewerken aan deze schuldhelpverleningsregelingen indien zij achteraan in de rij staan. Graag verneemt de commissie van de regering hoe zij een en ander inschat. De commissie vraagt de regering in haar reactie in het bijzonder in te gaan op de positie van Sociale Diensten.

Voorts vraagt de commissie aan de regering om toe te lichten wat de stand van zaken is met betrekking tot het toegezegde convenant tussen uitvoerende- en schuldeisende instanties en de consequenties van de preferente positie daarin voor de schuldeisers vanuit de Zorgverzekeringswet.

### **Administratieve- en financiële lasten**

Graag zou de commissie van de regering vernemen of is overwogen het incassorecht direct aan de zorgverzekeraar te geven; bijvoorbeeld als sluitstuk van het incassoprotocol van ZN. Naar het oordeel van de commissie zou een en ander kunnen bijdragen aan vermindering van de administratieve- en financiële lastendruk voor de samenleving.

In een brief van 23 april 2009 gericht aan de commissie<sup>1</sup> hebben VNO-NCW en MKB Nederland aangegeven dat de kosten c.q. administratieve lasten van het wetsvoorstel voor de werkgevers aanzienlijk hoger zijn dan door de regering aangegeven.

Graag zou de commissie de reactie van de regering op deze brief vernemen.

### **Juridische systematiek**

Naar aanleiding van de uiteenzetting in de memorie van antwoord inzake de premiebetalingsverplichting en meer in het bijzonder de overgang – in geval van wanbetaling – van het privaatrechtelijke premieplicht naar het bestuursrechtelijk premierégiem zou de commissie graag van de regering vernemen of er voorbeelden zijn van situaties waarin met een dergelijke constructie reeds ervaring is opgedaan.

De commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport/Jeugd en Gezin ziet de spoedige beantwoording van deze vragen met belangstelling tegemoet, zodat zij op korte termijn een besluit kan nemen over de verdere procedure van het onderhavige wetsvoorstel.

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport/Jeugd en Gezin,  
Slagter-Roukema

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport/Jeugd en Gezin,  
Warmolt de Boer

---

<sup>1</sup> Tevens in afschrift verzonden aan minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en aan de staatssecretaris van Financiën.

Vergaderjaar 2008–2009

**31 736**

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

**E**

### **NADERE MEMORIE VAN ANTWOORD**

Ontvangen 4 juni 2009

De regering heeft met belangstelling kennis genomen van de nadere opmerkingen en vragen van de Vaste Commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport/Jeugd en Gezin. Onderstaand gaat de regering op deze vragen en opmerkingen in.

#### **Uitvoerbaarheid en inwerkingtreding**

Naar aanleiding van de memorie van antwoord en de brief van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) van 17 april 2009 aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en het op 24 maart 2009 verschenen rapport van de Nationale ombudsman over te trage terugbetaling van teveel ingehouden bijdragen voor de Zorgverzekeringswet door het College voor zorgverzekeringen (CVZ), rijst bij de commissie de vraag of het terecht is dat de regering er vanuit gaat dat zowel het CVZ als de zorgverzekeraars de wetswijziging per 1 juli 2009 kunnen uitvoeren.

In dit verband vraagt de commissie de regering toe te lichten in hoeverre rekening is gehouden met de van verzekeraars verlangde werkwijze in de aan de inwerkingtreding voorafgaande periode. Ook vraagt de commissie zich af hoe de regering aankijkt tegen het voorstel van ZN tot een gefaseerde invoering van het wetsvoorstel.

De Commissie heeft verder geconstateerd dat uit de publicatie van het CBS over de wanbetalers blijkt dat zorgverzekeraars gegevens kunnen leveren, maar dat de zorgverzekeraars kennelijk nog niet aan de nieuwe wettelijke verplichtingen kunnen voldoen in verband met de noodzakelijke aanpassing van administraties en werkprocessen. De Commissie vraagt een toelichting op deze ogenschijnlijk tegenstrijdige berichten.

Zoals in de memorie van antwoord al is aangegeven zijn zowel het CVZ als ZN nauw bij de totstandkoming van het wetsvoorstel betrokken. In de overgangsregeling is bepaald dat zorgverzekeraars, voorafgaand aan de inwerkingtreding van de wet, van start konden gaan met de voorprocedure voor de aanmelding voor het bestuursrechtelijke premieregiem. De achterliggende gedachte daarbij was dat verzekeraars voor een deel van de wanbetalers – er zijn immers wanbetalers die al langer dan zes maanden een betalingsachterstand hebben – alvast konden beginnen met het versturen van de tweedemaandsbrieven en de vierde-

maandsbrieven. Op grond van de overgangsregeling kan met deze brieven worden voldaan aan de wettelijke voorprocedure. Op het moment van inwerkingtreding van het wetsvoorstel zouden de eerste wanbetalers dan direct kunnen worden aangemeld voor het bestuursrechtelijke regieregim.

Uitgaande van 1 juli als datum van inwerkingtreding, zou een verzekeraar die op 1 maart een tweedemaandsbrief stuurt en op 1 mei een vierdemaandsbrief, iemand op 1 juli kunnen aanmelden voor het bestuursrechtelijke regieregim. Op deze manier, zo werd voorzien, zou het mogelijk zijn om over een periode van 10 maanden vanaf 1 maart, vrijwel het hele stuwmeer nog in 2009 te verwerken. Een gefaseerde implementatie zou op die manier als vanzelf plaatsvinden omdat de ene verzekeraar de administratieve processen eerder heeft aangepast dan de andere.

Op grond van de huidige regelgeving kunnen de zorgverzekeraars wanbetalers nu al aanschrijven en benaderen in het kader van het incasso-protocol. De zorgverzekeraars hebben daar ook belang bij, want de bestaande compensatieregeling stelt incasso-activiteiten van verzekeraars jegens wanbetalers immers als voorwaarde voor het verkrijgen van de compensatie. Dat neemt niet weg dat ik begrip heb voor het gestelde in de brief van ZN van 17 april 2009 waarin wordt aangegeven dat de zorgverzekeraars hun geautomatiseerde systemen moeten aanpassen aan de nieuwe wetgeving. ZN verzoekt daarbij om een gefaseerde implementatie van de wanbetalersregeling.

Op dit moment verstrekken verzekeraars gegevens omtrent wanbetalers aan onder meer het CBS en het CVZ. Dit zullen zij ook in de toekomst moeten blijven doen. De wijzigingen in de automatiseringssystemen waarop ZN heeft gewezen hebben vooral te maken met de manier waarop de verzekeraars op grond van het wetsvoorstel moeten gaan voldoen aan de voorprocedure, zoals de tijdige verzending van de tweedemaands- en vierdemaandsbrieven en overige voorwaarden voor aanmelding van een wanbetaler bij het CVZ. Om dit soort processen geautomatiseerd te kunnen laten verlopen is aanpassing van de bestaande automatiseringssystemen en van de interne werkwijze noodzakelijk.

Over de wenselijkheid van een ordentelijk gefaseerde invoering zijn alle partijen het eens. Een dergelijke invoering is van belang voor:

- de zorgverzekeraars, die tweede- en vierdemaandsbrieven schrijven en uiteindelijk een wanbetaler bij het CVZ zullen aanmelden;
- het CVZ, dat de inning van de bestuursrechtelijke premie moet organiseren door middel van bronheffing bij broninhouders en incasso-activiteiten door het CJIB;
- alle broninhouders, zoals de werkgevers en uitkeringsinstanties;
- de gemeentelijke sociale diensten en daaraan gelieerde hulpverleningsinstanties die als gevolg van de tweedemaandsbrieven van verzekeraars naar verwachting te maken krijgen met wanbetalers die schuldhulpverlening zoeken.

Om deze reden heb ik het CVZ gevraagd mij te adviseren over de inwerkingtredingsdatum en de wijze waarop het stuwmeer kan worden verwerkt.

In dat kader voert het CVZ op dit moment gesprekken met de verzekeraars om te inventariseren hoe ver verzekeraars zijn gevorderd met de (beoogde) voorbereidingen, mede tegen de achtergrond van mijn wens om tegemoet te komen aan de door ZN in zijn brief van 17 april 2009 gevraagde gefaseerde invoering.

De eerste signalen die zijn verkregen wijzen er op dat de meeste verzekeraars in staat zullen zijn om in de tweede helft van 2009 de brieven te verzenden, gevolgd door een melding aan het CVZ. Om te voorkomen dat dit leidt tot een hausse van aanmeldingen bij het CVZ in het najaar onder-

zoekt het CVZ samen met verzekeraars de mogelijkheden voor een gefaseerde invoering.

De commissie wijst voorts op het rapport van de Nationale ombudsman van 24 maart 2009 waarin melding is gemaakt van de gebrekkige dienstverlening door het CVZ ten gevolge van computerproblemen. Niet duidelijk is, zo geeft de commissie aan, of het nieuwe computersysteem van het CVZ zodanig is uitgerust dat een onverwijfde en probleemloze uitvoering van de taken kan worden gegarandeerd. De commissie vraagt op dit punt een verduidelijking van de regering.

De computerproblemen waaraan in het rapport van de Nationale ombudsman wordt gerefereerd, betreffen het bestaande systeem voor naheffing en terugbetaling van de verdragsbijdrage in verband met de buitenlandwerkzaamheden. Het CVZ implementeert met ingang van 2009 fasegewijs een nieuw computersysteem. Per regeling wordt daarvoor een deelsysteem in gebruik genomen. Ook de uitvoering van de regeling voor de wanbetalers zal met behulp van het nieuwe geautomatiseerde systeem worden uitgevoerd.

De implementatie van het systeem is, onder meer in de vorm van externe toetsing, met de nodige kwaliteitswaarborgen omgeven en loopt momenteel volgens de planning, die gericht is op ingebruikname per 1 juli a.s. voor de uitvoering van de wanbetalersregeling. Vanaf die datum is het CVZ systeemtechnisch gereed om de meldingen vanuit de verzekeraars in ontvangst te nemen om daarna de vervolgactiviteiten, gericht op de inning van bestuursrechtelijke premie, onder meer met behulp van bronheffing, te verrichten.

Voor de automatisering en de inrichting van de uitvoeringsorganisatie zijn financiële middelen beschikbaar gesteld. Het CVZ is thans doende de organisatie voor het uitvoeren van de regeling op te bouwen, de werkprocessen in te richten en de bemensing te realiseren.

### **Preferente schuldeisers**

De Commissie vraagt zich af of schuldhelpverleningsregelingen succesvol tot stand kunnen komen, indien na de fiscus weer een preferente schuldeiser voorgaat. Hoe schat de regering de kans in, zo vraagt zij, dat andere schuldeisers nog wel willen meewerken als zij achteraan in de rij staan?

Ik verwacht geen negatief effect van dit wetsvoorstel op de totstandkoming van een schuldhelpverleningsregeling. Door het aanvaarden van het amendement Van Gerven<sup>1</sup> is het afsluiten van een stabilisatieovereenkomst al voldoende om een aanmelding voor het bestuursrechtelijke premieregime te voorkomen, dan wel om hieruit afgemeld te worden. Dus vanaf het moment dat iemand zich meldt bij de schuldhelpverlening en een stabilisatieovereenkomst sluit is de preferente bestuursrechtelijke premieheffing niet meer aan de orde; in het kader van deze stabilisatieovereenkomst wordt de zorgpremie (het normale bedrag) aan de zorgverzekeraar betaald. Er is dan geen sprake van een bestuursrechtelijke premieheffing of bronheffing. In die situatie is er dus ook geen sprake van preferentie.

Bij een beroep op schuldhelpverlening wordt er eerst voor gezorgd dat de financiële situatie wordt gestabiliseerd en de opkomende rekeningen voor elementaire diensten (huis, energie, zorg) en andere vaste lasten worden betaald. Daarna zal de schuldhelpverlener een regeling proberen te treffen over de aflossing van de totale uitstaande schuld. Schuldhelpverleners zullen de totale schuldenlast in de schuldregeling opnemen en niet alleen de schulden voor elementaire diensten. De zorgverzekeringspremie wordt in dit proces niet anders behandeld dan andere private schulden. Het CVZ ziet af van invordering van een eventuele restschuld van de bestuursrechtelijke premie in geval van een schuldregeling, zodat de schuld-

---

<sup>1</sup> Kamerstukken II, 2008/09, 31 736, nr. 11.

hulpverlener daar geen rekening mee hoeft te houden. Zorgverzekeraars zullen – voor zover dat in redelijkheid van hen verlangd kan worden – betalingsregelingen treffen en voorstellen voor een schuldregeling honoreren. Het oordeel over de redelijkheid wordt gegeven door de schuldhulpverlener die – op basis van de aflossingscapaciteit van de wanbetaler, de beoogde looptijd van de regeling en het vrij te laten bedrag – een voorstel doet voor een schuldregeling. Deze werkwijze is beschreven in het concept-incassoprotocol tussen verzekeraars onderling en wordt op dit moment uitgewerkt in het convenant tussen ZN en NVVK.

In het wetsvoorstel is dus zó geregeld dat de bestuursrechtelijke premie de schuldhulpverlening en de totstandkoming van een schuldregeling niet bijt; er is geen preferente bestuursrechtelijke premieheffing als er schuldhulpverlening is. Het wetsvoorstel kan zelfs een positief effect hebben op het voorkómen van schulden, omdat na twee maanden – als de schuld nog relatief beperkt is – al wordt verwezen naar hulp. Als mensen hierop ingaan wordt niet alleen het schuldprobleem voor de zorgpremie voorkomen, maar kan ook het grotere schuldprobleem dat aan het ontstaan is in een vroegtijdig stadium worden aangepakt.

Voorts vraagt de Commissie in dit verband in het bijzonder om nader in te gaan op de positie van de gemeentelijke sociale diensten.

De gemeentelijke sociale diensten hebben in het licht van dit wetsvoorstel drie verschillende rollen.

Ten eerste heeft de gemeentelijke sociale dienst een rol als inkomensverschaffer voor mensen die hun inkomen uit de bijstand hebben. Als het zover komt dat iemand met bijstand wordt aangemeld voor de bestuursrechtelijke premie-inning, dan krijgt de gemeente als inkomensverschaffer van het CVZ de opdracht om de bestuursrechtelijke premie in te houden op deze uitkering. Omdat de bijstand een uitkering is op het sociale minimum, wordt de hoogte van het in te houden bedrag beperkt tot de standaardpremie (100%).

De tweede rol voor de gemeente (dan wel de sociale dienst) is die van (schuld)hulpverlener. Ik ga er van uit dat als iemand zich met een hulpvraag meldt bij de gemeentelijke sociale dienst, deze hulpvraag wordt opgepakt. De gemeentelijke sociale dienst bepaalt zelf wat de passende hulp is; dat is immers maatwerk. In het geval dat een schuldhulpverleningstraject als passende hulp wordt gezien wordt een schuldregeling afgesproken waarin ook rekening wordt gehouden met de zorgverzekeringspremie. Ook als de inschatting is, dat de totstandkoming van een schuldregeling wat langer duurt, is het zinvol om een stabilisatieovereenkomst te sluiten, zodat in ieder geval de opkomende rekeningen voor de elementaire diensten worden betaald. Het bestuursrechtelijke premieregime is dan niet van toepassing.

Ten slotte heeft de gemeente de rol van organisator en beheerder van de collectieve zorgverzekering voor minima in het kader van hun armoedebeleid. Voor het overgrote deel van de bijstandsgerechtigden en mensen met een minimuminkomen is er een goede en voordelige collectieve zorgverzekering beschikbaar. Ik denk dat sociale diensten, zorgverzekeraars en schuldhulpverlening -als zij samen optrekken- voor de deelnemers in deze verzekeringen meer resultaat kunnen behalen. De bestaande regelgeving geeft hiervoor ook zonder voorliggend wetsvoorstel voldoende instrumenten. Het convenant tussen Divosa, NVVK, SZW, VNG, VWS en ZN over in te zetten maatregelen om te voorkomen dat sociale minima te maken krijgen met maatregelen tegen wanbetaling van zorgverzekeringspremie en om deze, als dat toch gebeurt, zo snel mogelijk ongedaan te maken, beoogt hier nadere invulling aan te geven.

De genoemde rollen die ik hierboven in het kader van voorliggend wetsvoorstel voor de gemeente (en/of gemeentelijke sociale diensten) schets zijn niet nieuw. Het zijn reguliere taken voor een gemeente. Mogelijk dat

deze taken – meer dan in het verleden – aandacht vragen. Voor gemeenten wordt een nog handreiking gemaakt over hoe zij deze rollen kunnen invullen.

Voorts vraagt de commissie de regering naar de stand van zaken met betrekking tot het convenant tussen uitvoerende- en schuldeisende instanties en de consequenties van de preferente positie daarin voor de schuldeisers.

Het convenant waarop u doelt zijn de afspraken tussen Divosa, NVVK, SZW, VNG, VWS en ZN over in te zetten maatregelen om te voorkomen dat sociale minima te maken krijgen met maatregelen tegen wanbetaling van zorgverzekeringspremie en om deze, als dat toch gebeurt, zo snel mogelijk ongedaan te maken.

Sinds medio 2008 hebben partijen gewerkt aan dit convenant en is overeenstemming bereikt over de concepttekst. De VNG heeft echter aangegeven dat zij eerst een bestuurlijk oordeel over het convenant geeft nadat het wetsvoorstel in uw Kamer zal zijn aangenomen. Ik vind dat jammer, omdat gemeenten voor de meest kwetsbare doelgroep al de nodige instrumenten in handen hebben, maar deze kennelijk pas efficiënter willen gaan benutten nadat uw Kamer met het wetsvoorstel zal hebben ingestemd. Desalniettemin stel ik vast dat partijen inmiddels concrete invulling geven aan het concept-convenant bij de voorbereidingen voor voorlichting en bij concretisering van schuldhulpverlening.

Nogmaals wil ik er op wijzen dat het convenant bedoeld is om de (preferente) bestuursrechtelijke premie voor mensen in de bijstand of met een ander minimuminkomen te voorkomen. Het convenant beoogt onder andere om – voor de groep bijstandsgerechtigden en overige minima en voor zover de privacy-wetgeving dat toestaat – de betalingsachterstand bij de zorgverzekeringspremie als vroeg signaal te gebruiken voor mogelijke hulp bij schulden, ook in gevallen waarbij de betrokkene daar nog niet zelf om heeft gevraagd. Ik meen dat dit in het voordeel van alle partijen is, niet in de laatste plaats van de wanbetaler zelf.

Hiervoor ben ik al uitgebreid ingegaan op het vraagstuk van preferentie en de rol die gemeentelijke sociale diensten hebben.

### **Administratieve- en financiële lasten**

De Commissie vraagt of is overwogen het incassorecht direct aan de zorgverzekeraar te geven, bijvoorbeeld als sluitstuk van het incasso-protocol van de zorgverzekeraars.

De zorgverzekeraars hebben ingevolge het Burgerlijk Wetboek en het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering dezelfde incassorechten als alle andere privaatrechtelijke ondernemingen. Aan die rechten tornt voorliggend wetsvoorstel niet. Indien de leden van de commissie bedoelen te vragen of is overwogen de zorgverzekeraars de meer publiekrechtelijke incassomogelijkheden te geven die met voorliggend wetsvoorstel aan het CVZ worden toegekend, luidt het antwoord bevestigend. Hier is echter om twee redenen van afgezien. Allereerst zou het aan de privaatrechtelijke zorgverzekeraars toekennen van incasso-instrumenten die voor het overige slechts aan bestuursorganen als het CVZ en de Belastingdienst toekomen, de vraag kunnen oproepen of de zorgverzekeraars bij het aanbieden en uitvoeren van zorgverzekeringen niet toch bestuursorganen zijn. Uitvoering van zorgverzekeringen door bestuursorganen is onwenselijk, aangezien dat niet past bij de Zorgverzekeringswet, die uitgaat van uitvoering en nadere invulling door privaatrechtelijke rechtspersonen die met elkaar concurreren, risico dragen en winst mogen beogen. Daarnaast zou het toekennen van publiekrechtelijke, sterkere incassomogelijkheden naar verwachting een ongewenste precedentwerking hebben: ook andere



private partijen zouden dan voor dergelijke sterkere incasso-instrumenten bij de wetgever aankloppen. De redenen waarom van het regelen van publiekrechtelijke incassomogelijkheden voor de zorgverzekeraars is afgezien, zijn derhalve gelijk aan de redenen waarom voor hen geen preferente positie voor hun premievorderingen is geregeld. Zie ook mijn antwoord op een vraag van de leden van de VVD-fractie dienaangaande.<sup>1</sup>

De Commissie vraagt verder een reactie op de brief van VNO-NCW en MKB Nederland van 23 april 2009, waarin deze organisaties hebben aangegeven dat de administratieve lasten van het wetsvoorstel voor de werkgevers aanzienlijk hoger zijn dan door de regering is aangegeven.

Ik ga er van uit dat in het geval van de bestuursrechtelijke premie-inning door bronheffing, deze bronheffing in veel gevallen in de plaats komt van een loonbeslag dat volgt uit een incassoprocedure van de zorgverzekeraar. De gekozen oplossing voor een (voor elke werknemer die wanbetaler is gelijke) bronheffing is voor een werkgever minder belastend dan de werkzaamheden voortvloeiend uit een loonbeslag, waarbij de hoogte van het bedrag individueel moet worden vastgesteld. Er is dan ook eerder sprake van substitutie van administratieve lasten dan van een toename. De werkgeversorganisaties gaan er bij de raming dat de aanpassing van de salarisadministraties ruim € 300 miljoen zou moeten kosten, kennelijk van uit dat alle bedrijven in Nederland moeten investeren om de broninhouding in hun salarisadministraties te kunnen verwerken. De benodigde functionaliteit is echter, voor zover mijn informatie strekt, vergelijkbaar met de wijze waarop een bijdrage voor de personeelsvereniging in de salarisadministratie wordt verwerkt. Alle salarispakketten beschikken al over deze functionaliteit. Ik verwijs naar mijn uitvoerige antwoord op de brief van VNO-NCW en MKB Nederland<sup>2</sup> die ik inmiddels heb beantwoord en waarvan u bijgaand een afschrift aantreft.

### **Juridische systematiek**

De Commissie vraagt ten slotte of er voorbeelden zijn van situaties waarin ervaring is opgedaan met de overgang van een systeem van privaatrechtelijke premieplicht en -inning naar een bestuursrechtelijk premieregiem.

In enge zin zijn mij geen voorbeelden bekend met de overgang van een systeem van privaatrechtelijke premieplicht en -inning naar een bestuursrechtelijk premieregiem. Wel zijn er twee voorbeelden te noemen waarbij uitvoering door private organisaties gepaard is (geweest) met een bestuursrechtelijk instrumentarium. Zo is er instrumenteel enige gelijkheid met de inning van de alimentatiebijdrage door het Landelijk Bureau Inning Onderhoudsbijdragen (LBIO). Hierbij kan degene die recht heeft op alimentatie maar deze niet ontvangt, het LBIO vragen om de alimentatie bij de alimentatieplichtige te innen. Het LBIO heeft hiervoor bijzondere bevoegdheden, waaronder eenvoudige informatie-inwinning bij uitvoeringsorganisaties van de overheid en beslaglegging op inkomsten uit arbeid of uitkering zonder inschakeling van een gerechtsdeurwaarder. Een belangrijk verschil is dat het LBIO ook de achterstallige alimentatie (tot zes maanden alimentatieachterstand) int of hiervoor een regeling treft. Het CVZ heeft vergelijkbare bevoegdheden als het LBIO, int in plaats van een opkomende zorgpremie een bestuursrechtelijke premie met vergelijkbare middelen, maar doet niets met de inning van de eerste zes maanden betalingsachterstand.

Een ander voorbeeld betreft de uitvoering van de voormalige Wet op de toegang tot de ziektekostenverzekering 1998. De uitvoering van deze particuliere verzekering werd gedaan door privaatrechtelijke verzekeraars, maar het aansprakenpakket was volledig bepaald door de overheid en ook de hoogte van de premie was wettelijk aan een maximum verbonden.

<sup>1</sup> Kamerstukken I 2008/09, 31 736, C, blz. 11.

<sup>2</sup> Ter inzage gelegd op de afdeling Inhoudelijke Ondersteuning onder griffienummer 143356.01.

### **Concluderend**

Op basis van nadere beraadslaging met het CVZ over het voorgenomen advies met betrekking tot de inwerkingtreedingsdatum en de invoering van de wet, zie ik met vertrouwen een verantwoorde en in tijd gefaseerde implementatie van de wanbetalersregeling tegemoet.

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



Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

Het bestuur van VNO-NCW  
en MKB-Nederland  
Postbus 93002  
2509 AA Den Haag

**Directie  
Zorgverzekeringen**

Bezoekadres:  
Parnassusplein 5  
2511 VX Den Haag  
T 070 340 79 11  
F 070 340 78 34  
www.minvws.nl

**Inlichtingen bij**  
mr.dr.s. E. van den Berg  
e.vd.berg@minvws.nl  
T 070 340 7602

Datum 3 juni 2009  
Betreft Wetsvoorstel structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering

Onlangs ontving ik met vermelde brief een afschrift van uw brief van 23 april 2009 aan de Vaste Commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport / Jeugd en Gezin van de Eerste Kamer der Staten-Generaal. In deze brief vraagt u de leden van de Eerste Kamer niet in te stemmen met het genoemde wetsvoorstel omdat u van mening bent dat er alternatieven zijn om wanbetalers aan te pakken. Hieronder ga ik in op de door u naar voren gebrachte punten.

**Ons kenmerk**  
Z/VV-2932914

**Bijlagen**

-

**Uw brief**  
23 april 2009  
09/10.814/Jla/Lou

*Correspondentie uitsluitend  
richten aan het retouradres  
met vermelding van de datum  
en het kenmerk van deze  
brief.*

Voorafgaand merk ik op dat het mij vanaf het begin af aan duidelijk is geweest dat werkgevers liever geen rol spelen als hun werknemers de rekeningen voor de zorgpremie niet betalen. Dit is naar voren gekomen bij de voorbereiding van het wetsvoorstel, waarbij ook is gesproken met vertegenwoordigers van uw organisaties. MKB-Nederland heeft in de brief van 28 augustus 2008 de bezwaren tegen het wetsvoorstel nogmaals schriftelijk uiteengezet. Deze brief heb ik op 26 september 2008 uitgebreid beantwoord. Ook de Commissie Regeldruk Bedrijven heeft -met min of meer overeenkomstige argumenten- zijn zorgen geuit en mij in de brief van 14 januari 2009 verzocht het voorliggende wetsvoorstel in te trekken.

In uw brief geeft u aan dat u de middelen van het wetsvoorstel te zwaar vindt en voor werkgevers te belastend. Ik ben daarentegen van mening dat de in het wetsvoorstel beschreven aanpak vanuit het publieke belang noodzakelijk is, effectief en efficiënt kan worden uitgevoerd, het wanbetalersprobleem kan oplossen en zo min mogelijk belastend is voor anderen dan wanbetalers.

In uw brief heeft u gesteld dat loonbeslag een laatste redmiddel zou moeten zijn, maar dat het wetsvoorstel "een nog veel verdergaande variant van dit ultimium remedium bij de betaling van zorgverzekeringspremie als eerste verdedigingslijn inzet."

Het lijkt er op dat u in bepaalde opzichten een onjuist beeld heeft van de beoogde maatregelen. Ten onrechte gaat u er van uit dat de overheid een private schuld van de private schuldeiser overneemt, deze omzet in een schuld aan de overheid en vervolgens een bestuursrechtelijk dwangmiddel creëert om de schuld te innen. Dat is niet het geval.

De regering is van mening dat de zorgverzekeringspremie die verzekerden verschuldigd zijn aan zorgverzekeraars op één lijn moet worden gesteld met de premie voor een sociale verzekering. Hoewel de Zorgverzekeringswet wordt uitgevoerd en nader ingevuld door private zorgverzekeraars doet dat niet af aan het karakter van een sociale verzekering. De vergelijking van de zorgverzekeringspremie met strafrechtelijke boetes, huur, energie of schoolgeld gaat niet op en miskent het bijzondere karakter van de zorgverzekeringspremie. Dit speciale karakter heeft geleid tot de preferentie van de bestuursrechtelijke zorgpremie op één lijn met de overige sociale premies en tot de mogelijkheid tot bronheffing over te gaan. In dit opzicht is er overeenkomst met overige sociale



premies, die óók aan de bron worden geheven. Gezien dit bijzondere karakter van de zorgpremie is de door u gevreesde precedentwerking dan ook niet aan de orde. Dat er desondanks van is afgezien de zorgverzekeraars de meer publiekrechtelijke incassomogelijkheden te geven die met voorliggend wetsvoorstel aan het CVZ worden toegekend, heeft andere redenen, die ik al eens heb uiteengezet in de Memorie van Antwoord aan de Eerste Kamer<sup>1</sup>.

**Directie  
Zorgverzekeringen**

**Ons kenmerk  
Z/VV-2932914**

In uw brief wijst u voorts op de kosten die werkgevers moeten maken om bronheffing mogelijk te maken. Met andere woorden: om op het netto-salaris van een werknemer de bestuursrechtelijke premie in te kunnen houden. U wijst daarbij op berekeningen van salarisservicebureaus, die er op neer komen dat alle salarisadministraties van werkgevers aangepast zouden moeten worden. Bronheffing zou bovendien leiden tot extra uitzoekwerk, zowel op het moment van het "opleggen van de loonincasso" als bij de beëindiging daarvan en uitzoekwerk als gevolg van het bestaan van allerlei varianten rondom de inning van de zorgpremie bij collectieve contracten.

Ik ga er in de eerste plaats van uit dat bronheffing in veel gevallen in de plaats komt van een loonbeslag dat anders zou volgen uit een incassotraject van de zorgverzekeraar of van het CJIB in opdracht van het CVZ. (In het laatste geval is er overigens geen sprake van een rechterlijke tussenkomst.) Wanneer iemand inkomen heeft en bronheffing niet mogelijk zal blijken, zal zo mogelijk loonbeslag worden gelegd. De gekozen oplossing voor een (voor elke werknemer die wanbetaler is gelijke) bronheffing is voor een werkgever minder belastend dan de werkzaamheden voortvloeiend uit een loonbeslag, waarbij de hoogte van het bedrag individueel moet worden vastgesteld.

Voor zover er al sprake zou zijn van administratieve lasten, is er eerder sprake van substitutie van administratieve lasten dan van een toename. Voorts gaat u er kennelijk van uit dat alle werkgevers in Nederland moeten investeren in hun salarisadministraties om de broninhouding te kunnen verwerken. Ik merk op dat de benodigde functionaliteit vergelijkbaar is met de wijze waarop een bijdrage voor de personeelsvereniging in de salarisadministratie wordt verwerkt. Zover mij bekend is beschikken alle salarispakketten al over deze functionaliteit. U constateert daarnaast terecht dat niet precies bekend is hoe de groep van wanbetalers is opgebouwd. Dit zo zijnde is het ook volstrekt niet reëel te veronderstellen dat alle werkgevers te maken krijgen met het verzoek tot bronheffing.

Ook de noodzaak tot extra uitzoekwerk kan ik niet goed duiden. Het CVZ zal de werkgever immers verzoeken vanaf een bepaalde maand een vast bedrag op het netto-salaris in te houden. De daaruit voortvloeiende handelingen komen mij betrekkelijk eenvoudig voor.

In uw brief geeft u aan dat het huidige arsenaal aan incassomiddelen voldoende is om wanbetalers aan te pakken, maar dat deze beter en slimmer moeten worden ingezet. Als voorbeeld noemt u de mogelijkheid de (verplichting op te leggen de) vordering op de wanbetaler na twee maanden ter incasso aan te bieden aan private incassobureaus. U gaat daarbij voorbij aan het feit dat dit precies is wat verzekeraars al sedert de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet vrijwillig doen op basis van het incassoprotocol. Ik zie dit alternatief dus niet als een oplossing. Bovendien zal een consequent uitgevoerd incassobeleid bij mensen met een salaris uiteindelijk leiden tot loonbeslag. Zoals ik hierboven heb aangegeven acht ik dit een ingrijpender instrument dan bronheffing en bovendien voor werkgevers en werknemers belastender. De werknemer wordt bij incasso-maatregelen geconfronteerd met extra incassokosten bovenop de zorg-verzekeringpremie. Ik zie dit dus niet als werkbare oplossing.

<sup>1</sup> Kamerstukken I 2008/09, 31 736, C, blz. 11.



Het door u genoemde alternatief van een constructie zoals bij schadeverzekeringen is overwogen, maar is vanwege het risico dat een groot deel van de bevolking uiteindelijk niet meer regulier verzekerd is en vanwege de verzekeringsplicht niet nader uitgewerkt.

**Directie  
Zorgverzekeringen**

**Ons kenmerk  
Z/VV-2932914**

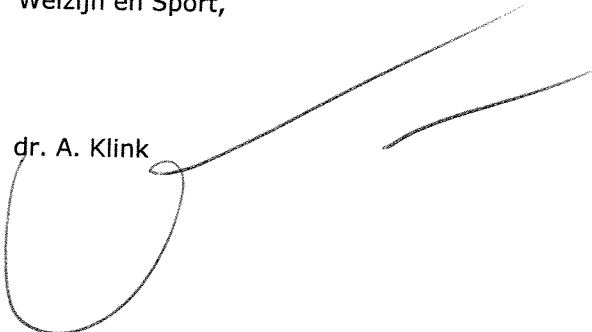
Zoals u bekend is leiden de bestaande incassoactiviteiten niet tot voldoende vermindering van het aantal wanbetalers; het aantal wanbetalers is wederom toegenomen. Het wetsvoorstel is ingediend om te komen tot structurele maatregelen om het aantal wanbetalers terug te dringen. Het doel is te bewerkstelligen dat mensen weer gaan betalen voor hun zorgverzekering en te voorkomen dat zorgverzekeraars een wanbetaler uit de verzekering zetten. Deze laatste mogelijkheid staat altijd open voor elke verzekeraar, maar het is juist het geheel van maatregelen, waaronder afspraken met zorgverzekeraars en het inzetten van bronheffing, die erop gericht zijn te voorkomen dat royement daadwerkelijk plaatsvindt. Dan wordt een wanbetaler onverzekerde. De maatregelen die met het wetsvoorstel worden getroffen zijn er primair op gericht het structurele probleem van wanbetaling te bestrijden, maar is direct gerelateerd aan de wens het aantal onverzekerden terug te dringen en mensen verzekerd te houden. Een werknemer die niet verzekerd is tegen ziektekosten is uiteindelijk nog veel slechter af. In dit verband wil ik u er nogmaals op wijzen dat de werkgever kan worden aangesproken op de zorgkosten die worden veroorzaakt door bedrijfsongevallen en beroepsziekten. Het is derhalve ook in het belang van werkgevers dat voorkomen wordt dat werknemers als gevolg van wanbetaling onverzekerd raken.

Ik heb tot mijn genoegen geconstateerd dat uw organisaties van mening zijn dat wanbetaling effectief dient te worden bestreden. U geeft in uw brief immers aan dat het uitdrukkelijk niet de bedoeling is van VNO-NCW en MKB-Nederland dat mensen onverzekerd door het leven gaan en dat u het bijzonder onwenselijk vindt dat er wanbetalers bestaan. Met mijn reactie op uw brief hoop ik te hebben verduidelijkt dat -alles afwegende- de voorgenoemde maatregelen het meest effectief zijn om te komen tot het terugdringen van het aantal wanbetalers en dat het gekozen instrumentarium uw leden zo min mogelijk belast.

Hoogachtend,

de Minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,

dr. A. Klink



Vergaderjaar 2008–2009

**31 736**

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

**F**

**EINDVERSLAG VAN DE VASTE COMMISSIE VOOR VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT/JEUGD EN GEZIN<sup>1</sup>**

Vastgesteld 9 juni 2009

Na kennisneming van de nadere memorie van antwoord acht de commissie de openbare behandeling van dit wetsvoorstel voldoende voorbereid.

De voorzitter van de commissie,  
Slagter-Roukema

De griffier van de commissie,  
Warmolt de Boer

<sup>1</sup> Samenstelling: Werner (CDA), Van den Berg (SGP), Dupuis (VVD), vice-voorzitter, Rosenthal (VVD), Swenker (VVD), Tan (PvdA), Van de Beeten (CDA), Slagter-Roukema (SP), voorzitter, Linthorst (PvdA), Biermans (VVD), Puffers (PvdA), Leijnse (PvdA), Engels (D66), Thissen (GL), Goyert (CDA), Peters (SP), Quik-Schuijt (SP), Klein Breteler (CDA), Huijbregts-Schiedon (VVD), Laurier (GL), Ten Horn (SP), Meurs (PvdA), Leunissen (CDA), De Vries-Leggedoor (CDA), Koffeman (PvdD), Kuiper (CU), Lagerwerf-Vergunst (CU), De Boer (CU) en Yildirim (Fractie-Yildirim).

## Scheltema

Mevrouw **Haubrich-Gooskens** (PvdA): Wij praten zo verschrikkelijk langs elkaar heen. Dit moet echt opgehelderd worden. Ik heb problemen met het feit dat men allerlei rechtswaarborgen die men in het strafrecht wel heeft, in een bestuursrechtelijke procedure niet heeft. Wij hebben het over de cautie. In deze Vierde tranche staat, heel goed bedoeld, letterlijk overgeschreven uit het strafprocesrecht, dat er een cautie moet worden gegeven op het moment dat het verhoor aanvangt. Daarmee sla je de plank mis met de bedoeling van de cautie zoals die in het strafrecht wettelijk is vastgelegd. Als je het goed wilt doen, dan moet je in het bestuursprocesrecht neerleggen dat bij de eerste schriftelijke kennisgeving van een boete wordt aangegeven dat er ook een cautieverplichting bestaat. Wordt die verplichting niet opgenomen in de wet, dan is er een discrepantie tussen het strafprocesrecht en het bestuursprocesrecht. Dat is nu precies wat mevrouw Strik bedoelt. Als je dat soort dingen niet vastlegt in de wet, dan kan de betrokkene daar vervolgens geen beroep op doen. Daarom is het zo belangrijk dat het bestuursprocesrecht dat soort dingen wel degelijk gaat bevatten.

De **voorzitter**: Mevrouw Strik en de heer Dölle willen interrumpen. De heer Dölle heeft een aansluitende vraag?

Mevrouw **Strik** (GroenLinks): Ik wil kijken of ik met mevrouw Haubrich tot een oplossing kan komen.

De **voorzitter**: Misschien kan eerst de heer Dölle zijn vraag stellen. Als u dan nog behoefte heeft aan een aanvulling, krijgt u daartoe gelegenheid. Ik neem tenminste aan dat de heer Dölle op hetzelfde punt doorgaat.

De heer **Dölle** (CDA): Ja. Wij hebben namelijk gevraagd naar de cautie en benadrukt dat het kopiëren van strafrecht ons in dit geval ook wat minder gelukkig leek. Wij hebben echter het antwoord van de minister zo begrepen dat afhankelijk van de situatie en de betreffende persoon – is deze wel of niet juridisch geschoold enzovoorts? – het bestuursorgaan de cautie naar voren kan halen. Normaal komt de cautie bij het mondeling verhoor, maar dan wordt die daarvoor neergelegd.

Mevrouw **Strik** (GroenLinks): Het is voor het bestuursorgaan, omdat het niet weet met wie het te maken heeft, heel lastig om te weten of iemand het zelf weet of niet. Ik kan mij voorstellen dat de minister toezegt dat er een aanwijzing komt voor alle bestuursorganen dat het standaard in de informatie moet worden opgenomen bij de boeteoplegging. Zou u dan tevreden zijn, mevrouw Haubrich?

Mevrouw **Haubrich-Gooskens** (PvdA): Dat kan een oplossing zijn, maar als wij nu toch met het bestuursprocesrecht aan de gang gaan, waarom doen wij het daar dan niet meteen bij?

De heer **Scheltema**: Wanneer het om een wat zwaardere boete gaat, wordt de betrokkene altijd gehoord en dan is er dus alle gelegenheid om de cautie te geven. Daarbij komt dat als iemand zich erop beroept dat hij niet tijdig op de hoogte is gesteld van het feit dat hij niet had hoeven te verklaren, de rechter op basis van artikel 6

EVRM een dergelijk bezwaar zou moeten honoreren. De rechter zal dus ook zelf moeten controleren of niet in strijd met artikel 6 EVRM verklaringen zijn ontlokt, terwijl de persoon niet wist dat hij daar een verklaring over moest afleggen.

De laatste vraag betreft attributie. Mevrouw Haubrich vraagt of het nodig is om dat op deze manier in de wet te regelen en of attributie niet erg veel lijkt op mandaat. De gevolgen van attributie aan een ondergeschikte en mandaat aan een ondergeschikte lijken inderdaad veel op elkaar, maar dat is juist het gevolg van het opnemen van dit artikel in de wet. Het was vroeger juist een bekend twistpunt of de politiek verantwoordelijke de bevoegdheden had die in dit wetsvoorstel zijn opgenomen, als de wetgever had geattribueerd aan een ondergeschikte. Daardoor wordt nu meer duidelijkheid geschapen. Het resultaat is dat die figuur en mandaat aan een ondergeschikte voor wat betreft de politieke verantwoordelijkheid meer op elkaar zijn gaan lijken.

De beraadslaging wordt gesloten.

De wetsvoorstellen worden zonder stemming aangenomen.

De vergadering wordt van 18.12 uur tot 19.15 uur geschorst.

---

Aan de orde is de behandeling van:

- **het wetsvoorstel Wijziging van de Zorgverzekeringswet, de Wet op de zorgtoeslag en enige andere wetten, houdende maatregelen om ook wanbetalers voor hun zorgverzekering te laten betalen (structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering) (31736).**

De **voorzitter**: Ik heet minister Klink van VWS van harte welkom in deze Kamer.

De beraadslaging wordt geopend.

□

Mevrouw **Swenker** (VVD): Mevrouw de voorzitter. De VVD-fractie is het ermee eens dat eenieder zijn zorgverzekeringspremie moet betalen. Kenmerk van de Zorgverzekeringswet is dat deze onder meer gebaseerd is op solidariteit. Als mensen geen premie betalen en onverhoopt toch gebruik moeten maken van zorg, moet dat weer door de andere premiebetalers worden opgebracht en dat ondermijnt duidelijk het systeem. Tevens is er ervoor gekozen dat bij het niet voldoen aan de premiebetaling de verzekering niet door de verzekeraar zou moeten worden beëindigd zoals dat bij andere verzekeringen wel gebruikelijk is, omdat onverzekerdeheid alleen maar tot grotere problemen kan leiden. Dus is een andere oplossing nodig om degenen die hun premie om overigens uiteenlopende redenen niet betalen daar alsnog toe te dwingen. Tot zover is de VVD-fractie het eens met deze uitgangspunten.

Vervolgens komt de vraag op welke wijze de achterstallige premie dan wel geïnd moet worden. Dan heeft de VVD-fractie wel de indruk dat de wegen van de minister en de fractie zich dreigen te scheiden, niet het minst omdat het tot een wirwar van situaties leidt.

Uitgangspunt is de privaatrechtelijke overeenkomst tussen zorgverzekeraar en verzekerde. De verzekeraar moet bij achterstallige premie een scherp incassoregime volgen dat uiteindelijk in onze samenleving leidt tot loonbeslag bij de werkgever ten aanzien van een werknemer of beslag op goederen of geld als iemand niet in loondienst is. Als iemand niet over voldoende financiële middelen beschikt, kan er ook sprake zijn van vrijwillige of via de rechter opgelegde schuldsanering waarbij de crediteuren, dus ook de zorgverzekeraar, akkoord kunnen gaan met uitbetaling van een deel van hun vordering dan wel met een afbetalingsregeling.

Eigenlijk zou hier het verhaal moeten stoppen. Maar omdat de overheid besloten heeft dat onverzekerde zijn zeer ongewenst is en omdat als gevolg daarvan de verzekeraar het instrument van opzegging van deze overeenkomst in de praktijk uit handen is genomen door de overheid terwijl de verzekeraar wel zijn acceptatieplicht houdt, is het aanvaardbaar dat de overheid een helpende hand biedt als het erom gaat de premie alsnog zo veel mogelijk te innen. Als oplossing komt de minister nu met een gedaanteverandering van de nominale premie. Deze verandert van privaatrechtelijke premie in een bestuursrechtelijke premie die geïnd zal worden door het CVZ. Achterliggende reden is dat dan bronheffing mogelijk wordt en dat de premieschuld een preferent karakter kan krijgen.

Allereerst blijft de VVD-fractie haar vraagtekens houden zoals verwoord in haar schriftelijke inbreng, namelijk of door de wijziging van een privaatrechtelijk naar een bestuursrechtelijk regime van de premie de verzekeringsovereenkomst nog wel in stand blijft omdat de verzekeraar geen premie meer mag innen, hetgeen toch een essentieel onderdeel is van de verzekeringsovereenkomst. De minister stelt dat de verzekeringsovereenkomst wel degelijk in stand blijft en heeft in de memorie van antwoord verwezen naar een arrest van de Hoge Raad uit 1962 over de Ziekenfondswet. Wezenlijk verschil is wel dat de ziekenfondsovereenkomsten publiekelijk werden gefinancierd, terwijl de nominale premie bij uitstek een particuliere premie is die ook echt door de burger moet worden betaald. Kan de minister wat preciezer uitleggen waarom deze uitspraak uit 1962 nu nog zou gelden voor de onderhavige Zorgverzekeringswet? De mogelijkheid voor het CVZ om bij de bron, de werkgever of uitkeringsinstantie, de premie te laten inhouden roept namelijk veel bezwaar op bij in ieder geval de werkgeversorganisaties vanwege de administratieve belasting die dit met zich brengt.

De VVD-fractie vraagt de minister waarom hij niet heeft gekozen voor een civielrechtelijke oplossing en niet bijvoorbeeld naar zijn collega van Justitie is gegaan met de vraag om de uitvoering van de EG-verordening nr. 861/2007 ook te regelen voor binnenlandse geringe vorderingen. Kort gezegd komt de inhoud van deze verordening erop neer dat voor grensoverschrijdende vorderingen – het gaat namelijk over de EU – tot € 2000 een heel simpele incassoprocedure moet gelden: geen dagvaarding maar een verzoekschrift bij de kantonrechter, schriftelijke behandeling, uitvoerbaarheid bij voorraad, strakke tijdslimieten met betrekking tot de procesgang enzovoorts. De VVD-fractie heeft overigens al aan de minister van Justitie gevraagd waarom dit behalve voor buitenlandse of grensoverschrijdende vorderingen niet ook voor binnenlandse geringe schulden kan worden geregeld. Het zou een oplossing

kunnen zijn voor de verzekeraars, gezien de moeite die zij hebben om de premie te incasseren.

De VVD-fractie heeft de minister gevraagd waarom hij er niet voor heeft gekozen om het recht de achterstallige premie bij de bron te innen rechtstreeks aan zorgverzekeraars te geven. De minister wil dit niet, maar hij hinkt wel op twee gedachten bij zijn argumentatie, die bovendien niet consistent is volgens de VVD-fractie. Enerzijds is hij bang voor precedentwerking in die zin dat, als hij zorgverzekeraars dit recht zou geven, er ook andere crediteuren zouden komen om dat recht te vragen. Anderzijds zegt hij dat de zorgverzekering een socialeverzekeringsrecht is zodat het gerechtvaardigd is om, analoog aan de inning van andere sociale premies, van broninhouding gebruik te maken en de vordering een preferent karakter te geven. Dat betekent dus ook dat er geen andere organisaties of crediteuren bij hem langs kunnen komen omdat zij geen premies in het kader van het socialezekerheidsstelsel innen. De angst voor precedentwerking is dus volstrekt ten onrechte.

Voorts stelt de minister dat zorgverzekeraars dan voor een stukje bestuursorgaan worden terwijl zij daarnaast particuliere ondernemers zijn die in een concurrentiepositie verkeren en winst maken. Hoe anders oordeelde een paar jaar geleden minister De Geus toen wij het over de nieuwe WAO, de WIA, hadden. De toenmalige minister vond het geen enkel probleem dat een werkgever, die eigenrisicodragend is, als bestuursorgaan moet optreden als hij in het kader van de re-integratie van een werknemer een maatregel oplegt waarmee de werknemer het niet eens is en waartegen deze bij de werkgever in beroep kan gaan. Deze werkgever moet zich dan zelfs houden aan alle ter zake doende Awb-bepalingen. Als er iemand privaatrechtelijk is georganiseerd, in een concurrentiepositie verkeert en winst wil maken, dan zijn dat toch particuliere bedrijven. Indertijd hebben de fracties van de VVD en het CDA daar vraagtekens bij geplaatst, maar de toenmalige minister De Geus was van mening dat dit wel vaker voorkwam. Waarom nu dan niet, vraagt de VVD-fractie. Graag zou de VVD-fractie ook hierover een verduidelijking van de minister horen.

Door deze regeling ontstaat wel een wirwar van inningsregelingen. De eerste zes maanden is de verzekeraar bezig met zijn incassoprocedure. Daarna krijgt de vordering een bestuursrechtelijk karakter en vindt inning plaats door het CVZ. Het CVZ kan straks bij de werkgever, bij de bron inhouden, maar kan ook gewoon beslag leggen voor de volle 130% van de premie op het loon of op goederen van de verzekerde. De boete van 30% vervalt als de premieplichtige onder het bestaansminimum komt. Als er sprake is van schuldsanering en/of een stabiliteitsovereenkomst, vervalt het bestuursrechtelijke regime weer en is er sprake van een gewone vordering en kan de verzekeraar zelfs genoeg nemen met een lager bedrag dan de vordering hoog is. En in 2010 kan ook nog de zorgtoeslag gevorderd worden bij de Belastingdienst.

Kortom, de inning van achterstallige premie kent ongelofelijk veel varianten en dat kan de uitvoering buitengewoon ingewikkeld maken. Werkgevers en uitkeringsinstanties kunnen te maken krijgen met al deze varianten. Het kan dus niet anders dan dat dit een duidelijke verhoging van de administratieve lasten geeft.

Graag ziet de VVD-fractie de beantwoording van de vragen door de minister tegemoet.





De heer **Van de Beeten** (CDA): Mevrouw de voorzitter. De behandeling van dit wetsvoorstel heb ik overgenomen van mijn collega Klein Breteler. Hij zou vandaag vanaf de publieke tribune toezicht houden op mijn bijdrage, maar ik heb helaas verzuimd om hem in kennis te stellen van de vervroeging van het debat. Ik vrees dus dat ik al op voorhand een bestuursrechtelijke premie verbeurd heb.

Dit wetsvoorstel probeert verscheidene doelen te bereiken en met elkaar te verzoenen. Ten eerste beoogt het de solidariteitsgedachte van de Zorgverzekeringswet in stand te houden. Ten tweede beoogt het de onmachtigen onder de wanbetalers te onderscheiden van de onwilligen. Ten derde wil het wetsvoorstel de onmachtigen prikkelen om zo snel mogelijk enige vorm van schuldhulpverlening in de arm te nemen en de onwilligen prikkelen om aan hun verplichtingen te voldoen. Het wetsvoorstel zoekt die prikkel in een na zes maanden achterstand verschuldigde bestuursrechtelijke premie van 130% standaardpremie. Alvorens daar nader op in te gaan, wil ik nog enkele specifieke, respectievelijk juridisch-technische vragen voorleggen aan de minister.

Hoe verhoudt de 130%-standaardpremie zich tot de hoogste marktpremie? Ik ben daarover in de stukken niets tegengekomen. Het verschil is natuurlijk wel van invloed op de kracht van de prikkel waarover ik zojuist sprak. Paragraaf h op pagina 19 van de memorie van toelichting gaat over de restschuld aan het CVZ na voldoening van de schuld jegens de verzekeraars, en over de mogelijkheid om niet tot verdere incasso over te gaan maar tot kwijtschelding. Impliciet gaat de memorie van toelichting er dan vanuit dat de door de verzekeringnemer gedane betalingen eerst in mindering strekken op de hoofdsom, lees de premie als zodanig, en daarna pas op rente en kosten verschuldigd jegens het CVZ. Op zichzelf klinkt dit binnen het systeem van het wetsvoorstel niet onlogisch, maar het vormt een inbreuk op de imputatieregeling, de regeling waarbij bepaald is dat eerst betalingen afgelost worden geacht op de hoofdsom, daarna op de rente en daarna op de kosten. In het wetsvoorstel lees ik geen bepaling die een afwijking daarvan regelt.

Een verdere technische vraag is hoe de kosten van het totale systeem nu precies worden gedekt. Het zou voor de hand liggen dat zowel wanbetalers als verzekeraars ten minste in die kosten bijdragen. Voor de verzekeraars zou dat dan moeten gelden naar de mate waarin men van het systeem gebruikmaakt om zo te bewerkstelligen dat men optimaal de eigen incassomogelijkheden aanwendt. Of dat het geval is, kan ik uit de stukken niet afleiden. Uiteraard is het ook de vraag of zo'n gebruiksgerelateerde bijdrage van de verzekeraars billijk zou zijn, indien om historische of andere redenen de ene zorgverzekeraar verhoudingsgewijs meer wanbetalers onder zijn verzekerden telt dan de andere. In termen van gedragsbeïnvloeding zou het echter wel degelijk wenselijk zijn om zo'n relatie te leggen.

Dan de rechtsbescherming. Zolang niet onherroepelijk is vastgesteld dat er sprake is van een achterstand (hetzij via de burgerlijke rechter, hetzij via de geschillenregelsprocedure van de SKGZ) mag de verzekeraar niet aan het CVZ melden dat hij aan alle verplichtingen heeft voldaan en er derhalve een rechtsgeldige zesmaandsmelding plaatsvindt. De beslissing waarbij de

verzekeringnemer in het ongelijk wordt gesteld moet onherroepelijk zijn, zegt de memorie van toelichting op pagina 37. Hoe moet ik mij dat bij een geschillenbeslechtsprocedure als die van de SKGZ voorstellen? Hoe lang denkt de minister dat dit duurt in het geval van de burgerlijke rechter en de geschillenbeslechting?

Wanneer de verzekerde de weg van de burgerlijke rechter kiest, rijst de vraag of dat bij dagvaarding of bij verzoekschrift moet. Dat laatste lijkt voor de hand te liggen, maar de tekst van de wet biedt daarvoor geen aanknopingspunt. Het wetsvoorstel gaat uit van louter civielrechtelijke rechtsbescherming, maar blijft voor het overige op twee gedachten hinken. Dit blijkt onder andere uit een passage op pagina 15 van de memorie van antwoord aan deze Kamer waarin gesproken wordt over een privaatrechtelijke bezwaar- en beroepsprocedure. Het mag duidelijk zijn dat het voor veel juristen, in ieder geval voor mij, gruwelijk is dat dit soort taal wordt gebruikt. Die zou zeker moeten worden uitgebannen. Daar komt bij dat de gang naar de bestuursrechter bepaald niet is uitgesloten, met name wanneer het gaat om het treffen van een voorlopige voorziening. Een verklaring uitgebracht door een verzekeraar aan het CVZ dat aan alle voorschriften is voldaan, hoeft niet juist te zijn, bijvoorbeeld omdat nog een SKGZ-procedure loopt. Dan valt niet in te zien dat de verzekerde slechts toegang zou hebben tot de voorzieningenrechter van de sector civiel in de rechtbank en niet ook tot de voorzieningenrechter in de sector bestuursrecht.

Deze laatste vraag brengt mij dan ook meteen bij een kernprobleem in het wetsvoorstel, namelijk de aard en de grondslag van de bestuursrechtelijke premie voor de opslag. De aard van de opslag is bepaald door het doel: een prikkel om hetzij tijdig een betalingsregeling te treffen, dan wel schuldhulpverlening in te roepen, hetzij betalingsverplichtingen jegens de verzekeraar tijdig na te komen. Het voegt dus in zekere zin leed toe. De aldus ontvangen middelen worden vervolgens mede aangewend om kosten van dit systeem te bestrijden, maar dat maakt de opslag nog niet tot een retributie of een kostenaanslag. Anders gezegd: de opslag heeft een sterk boetekarakter. In feite blijkt dat ook uit de wijze van berekening. Zou het een opslag zijn over de werkelijk verschuldigde achterstallige zorgpremie, dan zou men nog kunnen zeggen dat het om incassokosten gaat, maar dat is niet het geval. De 30% opslag wordt immers gerelateerd aan de standaardpremie zodat, afhankelijk van de hoogte van de werkelijke premie, de ene verzekerde meer kwijt is aan opslag dan de andere. De opslag heeft dus een gedifferentieerd karakter in overigens gelijke gevallen, op zich al een bron van geschillen. De opslag van 30% heeft ook niet het karakter van een reparatoire boete omdat niet de bedoeling om een schade te herstellen vooropstaat, maar de prikkel om tot het gewenste gedrag te komen, de speciale preventie. Het punitieve karakter staat voorop.

De grondslag moet blijkens het voorstel en de toelichting erop worden gezocht binnen het civiele recht. Binnen het civiele recht is daar echter geen grondslag voor te vinden. De boete kan civielrechtelijk worden overeengekomen, maar is altijd voor rechterlijke matiging vatbaar zegt het Burgerlijk Wetboek. Een boete op niet-betaling van een geldsom is uitgesloten. Enkel kan rente worden gevorderd: de wettelijke rente bij wijze van vertragingsschade, of anders compensatoire rente

## Van de Beeten

die hier niet aan de orde is. Een door de wet, in dit geval de Zorgverzekeringswet, opgelegde boete past dan ook in het geheel niet in het civielrechtelijk systeem.

Dit alles leidt tot de onvermijdelijke conclusie dat de beoogde opslag van 30% op de standaardpremie moet worden aangemerkt als een bestuursrechtelijke boete die zal vallen onder de Vierde tranche van de Algemene wet bestuursrecht die wij toevalligerwijze vandaag hebben aangenomen. De enkele omstandigheid dat het CVZ in deze wet geen zelfstandige beoordelingsruimte krijgt voor het al dan niet opleggen van die boete, doet aan het karakter ervan niet af en doet dus ook niet af aan de omstandigheid dat de rechter alle voorschriften met betrekking tot bestuurlijke boetes van toepassing zal achten op een en ander. Dat betekent toepassing van alle voorschriften van openbare orde die nu in de Vierde tranche worden gecodificeerd, te beginnen met de cautieplicht, de waarschuwing dat men niet tot antwoorden gehouden is.

Een volgend niet onbelangrijk probleem betreft de preferentie van de bestuursrechtelijke premie en de gevolgen daarvan voor de schuldhulpverlening. Op zichzelf heeft de minister gelijk als hij in zijn antwoorden aan deze Kamer opmerkt dat de onmachtige wanbetaler door het sluiten van een stabilisatieovereenkomst voorkomt dat het tot heffing van de bestuursrechtelijke premie komt. De vraag is echter of in de praktijk onmachtige wanbetalers wel zo adequaat zullen reageren. Degenen die dat doen, zullen doorgaans nog enige controle over hun financiële handel en wandel uitoefenen. Degenen die het niet doen, zijn vaak in de praktijk ook de kwetsbaarsten. Alleen wanneer gemeenten adequaat in actie komen na meldingen van zorgverzekeraars valt te verwachten dat deze categorie onmachtige wanbetalers toch nog tijdig een stabilisatieovereenkomst sluit. In het algemeen krijgt men bij lezing van het wetsvoorstel en de stukken de indruk dat er in feite geen sprake is van één keten van betrokkenen, partijen en instanties, maar van meerdere ketens, waarbij de onderlinge afstemming een probleem op zichzelf vormt. Toen het ging over de jeugdzorg heb ik minister Rouvoet, in meer dan één opzicht collega van deze minister, gewezen op de wenselijkheid om rechters de bevoegdheid te geven in het ene type procedure taken uit te oefenen die formeel in een andere procedure thuishoren. Ook hier ben ik geneigd daarin een oplossing te zoeken. Ik kom daar zo nog op terug.

Een derde aspect dat de aandacht verdient, betreft de lasten voor het bedrijfsleven. Ik tender er eerlijk gezegd naar de minister op dit punt in belangrijke mate te volgen wanneer hij zegt dat werkgevers geregeld worden geconfronteerd met loonbeslag. Ook zorgverzekeraars kunnen van dat middel gebruikmaken. Als zij dat doen, heeft dat praktisch gesproken dezelfde administratieve last als de heffing door het CVZ van de bestuursrechtelijke premie. Hierbij is het voor werkgevers wellicht zelfs overzichtelijker wanneer het door één instantie, te weten het CVZ, kan worden afgehandeld, dan wanneer men met meerdere deurwaarders te maken heeft die voor meerdere zorgverzekeraars optreden. Niettemin heeft met name de preferentie die is verbonden aan de bestuursrechtelijke premie natuurlijk wel weer consequenties. In een situatie waarin loonbeslag is gelegd en vervolgens een bestuursrechtelijke premie wordt geheven, zal de werkgever moeten gaan uitrekenen wat dan nog voor het loonbeslag overblijft. In feite zal de

werkgever dan terug moeten naar de deurwaarder die het loonbeslag legde om een en ander te laten herberekenen.

Na al deze problemen en bezwaren te hebben opgeworpen, kan de vraag rijzen wat mijn alternatief is. In beginsel kan deze Kamer en kunnen ook fracties in deze Kamer die vraag onbeantwoord laten. De Eerste Kamer heeft geen recht van initiatief, ook geen recht van amendement en geeft een finale beoordeling van een wetsvoorstel. Ook politiek gezien is het niet in de eerste plaats aan de woordvoerders in deze Kamer om alternatieven aan te dragen. Niettemin wil ik wel wijzen op een mogelijkheid daartoe, evenals collega Swenker dat heeft gedaan. Daarbij neem ik met de minister als uitgangspunt dat een prikkel nodig is om te komen tot oplossing van het probleem, een prikkel die individueel gevoeld wordt. Het is echter zaak om een en ander zo in te richten dat de prikkel een gewenst bijkomend effect is van de gekozen grondslag en niet het hoofddoel. Kijkt men naar de kosten van de wanbetalersproblematiek dan bestaan die ten eerste uit het bedrag dat gemoeid is met niet-verhaalbaarheid van verschuldigde premies en ten tweede uit de kosten van incasso. Het eerste element, het debiteurenrisico, wordt in beginsel door de verzekeraar gedragen en moet gedekt worden uit alle premieinkomsten die de verzekeraar ontvangt. De vraag is of dat, ook economisch gezien, nodig en logisch is. Waarom zouden wanbetalers niet gezamenlijk een groter stuk van het debiteurenrisico dragen, ook procentueel gezien, dan alle overige zorgverzekerden die wel keurig betalen? Is een verzekerde eenmaal een wanbetaler dan is daarmee gebleken dat hij in dit opzicht een groter risico is voor de verzekeraar. Men zou dan een opslag op de premie kunnen beschouwen als een premie voor het kredietrisico dat de verzekeraar op die verzekerde neemt, respectievelijk draagt. De opbrengst van die kredietpremie wordt dan in de pot gestopt waaruit ook de daadwerkelijke risico's worden gedekt. Dat heeft niet het karakter van een boete, het is ook geen fictieve premie, het is simpelweg een reële risicopremie. Wat de incassokosten betreft is het in veel algemene voorwaarden in het bedrijfsleven gebruikelijk om op de uitstaande post een forfaitair percentage van 15 te hanteren. In de rechtspraak ziet men dat het bedrag dat dan uit de rekening komt nog wel eens wordt gematigd door de rechter als duidelijk is dat sprake is van een wanverhouding tussen de werkelijke incassokosten en het bedrag dat uit dat forfaitaire percentage voortvloeit. We kunnen er in het geval van de wanbetalers bij zorgverzekeringen van uitgaan, dat die wanverhouding zich niet voordoet als we een percentage van 15 of zelfs 30 zouden aanhouden. Voor beide elementen van de grondslag van een opslag, op te leggen aan wanbetalers, is dus een louter civielrechtelijke redenering te geven, waarbij het bijkomend effect wel degelijk is dat een verzekerde wordt geconfronteerd met een hogere verplichting tegenover de verzekeraar die het effect heeft van een prikkel om zijn gedrag te beïnvloeden. Er is ook juridisch niets op tegen om bij wet zowel die forfaitaire incassokosten vast te stellen als krachtens de wet een opslag voor het kredietrisico te bepalen, te relateren aan de werkelijke premie, niet aan de standaardpremie.

Dan de versterking van de verhaalsmogelijkheden voor de verzekeraars. Die versterking wordt immers in het voorliggende wetsvoorstel beoogd met de bestuursrechtelijke premie. Zoals gezegd, begeeft de wetgever

## Van de Beeten

zich daarmee op zijn minst op glad ijs en zie ik voorhands die opslag van 30% als een bestuursrechtelijke boete met een punitief karakter met alle consequenties van dien. Die consequenties kunnen worden vermeden, indien bij wet de zorgverzekeraar een pandrecht wordt toegekend in het geval van achterstallige betalingen op loon, andere periodieke uitkeringen en zorgtoeslag. Het pandrecht is een gekend fenomeen in het Burgerlijk Wetboek, zij het dat de wet hier bij onder andere loon de beperking bevat tot aan de beslagvrije voet. Ik meen artikel 633, Boek 7. Alvorens een dergelijk pandrecht te kunnen uitoefenen – wat op zichzelf buiten de rechter om kan – zou echter in dit geval moeten worden bepaald, dat op dezelfde voet als geldt voor de toestemming om loonbeslag of beslag op andere periodieke uitkeringen te leggen, de voorzieningenrechter toestemming moet geven en standaard een hoorzitting bepaalt waarvoor de betrokken verzekerde ook wordt opgeroepen. Door kennisgeving van het pandrecht aan de betrokken werkgever of uitkeringsinstantie wordt in financiële zin de situatie bevroren; voor het bedrag van de zorgverzekeringpremies mag de werkgever of de uitkeringsinstantie geen uitbetaling doen. Daar blijft het echter dan niet bij: door de hoorzitting bij de voorzieningenrechter krijgt de verzekerde onmiddellijk de gelegenheid om zijn eventuele verweer te voeren.

Belangrijker nog is echter dat de voorzieningenrechter de bevoegdheid zou moeten worden gegeven om ook direct de Wet schuldsanering natuurlijke personen toe te passen of anderszins van de zitting gebruik te maken om het schuldhulpverleningstraject te starten. Dat vereist dan goede coördinatie met schuldhulpverleningsinstanties. Ook is het dan uiteraard zinvol dat bij de oproeping de verzekerde direct te horen krijgt dat deze mogelijkheid aan de orde kan komen en hij vooruitlopend daarop al contact kan opnemen met de gemeente of schuldhulpverleningsinstanties. Het voordeel van een dergelijke aanpak is dat men binnen het systeem van het burgerlijk recht blijft, de rechtsbescherming direct adequaat geregeld is en bovendien in een zo vroeg mogelijk stadium de betalingsonmachtigen worden gescheiden van de betalingsonwilligen.

De **voorzitter**: Kunt u afronden, mijnheer Van de Beeten?

De heer **Van de Beeten** (CDA): Ik rond af met de opmerking dat ik eventueel nog nadere opmerkingen zal maken in tweede termijn.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Voorzitter. Ik mag het woord mede namens de fracties van SGP, ChristenUnie, GroenLinks, de Partij voor de Dieren en D66 voeren.

De voorliggende wetswijziging is door de minister aangekondigd tijdens de discussies in oktober 2008 over wetsvoorstel 30918. In dat wetsvoorstel werd voorgesteld het incassoregime van zorgverzekeraars bij de inning van de zorgpremie te verzwaren. Als ze zich daarvoor inspanden kregen ze na zes maanden premieachterstand compensatie uit het Zorgverzekeringsfonds, een fonds beheerd door het College voor zorgverzekeringen. Verzekerden die vallen onder dit regime, de zogenaamde wanbetalers, zouden dan niet meer geroyeerd kunnen worden. Hierdoor zou het aantal onverzekerden niet

meer toenemen en werd ook een carroussel voorkomen van verzekerden die zich steeds bij een nieuwe zorgverzekeraar aanmelden, die immers een acceptatieplicht heeft. Bezwaar van die regeling was dat het fonds gevuld werd met inkomsten uit de heffing van de inkomensafhankelijke premie, waardoor we in feite met ons allen de premies van wanbetalers opbrengen.

Het voorliggende wetsvoorstel brengt daar verandering in. Er is voor gekozen om het CVZ de bevoegdheid te verlenen een vervangende hogere bestuursrechtelijke premie te laten heffen en deze op de inkomstenbronnen van de wanbetaler te laten inhouden of deze bij dwangbevel in te vorderen, op het moment dat de zorgverzekeraar een premieachterstand van zes maanden meldt aan het CVZ. Ook krijgt het CVZ de bevoegdheid bij de Belastingdienst de eventuele zorgtoeslag van de wanbetaler te claimen want deze ook wordt beschouwd als een inkomstenbron.

De fracties waar ik het woord voor voer, juichen het streven van de minister toe om het aantal wanbetalers, dat aanzienlijk is, te verminderen. Toch zijn er bij de uitwerking van dit streven wel wat kanttekeningen te plaatsen. Volgens het persbericht van het Centraal Bureau voor de Statistiek van 28 april jongstleden waren er eind 2008 280.000 wanbetalers en meer dan 95.000 personen staan al drie jaar te boek als wanbetaler. Verhoudingsgewijs zijn allochtonen drie maal zo vaak wanbetaler als autochtonen. De vaste kern bevat relatief meer eenoudergezinnen. Uit deze gegevens zijn wel wat conclusies te trekken en ik hoor graag van de minister of hij die met mij deelt. De inspanningen die zorgverzekeraars tot nu toe hebben geleverd om wanbetalers middels een incassoregime weer aan het betalen te krijgen, hebben nog niet veel resultaat. Zegt dat wat over het gebrek aan inzet van de zorgverzekeraars of doet dat vermoeden dat het resultaat sowieso twijfelachtig is? De groep wanbetalers is een heterogene groep en bevat zowel mensen die niet willen als ook die niet kunnen betalen. Allochtonen zullen vaker in de laatste categorie vallen; hetzelfde geldt voor eenoudergezinnen. Wat doet de minister denken dat het met het voorliggende wetsvoorstel wel gaat lukken om met name deze categorieën te laten betalen? Ook zijn we benieuwd of er onderzoek wordt verricht naar de omvang van de groep die niet wil betalen en naar de motieven die daaraan ten grondslag liggen. Tot nu toe hebben we de indruk dat er geen onderzoek naar is verricht en het lijkt ons toch voor de hand te liggen dat daar vooral energie in gestoken wordt als men deze groep wanbetalers wil verkleinen. Wordt er door zorgverzekeraars geregistreerd wat het zorggebruik is van wanbetalers?

Zo kom ik bij de vraag naar uitvoerbaarheid en tijdstip van inwerkingtreding van het wetsvoorstel. Het lijkt erop dat zorgverzekeraars niet allemaal gelijktijdig klaar zijn voor de implementatie. Het CVZ zal de minister adviseren over de datum van inwerkingtreding naar aanleiding van gesprekken die het voert met de zorgverzekeraars. Samen met die zorgverzekeraars onderzoekt het CVZ de mogelijkheden van gefaseerde invoering. Wie of wat bepaalt dat de wet wordt ingevoerd? Als sommige zorgverzekeraars wel en andere nog niet klaar zijn, is dat ook erg onduidelijk voor gemeenten, werkgevers en schuldhulpverleners. Wat is de uiterste datum waarop zorgverzekeraars hun systemen op orde moeten hebben? Kan het CVZ de

## Slagter-Roukema

verzekeraars dwingen om mee te werken? Heeft het daartoe sanctiemogelijkheden?

Overigens maken wij ons toch nog steeds wel zorgen of het CVZ werkelijk systeemtechnisch in staat is om zijn taken uit te voeren. De minister meldt dat het CVZ per 1 juli een nieuw computersysteem operationeel zal hebben, maar het CVZ heeft ook zelf gemeld dat er een limiet is aan het aantal personen dat per maand kan worden verwerkt na aanmelding voor de bronheffing. Is de minister zich ervan bewust dat juist voor de doelgroep van wanbetalers die niet kunnen betalen een ten onrechte opgelegde bestuursrechtelijke premie een ramp kan betekenen? Die kans zit er in bij een nieuw systeem, dat bovendien direct bij de start overbelast kan raken.

Hoe verlopen de contacten van het CVZ met het CJIB dat de bestuursrechtelijke premie moet gaan innen? Het is ons overigens niet duidelijk wat door het CJIB wordt geïnd en wat door het CVZ. Int de eerste de 30% boeteopslag en probeert het CVZ op verschillende manieren, zoals bronheffing bij de verschillende bronhouders en door de Belastingdienst te verzoeken de zorgtoeslag over te maken, de 100% bij elkaar te sprokkelen? Dat vergt nogal wat finetuning. Graag een toelichting daarop.

Het convenant tussen Divosa, NVVK, SZW, VWS en ZN waar sinds 2008 aan wordt gewerkt, waarin afspraken worden gemaakt om te voorkomen dat sociale minima te maken krijgen met maatregelen tegen wanbetaling en om deze, als dat toch gebeurt, zo snel mogelijk ongedaan te maken, is nog steeds niet verder dan de concepttekst. De VNG wil pas, zoals vermeld staat in de nadere memorie van antwoord een bestuurlijk oordeel geven nadat het wetsvoorstel is aangenomen in de Eerste Kamer. Wat is daarvan de achtergrond en welke motivering ligt daaraan ten grondslag? Gemeenten en sociale diensten wordt een aantal taken toebedeeld met dit wetsvoorstel. Zijn ze wel in staat en bereid het uit te voeren? Wat als het bestuurlijk oordeel van de VNG negatief uitvalt?

De toezegging dat de bestuursrechtelijke premie via bronheffing bij bijstandsuitkeringen beperkt blijft tot de standaardpremie, dus geen opslag van 30%, is niet in het wetsvoorstel geregeld. Wij vinden het een goede toezegging maar hoe wordt dit juridisch geregeld? Wie bewaakt dit? De cliënt, de sociale dienst of het CVZ? Met andere woorden: int het CVZ in geval van een bijstandsgerechtigde inderdaad niet meer dan de standaardpremie? Hoe weet het college dit? Ook als de wanbetaler, daartoe eventueel aangespoord door de zorgverzekeraar, een traject van schuldhulpverlening is ingegaan of een stabilisatieovereenkomst heeft gesloten, bedraagt de bronheffing geen 130%, maar 100% van de standaardpremie. Volgens mij is dat trouwens de standaardrekenpremie, zeg ik in antwoord op collega Van de Beeten. Het is echter onduidelijk wie een stabilisatieovereenkomst sluit, wie het initiatief moet nemen, tussen wie de overeenkomst wordt gesloten en wat de juridische status ervan is. Volgens een memo van de dienst Sociale Zaken van Den Haag bevindt dit instrument zich nog in de implementatiefase en moet de bruikbaarheid zich nog in de praktijk bewijzen. Er is nog maar weinig ervaring mee. Graag krijg ik een verheldering van de minister. Er wordt in de nadere memorie van antwoord gesproken over een convenant tussen ZN en NVVK. Hoever zijn ze daarmee en wat is de status van dat convenant?

Na het afsluiten van een stabilisatieovereenkomst wordt gewerkt aan een regeling voor de schulden. De betaling van de zorgpremie, in dat geval geïnd door het CVZ, is met voorrang boven andere schulden verschuldigd. Tot de schulden die onder de regeling vallen, behoren ook de tot dan toe niet betaalde zorgpremies, waarbij de zorgverzekeraar als eiser optreedt, naast andere schuldeisers. Die schuldenpost kan zo hoog zijn dat hij never nooit niet afgelost zal kunnen worden. Is de minister bereid er bij de zorgverzekeraars op aan te dringen dat zij, als er een minnelijke regeling met de diverse schuldeisers door de schuldhulpverlener wordt getroffen, net als anderen zullen afzien van aanzienlijke restschulden? Kan de minister in dit verband toezeggen dat hij er bij zijn collega van SZW op zal aandringen dat in de wettelijke regeling van gemeentelijke schuldhulpverlening geregeld wordt dat alle publieke voorzieningen en nutsvoorzieningen meewerken aan een minnelijke schuldenregeling?

Er blijft overigens licht zitten tussen de bewering van de minister dat het voor de werkgevers weinig aanpassing van de salarisadministraties vergt om broninhouding te plegen en de zorgen van VNO-NCW en MKB-Nederland. Zij zeggen dat dit wetsvoorstel veel administratieve lasten voor werkgevers meebrengt. Dat staat toch diametraal tegenover elkaar? De minister voert steeds aan dat het eigenlijk gelijk staat aan het inhouden van loon voor een personeelsuitje, maar dat doet geen recht aan de voorliggende problematiek. Natuurlijk hebben werkgevers er ook belang bij dat het aantal wanbetalers zo klein mogelijk is en dat hun werknemers tegen ziektekosten verzekerd zijn. Als er echter een inspanning van hen wordt gevraagd, zoals met dit wetsvoorstel, moeten ze wel serieus genomen worden. Is de minister bereid om met de werkgevers mee te denken over de vraag hoe de door hen verwachte pijn toch wat verzacht kan worden?

Wij zijn met de minister van mening dat er alles aan gedaan moet worden om het aantal wanbetalers terug te dringen, maar zijn ook van mening dat er een onderscheid gemaakt dient te worden tussen hen die niet kunnen en hen die niet willen betalen. Uit de memorie en de nadere memorie van antwoord leiden wij af dat de minister die mening met ons deelt. Toch vinden we daarvan in de uitwerking van dit wetsvoorstel en in de verschillende toelichtingen daarop niet zoveel terug. Daarom zouden we graag van de minister nog eens willen horen of hij inderdaad met ons van mening is dat de maatschappij solidair moet zijn met mensen die door een aantal redenen, waar ze zelf niet de hand in hadden, onder het bestaansminimum dreigen te zakken. Met dit wetsvoorstel dreigen zij eerder verder af te zakken dan dat ze erbovenop komen.

De minister legt in beide memories veel verantwoordelijkheid bij gemeenten en sociale diensten. Hij wil de gemeenten in een handreiking duidelijk maken hoe hij vindt dat zij de drie verschillende rollen die ze volgens hem in het licht van dit wetsvoorstel hebben, dienen te vervullen. Voor alle drie de rollen – inkomensverschaffer, (schuld)hulpverlener en beheerder van de collectieve zorgverzekering voor minima – ligt de eindverantwoordelijkheid toch centraal. Die verantwoordelijkheid zal de komende tijd alleen maar zwaarder worden omdat het aantal mensen dat aanspraak zal gaan maken op een bijstandsuitkering, alleen maar zal toenemen. Daarom tot slot de vraag of de minister zich eindverantwoordelijk

## Slagter-Roukema

voelt en of hij daarom de gemeenten niet alleen met woorden maar ook met daden gaat faciliteren. Wij zien de reactie van de minister met belangstelling tegemoet.

□

De heer **Putters** (PvdA): Voorzitter. De fractie van de PvdA staat in hoofdlijnen positief tegenover een wetsvoorstel dat beoogt om het aantal mensen dat niet of niet tijdig voldoet aan de verplichting om zorgpremie te betalen, terug te dringen. Wanbetaling bedreigt de solidariteit in het stelsel en verdient daarom een goede analyse van de oorzaken en gepaste maatregelen om het op te lossen. De vraag is of de analyse en oplossingsrichtingen die nu voorliggen ons echt een structurele en solidaire aanpak van wanbetaling opleveren. Wij sluiten ons graag aan bij de gecombineerde inbreng van de fracties van de SP, GroenLinks, ChristenUnie en SGP. Wij herhalen die vragen dus niet, maar lichten er wel enkele punten uit waarover wij nog nadere vragen willen stellen.

De probleemanalyse die het kabinet maakt, luidt als volgt. Er is een groeiende groep van inmiddels bijna 300.000 mensen die de zorgverzekering niet kunnen of willen betalen. In 2008 was een instroom van 108.000 wanbetalers te zien. Voor het grootste deel zijn dit mannen, is er sprake van een gelijk aandeel autochtonen en allochtonen, zijn het relatief veel mensen tussen de 25 en 60 jaar en zijn het ouders van eenoudergezinnen. Het probleem is ook dat een deel van hen steeds overstapt naar een andere verzekeraar, die een acceptatieplicht heeft. Ook daar voldoen zij niet aan hun betalingsverplichtingen en weigeren zij structureel om boetes te betalen. Het begint ten aanzien van de zorg een beetje een liedje te worden dat zich herhaalt. Het zijn de problemen die wij bij de eerdere behandeling van het wetsvoorstel over de wanbetalers al signaleerden en vreesden.

Dan kom ik op de oplossingen voor dit probleem. Op dit moment kan de verschuldigde premie enkel rechtstreeks op het inkomen worden ingehouden en er kunnen sancties in de vorm van boetes worden opgelegd. Het wetsvoorstel beoogt mogelijkheden te creëren om tot betalingsregelingen te komen tussen verzekeraars en verzekeringsnemers. De automatische machtiging tot inning maakt daar onderdeel van uit en is volgens ons ook een goed instrument in preventieve zin. Ik kom daar zo nog even op terug. Daarnaast wordt over dreigende wanbetaling duidelijk gecommuniceerd met de betrokkene om hem tot betaling of een betalingsregeling aan te sporen. Als dat niet helpt, wordt een andere optie mogelijk gemaakt, namelijk dat het College van Zorgverzekeringen de betalingsrelatie overneemt van de zorgverzekeraar en een hogere bestuursrechtelijke premie inhoudt op de inkomensbronnen van de verzekeringsnemer. Dat loopt dan via de werkgever die de afdracht aan het CVZ moet doen.

De PvdA-fractie heeft enkele vragen bij de effectiviteit en houdbaarheid van deze aanpak. Wij begrijpen de intenties, maar het neemt de oorzaken van wanbetaling naar ons idee nog te weinig weg. Wij menen dat het CVZ die betalingsrelatie niet eerder zou moeten overnemen dan nadat duidelijk is dat er goed geschakeld wordt met de instanties die mensen proberen te stimuleren om uit het dal van oplopende schulden te komen en daarbij de juiste prioriteiten te stellen. Ergernis over wanbetaling

moet immers niet onze inspanning gaan doorkruisen om mensen zelfredzaam te laten zijn. Wij willen daarom nog een drietal punten benadrukken.

De oorzaken van wanbetaling vragen om een balans tussen repressie en preventie. Met het uitdelen van boetes en het sluiten van betalingsregelingen denkt de regering sterk in maatregelen die repressief en reactief zijn. Voorkomen is echter ook hier beter dan genezen. Welke consequenties trekt de minister uit de analyse dat het vooral om mannen van jonge en middelbare leeftijd gaat uit zowel autochtone als allochtone groepen en eenoudergezinnen? Een van de manieren om wanbetaling te voorkomen, is doelgroepgerichte voorlichting. Daarover spraken we ook in 2007 uitgebreid. Wat zijn de resultaten daarvan en kan dat beter? Daarnaast is het kabinet druk bezig om convenanten te sluiten met tal van partijen, waaronder gemeenten, sociale diensten en zorgverzekeraars. Mevrouw Slagter heeft er ook een aantal dingen over gezegd. Stimuleert het kabinet daarbij gemeenten om collectieve contracten af te sluiten voor de sociale minima, zodat voorkomen kan worden dat wanbetaling ontstaat? Hoeveel gemeenten doen dit al en welke effecten heeft dat?

In de preventieve sfeer passen ook de automatische incasso en de schuldhelpverlening. Daar wil ik nu op ingaan. In het debat in 2007 heeft onze fractie de minister uitdrukkelijk verzocht het mogelijk te maken dat verzekerden hun premie via een automatische incasso laten innen, zodat verzekeringnemers vrijwillig vroegtijdig een betalingsachterstand kunnen voorkomen. Betalingsachterstanden ontstaan immers niet altijd uit onwil of onkunde, maar ook omdat mensen geen uitweg meer zien in krappe tijden. Zeker nu de zorgpremie niet langer onvrijwillig op het loon wordt ingehouden, is dit een groter wordend probleem. Wij zijn blij dat de minister deze suggestie heeft gevolgd. Wij vragen ons nog wel af hoe de vrijwillige automatische incasso concreet in zijn werk gaat. Kan er al geïnd worden op het loon of de uitkering, of pas nadat er al uitbetaald is en dus vanaf de eigen rekening? Dat is een wezenlijk verschil, want het gaat er nu juist om dat mensen ervoor willen kiezen niet in de verleiding te komen het geld aan iets anders uit te geven. Het meest effectief is dan inhouding op loon of uitkering. Op welke wijze worden mensen hierop tijdig – en dus preventief – geattendeerd? Kan de regering tevens een inschatting geven van het aantal mensen dat hier gebruik van zal maken en of de regering dat wenselijk vindt?

Tot onze tevredenheid komen we hiermee trouwens steeds een stapje dichterbij de verplichte en automatische premie-inning zoals die vroeger plaatsvond. Dat zou overigens een hoop rompslomp schelen, ook voor werkgevers en het CVZ. In die lijn redenerend vragen wij ons overigens ook nog steeds af waarom gekozen is voor een bestuursrechtelijke route via het CVZ. Ik kom daar straks op terug, maar zelfs dan is de vraag waarom de Belastingdienst dit niet kan innen.

Over de boetes bij wanbetaling heeft de minister toegezegd dat het bij de bronheffing bij bijstandsgerechtigden alleen de standaardpremie betreft en niet een opslag van 30% zoals in andere gevallen. Dat vinden wij een belangrijke toezegging. Het kan immers niet zo zijn dat mensen die onmachtig zijn om hun zorgverzekeringspremie te betalen, bij het verevenen van de betalingsachterstand beneden het sociaal minimum

## Putters

komen. Kan de minister bevestigen dat dit het geval is, ook als er sprake is van boetes?

Schuldhelpverlening gaat wat ons betreft boven de preferente schuldeis van de zorgverzekeringen. De wet introduceert de preferente schuldeiserspositie vanuit de zorgverzekeringen. Daar zijn terecht nogal wat bedenkingen bij geuit in onze richting, met name vanuit de wereld van de sociale diensten en hun activiteiten in het kader van de schuldhelpverlening. Wij hadden bedenkingen bij de voorrang voor de zorgpremieschuld op bijvoorbeeld de huurschuld of achterstand met betaling aan nutsvoorzieningen. Daar moet nu juist in de schuldhelpverlening op maat een regeling getroffen kunnen worden. In de schriftelijke antwoorden geeft de minister ons nu aan dat de preferente schuldeis niet een schuldhelpverleningsplan of betalingsregeling doorkruist. Als dat er is, worden daarin de afspraken over het aflossen van schulden gemaakt. Dat is voor ons en voor de handelingsruimte van sociale diensten een belangrijk punt.

De bronheffing vindt plaats op de standaardpremie en bij bijstandsgerechtigden is geen sprake van een opslag van 30%. Ook dat is een belangrijke toezegging, omdat anders in een groot aantal gevallen de hele aflossingscapaciteit in beslag genomen wordt en de mogelijkheid wordt geblokkeerd om alsnog ook met andere crediteuren tot regelingen te komen om een ontstane betalingsachterstand in te lopen.

Desalniettemin zijn er nog enkele vragen over de juridische regeling hiervan, die al door voorgaande sprekers zijn gesteld. Die regeling staat ten aanzien van de bijstandsgerechtigden immers niet zo in de wet. Ook over de wijze waarop de uitvoering conform deze toezegging wordt bewaakt, horen wij graag meer.

Tot slot de uitvoerbaarheid. Hoewel de minister in zijn schriftelijke antwoorden uitgebreid en ook adequaat ingaat op vragen vanuit onze Kamer en de kritiek van de Raad van State dat de bestuursrechtelijke premie als instrument binnen de privaatrechtelijke zorgverzekering wordt gebruikt, blijven er juridisch en uitvoeringstechnisch nog wel zorgen. Zo is het de vraag of verevening van private verzekeraars door de schuldeis publiekrechtelijk over te nemen na zes maanden, voldoende prikkels geeft om activiteiten te ontplooiën om wanbetaling te voorkomen. Waarom is bijvoorbeeld niet gekozen voor de herverzekeringsvariant, waarbij verzekeraars zich herverzekeren voor wanbetaling en zo meer prikkel houden om wanbetaling te voorkomen en er bovendien geen problemen ontstaan met de preferente schuldeis? Daarnaast worden werkgevers nu door het CVZ verplicht om de bestuursrechtelijke premie in te houden op het loon en aan het CVZ af te dragen. Dat kan tot bewerkelijke incassoactiviteiten leiden die ook hen voor kosten stelt. Dit wetsvoorstel komt niet uit de lucht vallen en er is al eerder over gecommuniceerd, maar zijn er geen alternatieve, simpelere, minder bureaucratische en prikkelendere opties overwogen? Ik heb er zojuist één genoemd, namelijk de herverzekeringsvariant. Wij willen daarover toch nog een goede argumentatie van de minister horen.

Mijn fractie zei het al bij de aanvang van deze inbreng: het kan niet zo zijn dat onze ergernis over wanbetaling vooral leidt tot repressie en te weinig tot actie ter voorkoming van wanbetaling. Voor ons is echter cruciaal dat de minister duidelijk maakt dat er goed geschakeld moet worden met gemeenten, sociale diensten,

werkgevers, woningcorporaties en andere instanties om olopemde schulden effectief te voorkomen door passende betalingsregelingen, budgetbegeleiding, doelgroepgerichte voorlichting en automatische incasso, én dat de preferente schuldeis vanuit de zorgpremie daarvoor geen belemmering vormt. Op die punten ontvangen wij graag nog een heldere toezegging.

Voor de PvdA fractie leidt dit tot twee verzoeken. Allereerst willen wij het effect van deze wetswijziging op de daling van het aantal wanbetalers graag gerapporteerd krijgen. Wordt met dit wetsvoorstel bereikt wat er mee beoogd wordt? Ten tweede: wil de minister, hoewel wij de wetstekst niet kunnen wijzigen, een horizonbepaling overwegen en is hij bereid om de nu gekozen route naar aanleiding van het hopelijk afnemende aantal wanbetalers af te zetten tegen mogelijk effectievere alternatieven?

Wij wachten de antwoorden van de minister graag af.

De beraadslaging wordt geschorst.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

---

Aan de orde is de behandeling van:

- **het wetsvoorstel Wijziging van de Werkloosheidswet in verband met het vergroten van kansen op werk voor langdurig werklozen (31767).**

De beraadslaging wordt geopend.

□

Mevrouw **Westerveld** (PvdA): Mevrouw de voorzitter. Ik voer het woord mede namens de fracties van de VVD en de SP. Het wetsvoorstel waarover wij vandaag spreken, maakt onderdeel uit van een pakket maatregelen dat erop gericht is de kansen op werk voor langdurig werklozen te vergroten. Die vergroting heeft langs twee lijnen plaats. Er komt een andere verrekenings-systeematiek in de WW die ervoor zorgt dat werken meer dan nu het geval is, gaat lonen. Op die manier wordt een positieve prikkel tot werkhervatting geïntroduceerd en neemt de kans dat een langdurig werkloze elke kans op arbeid die voorbijkomt ook aanpakt, toe. Mijn fractie ondersteunt deze aanpak en daarmee ook dit wetsvoorstel. Wat ons betreft kan de minister vanavond naar huis met het tevreden gevoel dat hij weer een onderdeel van "het plan Donner" heeft verwezenlijkt.

De tweede lijn is een maatregel die het sanctie-instrumentarium in de Werkloosheidswet aanscherpt. Om die maatregel gaat het ons vandaag, of juist, het gaat ons niet zozeer om de inhoud van de maatregel, het gaat om de route die de minister heeft bewandeld om de maatregel te treffen. Sterker, wij vragen ons af of hier wel sprake is van een maatregel. Wat is er aan de hand? Artikel 24, eerste lid, van de WW legt aan de werknemer de verplichting op, te voorkomen dat hij werkloos wordt, is of blijft doordat hij in onvoldoende mate tracht passende arbeid te verkrijgen, nalaat aangeboden passende arbeid te aanvaarden, of doordat hij door eigen toedoen geen passende arbeid verkrijgt of behoudt, of eisen stelt die het aanvaarden of verkrijgen van passende arbeid belemmeren. Ik parafraseer nu een beetje maar dit is in essentie waar deze wetsbepaling op neerkomt.

---

Aan de orde is de voortzetting van de behandeling van:  
- **het wetsvoorstel Wijziging van de Zorgverzekeringwet, de Wet op de zorgtoeslag en enige andere wetten, houdende maatregelen om ook wanbetalers voor hun zorgverzekering te laten betalen (structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering) (31736).**

De beraadslaging wordt hervat.

Minister **Klink**: Voorzitter. Ik zei net tegen een van uw collega's dat ik, als ik hier sta, steeds het déjà vu heb dat de gezondheidszorg toch buitengewoon ingewikkeld is geregeld. Vergeeft u mij deze verzuchting, maar ik voeg er direct aan toe dat het – ik meen het oprecht, in aansluiting op de kern die de heer Putters zo-even treffend wist te verwoorden – hier natuurlijk gaat om bestuursrechtelijke premies en dergelijke, maar vooral om preventie van problemen die zich aftekenen. Laten wij dat nu maar in het oog houden, ook op het moment dat het heel technisch wordt, wat het ongetwijfeld opnieuw zal worden. Dat is wel de achtergrond van het geheel.

Dit wetsvoorstel is het sluitstuk van maatregelen om wanbetalers in de Zorgverzekeringwet tegen te gaan. Mevrouw Slagter wees daar zo-even ook al op, naar aanleiding van het debat dat wij in 2007 hadden. Bij de start van de Zorgverzekeringwet in 2006 werd al rekening gehouden met de mogelijkheid dat niet alle verzekerden hun zorgpremies zouden betalen. Aanvankelijk was de gedachte dat zorgverzekeraars betalingsproblemen zelf zouden oplossen door een stringent incassobeleid. Dat was de insteek die mevrouw Swenker zo-even koos en waarop ik nog terugkom.

Al snel werd duidelijk dat het stringente beleid onvoldoende was, met langdurige incassoprocedures, oplopende premieschulden en bij de verzekeraar toch de afweging in hoeverre de baten van eventuele premieopbrengsten nog opwogen tegen de kosten van incasso. Als de kosten te hoog zijn, royeert de zorgverzekeraar de wanbetaler, met als gevolg dat iemand onverzekerd wordt. Inderdaad, zeg ik tegen mevrouw Swenker, dat wil het kabinet niet. Dat willen wij niet voor de onverzekerde zelf, die weliswaar nooit echt noodzakelijke zorg onthouden zal worden wanneer die acuut noodzakelijk is, evenals dat voor illegalen geldt. Waarom zou je het altijd op acute situaties moeten laten aankomen? Wij hebben niet voor niets een verzekeringsplicht. Wij willen het ook niet vanwege de kosten die daarmee gemoeid zijn, zeker als zij in de honderdduizenden gaan lopen voor het hele zorgstelsel. Mensen die niet verzekerd zijn, wachten te lang voordat zij naar een arts gaan. Dat is een van de bronnen van de hoge zorgkosten, bijvoorbeeld in de Verenigde Staten, en een van de redenen waarom men in de Verenigde Staten tot een verzekeringsplicht wil overgaan met uiteindelijk een dekking voor iedereen.

Het regeringsbeleid is er dan ook op gericht om onverzekerde te voorkomen. Het is ook in het belang van de zorgverzekeraars om te voorkomen dat iemand onverzekerd raakt. De geroyeerde wanbetaler kan immers naar een andere verzekeraar overstappen. Dat was – mevrouw Slagter wees er al op – wat wij "de carroussel" noemden. Daarom zijn in 2006 afspraken

gemaakt over het niet-roeyen van wanbetalers. Dit zijn mensen die een premieachterstand hebben van ten minste zes maanden. Verzekeraars krijgen na die zes maanden een compensatie uit het Zorgverzekeringsfonds wanneer zij wanbetalers niet roeyen en incasso-activiteiten plegen. Ter ondersteuning van die afspraken hebben wij inderdaad eind 2007 wettelijk geregeld dat mensen met een betalingsachterstand niet kunnen opzeggen, zodat zij incasso-inspanningen van de verzekeraar niet kunnen ontlopen. Dat neemt niet weg dat, zoals mevrouw Slagter terecht zei, de verzekeraar altijd nog wel kan roeyen en op die manier de incasso-inspanningen en de premieopbrengsten die dat met zich meebrengt tegen elkaar kan afwegen. Die afweging kan ertoe leiden dat de verzekeraar zegt: het is mooi geweest, ik roeyer mensen, die dan dus onverzekerd zijn.

Bij de behandeling van het wetsvoorstel heb ik al gesteld dat ik de mogelijkheid van bronheffing als structurele maatregel wilde gaan regelen. Daarom ligt nu het wetsvoorstel voor. In de aanloop naar dit wetsvoorstel zijn diverse mogelijkheden onderzocht om problemen anders dan via bronheffing op te lossen. Ik zal daarover straks uitvoeriger spreken naar aanleiding van vragen van naar ik meen de heer Putters. Hij vroeg welke andere afwegingen zijn gemaakt. Ik meen dat mevrouw Slagter daarnaar ook vroeg. Het is volgens ons gebleken dat bronheffing de best haalbare, meest efficiënte en meest effectieve oplossing is.

Dit wetsvoorstel staat niet op zichzelf. Het is een onderdeel van een wetgevingscomplex voor financiering van de zorg. Daarvan maken uiteraard de Zorgverzekeringwet en de AWBZ deel uit, die sociale verzekeringen zijn. Er zijn echter ook maatregelen om wanbetaling tegen te gaan. Verder ligt op dit moment een wetsvoorstel bij de Raad van State waarmee wij bezien hoe wij onverzekerde kunnen terugdringen. De wetgeving die te maken heeft met de compensatie van zorgkosten die illegalen raken, heeft inmiddels de Kamer gepasseerd. Met dit complex beogen wij datgene te bereiken waarover ik zojuist sprak, namelijk dat mensen zich verzekeren en de premie opbrengen die van belang is om de solidariteit van ons stelsel op de been te houden.

Ik besteed een enkel woord aan de aantallen die zich aftekenen. Het aantal wanbetalers is in een jaar tijd met 16% gestegen tot 280.000. Dat is ongeveer 2% van alle verzekerden. Bijna een derde van deze 280.000 mensen is al vanaf het begin wanbetaler. Ruim 148.000 wanbetalers zijn tussen de 20 en 40 jaar oud. Mevrouw Slagter wees hier al op. Van de wanbetalers is 40% allochtoon en 60% autochtoon. 125.000 wanbetalers zijn werknemer. Een groot deel ervan verdient een bedrag dat tussen het minimumloon en een modaal inkomen in ligt. Er komen zelfs wanbetalers voor met een bovenmodaal inkomen. Wij moeten dus niet zomaar de voor de hand liggende groepen aanwijzen; dat is niet aan de orde. Van de wanbetalers hebben 60.000 minimaal een uitkering.

Het tegengaan van wanbetaling, zoals in het voorliggende wetsvoorstel wordt geregeld, gebeurt door een reeks maatregelen, beginnend bij de zorgverzekeraars en eindigend bij het CVZ. Ik som de maatregelen op, omdat ik straks bij de beantwoording daarop zal terugvallen. Iemand met een premieachterstand van een maand, kan niet meer opzeggen. De carroussel waarvoor wij vreesden, kan zich dus niet aftekenen, gegeven het feit dat de betrokkenen eenvoudig niet meer weg kunnen en

## Klink

dus ook niet naar een andere zorgverzekeraar kunnen overstappen. Men kan zich dus als het ware niet onverzekerd maken. Het naar een andere zorgverzekeraar overstappen gaan wij overigens ook regelen op grond van het feit dat wij dubbele verzekering willen vermijden. De Kamer zal hiervoor nog voorstellen ontvangen.

De verzekeraars sturen bij een betalingsachterstand van twee maanden een tweedemaandsbrief. Daarin staat een aanbod voor een betalingsregeling. Daarop zal ik straks terugkomen naar aanleiding van een vraag van de heer Putters. Hij vroeg of dit een bronheffing of een automatische incasso is. De automatische incasso betekent in feite dat mensen een ander machtigen om van hun inmiddels ontvangen salaris of uitkering een deel te separeren.

Er is dus het aanbod van een betalingsregeling, het voorstel voor machtiging voor een automatische incasso en een splitsingsvoorstel. Bij het laatste verzekert één persoon verschillende mensen. Verder wordt gewezen op de mogelijkheid van schuldhelpverlening en wordt gewezen op de gevolgen als men blijft nalaten te betalen.

Het wijzen op de mogelijkheid van schuldhelpverlening is overigens van groot belang. Dit gebeurt zowel in de tweedemaandsbrief als in de vierdemaandsbrief. Mensen die niet in de betalingsonmacht willen verkeren, worden op deze manier gewezen op de trajecten die zich aftekenen voor de schuldhelpverlening. Via staatssecretaris Klijnsma heeft het kabinet zo'n 130 mln. tot 140 mln. gestoken in de verbetering van de schuldhelpverlening.

De heer **Putters** (PvdA): Komt de minister later nog terug op de automatische incasso? Ik wil namelijk vragen of incasso direct op het inkomen kan gelden. Of wordt het geld eerst op de rekening gestort, waarna de wanbetaler een regeling moet treffen?

Minister **Klink**: Laat ik daarop maar direct antwoorden. Het verschil tussen een automatische incasso en bronheffing is het volgende. Bij bronheffing wordt de premie in feite gesepareerd betaald, voordat men zelf afwegingen kan maken over het inkomen dat is verworven uit arbeid, uit een uitkering of anderszins. Bij automatische incasso heeft men wel de beschikking over de middelen, maar machtigt men een derde om voor hem automatisch te betalen. Het eerste biedt uiteraard meer zekerheid dan het tweede.

De heer **Putters** (PvdA): U hebt bronheffing niet overwogen?

Minister **Klink**: Als de heer Putters dat voorstelt, is hij bijna zo ver als mevrouw Swenker. Daarmee stelt hij de zorgverzekeraar in staat om zelf een bronheffing te realiseren en daaraan doorzettingsmacht te ontnemen. De zorgverzekeraar krijgt op die manier dus de beschikking over het inkomen. Die bevoegdheid hebben wij niet bij de verzekeraar willen leggen. Ik zal daarop terugkomen als ik de vraag van mevrouw Swenker beantwoord.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Volgens mij is er nog een verschil. Voor een automatische incasso moet degene die het betreft zelf toestemming geven. Hij kan de automatische incasso zelf ook weer intrekken. Bij

bronheffing is er geen keuzemogelijkheid voor de betrokkene. Klopt dat?

Minister **Klink**: Dat klopt. Daarom had ik het over doorzettingsmacht die in feite aan een ander wordt verleend. In dit voorstel wordt die doorzettingsmacht van rechtswege verleend aan het CVZ.

De heer **Van de Beeten** (CDA): Ik begin met aan te tekenen dat ik destijds niet aanwezig ben geweest bij de behandeling van de Zorgverzekeringswet, waardoor ik niet alle ins en outs ervan meer helder voor de geest heb. Ik zie in de wettelijke bepalingen geen grond waardoor een verzekeraar in zijn polisvoorwaarden niet zou kunnen opnemen dat op grond van de overeenkomst een pandrecht rust op alle bestaande en toekomstige periodieke inkomsten van de werknemer. Daarbij moet uiteraard worden opgenomen dat de verzekeraar het pandrecht alleen zal effectueren als er een achterstand is. Op die manier bereik je langs civielrechtelijke weg exact hetzelfde, namelijk een bronheffing. De enkele mededeling van de verzekeraar aan de werkgever of de uitkeringsinstantie dat er een betalingsachterstand is en dat hij een beroep doet op zijn pandrecht, zal dan hetzelfde effect hebben, namelijk dat de verzekerde niet meer over het inkomen kan beschikken. Er is dus mijns inziens wel degelijk een heel goed civielrechtelijk alternatief dat sterker is dan de automatische incasso. De automatische incasso is immers een machtiging die altijd kan worden ingetrokken. Die gaat minder ver dan de publiekrechtelijke bronheffing die nu wordt voorgesteld.

Minister **Klink**: Ik kom daarop straks terug, als ik over het pandrecht zal spreken naar aanleiding van de voorstellen van de heer Van de Beeten. Als wij het pandrecht toekennen aan de verzekeraar, zijn de daaruit voortvloeiende lasten voor de verzekeraar waarschijnlijk, of zelfs zeker, dusdanig groot dat voor hem de afweging of hij gaat royeren of gebruik gaat maken van het pandrecht, naar alle waarschijnlijk meestentijds zal leiden tot royement. Op die manier bereiken wij niet wat wij beogen, namelijk dat eenieder verzekerd blijft. Ik kom hierop straks uitvoeriger terug.

In de tweedemaandsbrief wordt dus direct een aanbod voor schuldhelpverlening gedaan. Daar vindt dus in feite een scheiding plaats tussen de nietkunnenden en de nietwillenden, want na twee en opnieuw na vier maanden wordt eenieder gewezen op de mogelijkheid van schuldhelpverlening. Ik zei al dat het kabinet daarin investeert via de staatssecretaris van Sociale Zaken. Toen ik mij verdiepte in deze materie, heb ik mij voorgenomen om nog eens na te gaan in hoeverre in het protocol dat wordt gesloten tussen NVVK, Zorgverzekeraars Nederland, de gemeenten en dergelijke instanties, de twee- en viermaandenbrief via het inlichtingenbureau een soort signaal kan doen ontstaan waardoor gemeenten vrij actief de mensen benaderen die betalingsachterstand beginnen op te lopen. Dat is wat staatssecretaris Klijnsma wil. Wellicht dat dit, gevoegd bij andere signalen, een krachtig signaal kan geven voor gemeenten om op te treden. Ik zal dit protocol nog eens tegen dat licht houden. Staatssecretaris Klijnsma heeft deze week nog in een van haar openbare optredens gezegd dat zij graag wil dat gemeenten vroegtijdig, actief en uiteindelijk assertief optreden.



## Klink

Na vier maanden achterstand volgt de zogenaamde vierdemaandsbrief. Daarin staat de mededeling dat de wanbetaler wordt aangemeld bij het CVZ als de premieschuld is opgelopen tot zes maanden. Er wordt dus gemeld: let op, de zesmaandentermijn komt er aan en ik ga u dan aanmelden. Er bestaat de mogelijkheid om bezwaar aan te tekenen tegen de vaststelling van de verzekeraar dat er een betalingsachterstand van vier maanden bestaat. Daarbij gaat vervolgens de rechtsbescherming langs civielrechtelijke kanalen werken. Men kan de verzekeraar, voor zover men dat wil en men zich daartoe getiteld voelt, aan de pand van zijn jas trekken. Men kan hem laten weten dat er sprake is van een verkeerde inschatting van de kant van de verzekeraar en dat hij het bestuursrechtelijke regime niet in moet gaan. Dit bezwaar kan laagdrempelig worden ingediend bij de SKGZ. De wanbetaler kan echter uiteraard ook naar de burgerlijke rechter stappen. Maar daar zijn de termijnen en procedures vaak langer. Zo lang het bezwaar loopt, ook niet onbelangrijk, kan de verzekeraar geen melding bij het CVZ doen. Steek je de vinger op en ga je het traject van de geschillenbeslechting via de SKGZ in, dan wel het civielrechtelijke traject, dan kan het CVZ noch de verzekeraar een persoon of meerdere personen het traject van de bestuursrechtelijke premie induwen. Gebeurt er niets, dan zal na zes maanden premieachterstand de wanbetaler bij het CVZ worden aangemeld. De maand na de melding gaat het CVZ de bestuursrechtelijke premie innen. Die is, zoals terecht is geconstateerd, hoger dan de persoon gebruikelijkerwijs aan de zorgverzekeraar betaalt, namelijk 30% meer dan de standaardpremie. De bedoeling daarvan is dat die een prikkel voor de wanbetaler vormt om überhaupt te voorkomen dat hij wordt gemeld en de reguliere premie zo snel mogelijk weer aan de zorgverzekeraar gaat betalen. De premie wordt zoveel mogelijk door heffing op het salaris of de uitkering ingehouden. Stel dat dit niet kan, dan is sprake van een volgorde. Het is niet zo dat dan een soort van wirwar van regels ontstaat waarin geen lijn valt te ontdekken.

Als het CVZ eenmaal aan zet is, na zes maanden betalingsachterstand, dan zal het CVZ kiezen voor een traject van bronheffing op reguliere inkomensbronnen, zoals het salaris dan wel de uitkering. Is dat niet voorhanden, dan zal men naar de zorgtoeslag kijken. Is dat niet voorhanden of is dat niet toereikend, dan pas komt het CJIB in beeld. Dan zal betrokkene via de post en dergelijke worden benaderd met de mededeling dat hij moet gaan betalen. Zodra de wanbetaler een schuldachterstand aan zijn verzekeraar heeft betaald, wanneer een schuldregeling is getroffen, of wanneer een stabilisatieovereenkomst is gesloten, stopt de bronheffing en gaat de wanbetaler terug naar het gewone premieregime. Dan zal het CVZ overigens de restantschuld kwijtschelden. De verzekeraars zullen zich naar onze stellige overtuiging binden, ook protocollair, aan het feit dat men bijvoorbeeld een bepaald niveau van de premie zal willen terughalen, 10% tot 20%, of via een bepaald ritme van premiebetaling in de loop van de maanden een deel van de schuld; dit alles in het kader van een regeling die met betrokkene wordt getroffen.

Hiermee heb ik de hoofdlijnen willen schetsen. De structuur is vrij eenduidig. Na zes maanden betalingsachterstand volgt er een bestuursrechtelijke premie, geheven door het CVZ, langs de weg van bronheffing dan wel, als dat mogelijk is, via de zorgtoeslag en het

CJIB-traject. Dat is in feite een incassotraject volgens de reguliere wegen. Het CJIB is daarbij overigens uitvoerder ten behoeve van het CVZ.

Ik kom bij de vragen van mevrouw Swenker. Ik loop de vragen per spreker langs. Als ze elkaar overlappen, dan meld ik dat. Ik gaf al aan dat wij geen onverzekerden willen. Ook de reden daarvan heb ik aangegeven, vanwege de persoon in kwestie, maar ook vanwege de kosten die daar voor het stelsel als zodanig mee gemoeid zijn. Mevrouw Swenker vroeg, als de premie voor een zorgverzekering voor wanbetalers een bestuursrechtelijke in plaats van een privaatrechtelijke wordt, of daarmee niet een zodanig belangrijk element aan het begrip "verzekeringsovereenkomst" ontvalt dat je in feite niet meer van een privaatrechtelijke zorgverzekering kunt spreken. Wij hebben in de schriftelijke beantwoording gewezen op een arrest van de Hoge Raad uit 1962. Daar speelde de situatie van ziekenfondsen die publiekrechtelijk gefinancierd werden. De Hoge Raad sprak uit dat de overeenkomst die deze ziekenfondsen in dat verband met hun verzekerden hadden gesloten desondanks een verzekeringsovereenkomst was. Dat lijkt sterk op de situatie die wij hier aantreffen, namelijk een publiekrechtelijke premie, terwijl de privaatrechtelijke zorgverzekering voor het overige blijft bestaan. In die zin vormt het aangehaalde arrest, ook al is dat meer dan 45 jaar geleden, een bevestiging van mijn standpunt dat een publiekrechtelijke premie niet per se betekent dat het karakter van een privaatrechtelijke verzekering aan de zorgverzekering komt te ontvallen.

Mevrouw **Swenker** (VVD): Voorzitter. De Ziekenfondswet was op een wat andere leest geschoeid dan de Zorgverzekeringwet. Voor de Ziekenfondswet werd alles ingehouden via de werkgever. Dat was een bronheffing avant la lettre, terwijl het in dit geval gaat om een privaatrechtelijke premie, een particuliere premie die je als burger zelf moet betalen, nominaal en niet afhankelijk van je inkomen. Dat is iets anders dan het toenmalige ziekenfondspercentage dat werd ingehouden.

Minister **Klink**: Daarom wil ik het argument van mevrouw Swenker omkeren. Zelfs in een setting die publiekrechtelijk veel strakker werd geregeld, werd de verhouding tussen het ziekenfonds en de verzekerde door de Hoge Raad als privaatrechtelijk gekenschetst. Nu zitten wij inderdaad met een privaatrechtelijk stelsel en een privaatrechtelijke overeenkomst, waarbij de premie-inning alleen nog maar publiekrechtelijk plaatsvindt op het moment dat je wanbetaler bent. In die zin is er nu des te meer reden om te stellen dat, als het toen al een privaatrechtelijke overeenkomst kon zijn, dat nu helemaal het geval is.

De heer **Van de Beeten** (CDA): Ik val de minister even bij. Neem de arbeidsovereenkomst. De werknemer wordt ziek. De loondoorbetalingsverplichting stopt en wordt overgenomen door een andere instantie, maar de arbeidsovereenkomst eindigt niet. Na herstel van de werknemer gaat de arbeidsovereenkomst ook effectief weer door, in de zin dat er weer arbeid wordt verricht. Dan zeggen wij ook niet, omdat de loondoorbetalingsverplichting in de vorm van ziekengeld of anderszins is overgenomen door een andere instantie, dat de arbeidsovereenkomst is geëindigd.

## Klink

Mevrouw **Swenker** (VVD): Ik ben het niet eens met de vergelijking. Bij een arbeidsovereenkomst blijft de loondoorbetalingsverplichting bij de werkgever liggen, al ligt daar deels de Ziektewet of een andere uitkering onder. De hoofdregel blijft dat er een loonsituatie is, dus die vergelijking gaat niet op.

Minister **Klink**: Voorzitter. Ik geniet even van het moment dat de heer Van de Beeten geen repliek heeft, maar hij spaart die naar ik begrijp op.

Mevrouw Swenker vroeg ook of de richtlijn voor grensoverschrijdende vorderingen niet kan worden gebruikt. De EU-richtlijn gaat, zoals zij aangeeft, over het probleem dat ontstaat bij het innen van vorderingen in andere landen, dus grensoverschrijdend. Hier is dat niet aan de orde. Ik gaf al aan waarom ik denk dat bronheffing voor werkgevers de meest simpele methode is. De maatregelen die mevrouw Swenker noemde, verzoekschrift, uitvoering bij voorraad en korte procedure, duiden inderdaad op een versimpelde incassoprocedure in grensoverschrijdende gevallen, maar een en ander betekent toch dat een verzekeraar verdergaande inspanningen moet verrichten. De relevante vraag is dan in hoeverre dat voor de harde kern van wanbetalers een oplossing biedt, want de zorgverzekeraar moet dan een afweging maken tussen enerzijds de inspanningen die hij zich moet getroosten om uiteindelijk toch aan de premie-inkomsten te komen en aan de andere kant het royeren van verzekerde. Een niet onbetekenend gegeven daarbij is ook dat het feit dat de verzekeraar die afweging moet maken, op zichzelf kan worden dichtgeschroefd door te stellen dat je niet mag royeren. Dat gaat echter in tegen de Derde Schaderichtlijn. Dat is Europeesrechtelijk gezien echter disproportioneel en het maakt een heleboel van de alternatieven naar mijn stellige inschatting, ook het alternatief van de heer Van de Beeten, onmogelijk.

Mevrouw **Swenker** (VVD): De bedoeling van mijn vraag of datgene wat voor grensoverschrijdende vorderingen geldt ook voor binnenlandse vorderingen geldt, was om de verzekeraar te helpen. Ik begrijp ook wel dat de bedragen waar het om gaat niet groot zijn. De gemiddelde nominale jaarpremie is ongeveer € 1200. Dat is ongeveer € 100 per maand. De incassokosten om dat te innen, zijn echter wel hoog. Als je daaraan tegemoet kunt komen door deze procedure ook in Nederland van toepassing te verklaren, dan vereenvoudigt je het gehele incassoregime aanzienlijk. Daarmee kun je ook de koninklijke weg volgen, namelijk de privaatrechtelijke weg.

Minister **Klink**: Nu begrijp ik het voorstel van mevrouw Swenker beter. Zij raakt daarmee aan één van de kernen van de problemen, namelijk in hoeverre privaatrechtelijke verzekeraars uitgenodigd blijven worden, gegeven het feit dat royeren altijd een optie is, om de betalingsverplichting vanwege de verzekeringsplicht die op een verzekerde rust, te effectueren. Onze inschatting is – dat heeft het verleden aangetoond, ook de stijging met 16% wijst in die richting – dat men uiteindelijk toch niet tot het in portefeuille houden van de wanbetalers overgaat op het moment dat het er veel worden en het een langdurig traject wordt.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): De minister zegt dus: wij kiezen voor dit systeem om de zorgverzekeraars te

vriend te houden, want wij hebben hen nodig. Als het hun te veel geld en te veel inspanningen kost, zullen zij de mensen royeren. Dan zitten wij met onverzekerden en daar zitten wij helemaal niet op te wachten. Mag ik concluderen dat de minister dit zegt?

Minister **Klink**: Te vriend houden ... Zoals ik aangaf, is het Europeesrechtelijk niet proportioneel om aan verzekeraars, terwijl er al een acceptatieplicht is, de plicht op te leggen dat zij degene die de premie niet betaalt en zich niet houdt aan de privaatrechtelijke overeenkomst, toch van rechtswege in portefeuille houden. Afgezet tegen de manier waarop wij het nu regelen – dat geeft aan dat er meer proportionele methoden zijn – is dat een inbreuk op de Derde Schaderichtlijn.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Oké. Dan klopt mijn analyse toch wel dat wij in feite ook moeten kijken naar de zorgverzekeraars? Zij hebben tot nu toe niet zoveel inspanningen geleverd om ervoor te zorgen dat het aantal wanbetalers afneemt.

Minister **Klink**: Zij hebben in elk geval inspanningen moeten leveren om de compensatie te kunnen ontvangen. In die zin zat er altijd een prikkel bij hen om gedurende de periode dat iemand wanbetaler was, incassostappen te nemen. "In the end" is het echter niet uitiem effectief.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Wat maakt nu dat de minister denkt dat de zorgverzekeraars wel in dit hele plan zullen meegaan?

Minister **Klink**: Na één maand kan iemand al niet meer naar een andere verzekeraar toe; dat ligt meer in de sfeer van de verzekerde. Hij blijft dus in portefeuille. Tot de tweede maand kan men royeren. Nu hebben wij gezegd dat dit niet kan tot aan de zesde maand. Daarna kan het nog niet, maar dan treedt het bestuursrechtelijke regime in werking en komt er een bestuursrechtelijke premie. Dat zal in het vermijden van wanbetalers vele malen effectiever zijn. Vanaf maand één kan men zich namelijk niet meer onttrekken aan de verzekering. Na zes maanden komt de bestuursrechtelijke premie in het vizier, en uit dat regime kan men ook niet stappen. Dit hangt nauw samen met de verzekeringsplicht, die dan via de bestuursrechtelijke premie nader geaccentueerd wordt nadat iemand zich aan zijn premieverplichtingen onttrokken heeft.

Mevrouw Swenker verwees naar de heer De Geus, die in het kader van de WIA en de WAO uiteindelijk als werkgever min of meer bestuursorgaan werd door bepaalde verplichtingen te kunnen opleggen in het kader van re-integratie. Hiermee ben ik terug bij het feit dat je de doorzettingsmacht bij een zorgverzekeraar zou kunnen leggen en zou kunnen zeggen dat deze de bronheffing voor zijn rekening mag nemen. Daarvoor hebben wij vrij bewust, overigens in nauw overleg met het ministerie van Justitie, niet gekozen, teneinde het privaatrechtelijk karakter van dit zorgverzekeringsstelsel voor 100% overeind te houden. Wij hebben er geen behoefte aan gehad – en dat hebben wij nog steeds niet – om een nieuwe, principiële discussie aan te gaan over de status van de verzekeraars en over de vraag of privaatrechtelijke verzekeraars toch min of meer, al is het maar voor een klein onderdeel, een bestuursrechtelijke rol hebben.

## Klink

Vervolgens krijg je dan weer de vraag hoe groot dat onderdeel dan is. Daar komt bij dat je op dat moment, gegeven de Transparantierichtlijn die voortvloeit uit Europa, opnieuw aan de verzekeraars eisen zou moeten stellen rond de administratie. Die zou gesepareerd moeten plaatsvinden voor wanbetalers en voor degenen die regulier betalen. Ook daaraan zou naar onze inschatting de Derde Schaderichtlijn, gegeven de mogelijkheden die er nu zijn, in de weg kunnen staan.

Voorzitter. Ik ben toe aan de vragen van de heer Van de Beeten, overigens een hele keur aan vragen. Hij vroeg hoe de bestuursrechtelijke premie zich verhoudt tot de marktpremie. Ik geef een paar kleine feiten. De hoogste marktpremie is op dit moment € 1205. Ik zal niet melden welke verzekeraar dat is; overigens weet ik dat ook niet. De bestuursrechtelijke premie is 130% van de standaardpremie. Die bedraagt op dit moment € 1209. Dat levert een premie op van € 1570, met een verschil per maand van € 30.

De heer Van de Beeten meldt de memorie van toelichting zo gelezen te hebben: als een verzekeringnemer een restschuld aan bestuursrechtelijke premie aan het CVZ afbetaalt, wordt het betaalde bedrag eerst in mindering gebracht op de hoofdsom en pas dan op de rente en de incassokosten. Zijn vraag is in hoeverre dat in strijd is met het Burgerlijk Wetboek. In de memorie van toelichting staat naar wij hopen – anders verduidelijk ik het nu – niet wat de heer Van de Beeten daarin meende te kunnen lezen. Zoals hij terecht opmerkte, is in het wetsvoorstel dan ook niet een van het Burgerlijk Wetboek afwijkende volgorde geregeld. De volgorde krachtens het BW geldt ook hierbij. Binnengekomen geld wordt eerst in mindering gebracht op incassokosten, dan op de rente en dan op de hoofdsom.

De heer Van de Beeten vraagt hoe de kosten van het totale systeem precies worden gedekt. Dragen zowel verzekeraars als wanbetalers in die kosten bij? De uitvoeringskosten van dit wetsvoorstel moeten in principe worden gedekt door de verhoging van 30%. Daarop kom ik zo meteen nader terug. Die worden dus opgebracht door de wanbetalers zelf. Een systeem waarbij ook de zorgverzekeraars zouden bijdragen naar rato van bijvoorbeeld het aantal wanbetalers is niet gewenst, want dat zou betekenen dat verzekeraars die een acceptatieplicht hebben, vervolgens geen invloed hebben op het aantal wanbetalers dat zij in portefeuille hebben of de populatie die zij in de regel verzekeren. Dat zou tot een onevenwichtige belasting van verzekeraars kunnen leiden, op grond van het feit dat je toch een zekere verdeelsleutel voor de kosten zou moeten hanteren. Die zou dan met name die verzekeraar raken die toevalligerwijs, gegeven de acceptatieplicht, meer wanbetalers in portefeuille heeft.

In ruil voor het verzekeren van de wanbetalers ontvangen verzekeraars een compensatiebijdrage van het CVZ als zij, maar dat moge duidelijk zijn, voldoende incasso-activiteiten ontplooiën.

Dient een proces tegen een zorgverzekeraar over het al dan niet zijn van vierdemaandswanbetaler met een dagvaarding of een verzoekschrift te worden ingeleid? Hiervoor gelden de regels van het normale civiele procesrecht. Dat betekent dat een dagvaarding moet worden uitgebracht, zo zeg ik tegen de heer Van de Beeten.

Zo-even stond ik al stil bij de rechtsmiddelen van de wanbetaler. De wanbetaler heeft de keuze tussen een

procedure bij de SKGZ, de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen, en de burgerlijke rechter. De geschillencommissie is relatief goedkoop en is een snel alternatief voor de burgerlijke rechter. Het advies is formeel-juridisch een vaststellingsovereenkomst in de vorm van een bindend advies. Ik vrees alleen dat ik met deze woorden niet veel nieuwe kennis toevoeg aan hetgeen de heer Van de Beeten weet.

De stichting streeft ernaar om advies te geven binnen twaalf tot zestien weken nadat bezwaar is ingediend. Tegen de heffing van bestuursrechtelijke premie als zodanig staat geen beroep open bij het CVZ. Daarop kom ik dadelijk terug. De rechtsbescherming vloeit voort uit het voortraject: de melding van twee maanden en vier maanden. Bij die van vier maanden wordt gemeld dat betrokkene bij het CVZ zal worden aangemeld als de zes maanden worden overschreden. Daarvoor kan men vervolgens rechtsbescherming aanroepen langs civielrechtelijke weg. Ik kom zo meteen terug op enkele vragen die de heer Van de Beeten stelde rondom de rechtsbescherming.

De **voorzitter**: Mag ik de minister vragen hoeveel tijd hij ongeveer nog denkt nodig te hebben? Hij zegt immers iedere keer dat hij op een aantal punten nog uitgebreid zal terugkomen.

Minister **Klink**: Mevrouw de voorzitter, ik zal maar geen "educated guess" doen, maar zal dit wel als een aansporing zien om in elk geval snel door de vragen heen te gaan.

De **voorzitter**: Heel fijn, mijnheer de minister.

Minister **Klink**: De vraag die de heer Van de Beeten zelf aanmerkte als de kernvraag is in hoeverre de standaardpremie een bestuurlijke boete is in de zin van de Vierde tranche Algemene wet bestuursrecht. Dat is niet het geval. Een bestuurlijke boete in de zin van de Vierde tranche Awb kan alleen worden opgelegd bij overtreding van een wettelijk voorschrift. Wanbetalers hebben geen wettelijk voorschrift overtreden maar een bepaling in een privaatrechtelijke zorgverzekering, namelijk de verplichting om de nominale premie te voldoen aan de verzekeraar. De bestuursrechtelijke premie dient vervolgens te worden beschouwd als één integrale premie ter hoogte van 130% van de standaardpremie. Dat is wel van betekenis, want het gaat hierbij om een bestuursrechtelijke premie teneinde te kunnen betalen voor een bepaalde sociale verzekering, net zoals wij die kennen in andere domeinen, zoals de WIA en dergelijke. Het idee van 100% en 30% boete is dus niet aan de orde.

Voor het geval de heer Van de Beeten bedoelt te vragen of wij de 30% dan toch niet materieel als bestuurlijke boete zouden moeten behandelen en daarvoor dezelfde waarborgen zouden moeten inbouwen als die van de Awb, merk ik het volgende op. Ook materieel is de bestuursrechtelijke premie van 130% niet te beschouwen als een bestuurlijke boete; ik duidde daar al even op. Kenmerkend voor een boete is het punitieve element. De bestuursrechtelijke premie is niet gericht op bestraffing van de wanbetaler, maar op het binnenkrijgen van de gemiddelde kosten van de verzekeringsdekking plus de uitvoeringskosten van de inning, en dat is ongeveer 30% van de standaardpremie. Dat vaste bedrag van 30% is naar verwachting nog te laag om de

## Klink

werkelijke inningskosten van het CVZ en het CJIB te dekken.

De bestuursrechtelijke premie is dus een premie ter dekking van de gemiddelde kosten van het verzekerd houden van de structurele wanbetaler. Er is sprake van enige onderdekking van de uitvoeringskosten van het geheel. De 130%, waarin de inningskosten, het hele daarmee gemoeide systeem en de onderdekking geïncorporeerd zijn, werkt feitelijk als een prikkel voor de verzekerde. Deze kan zich namelijk ontdoen van het surplus door terug te vallen op de normale privaatrechtelijke verzekering die de normale voor die verzekeraar geldende nominale premie is, of het regime van de schuldhulpverlening ingaan. In termen van de Awb is de bestuursrechtelijke premie naar mijn stellige overtuiging eerder gericht op het herstel van de situatie dan op het straffen van de betrokkene, ook al zit er een prikkel in voor degene die de privaatrechtelijke overeenkomst niet meer nakomt.

Het karakter van de bestuursrechtelijke premie is dat het een premie is voor de sociale verzekering. Ik zeg dat even omdat de heer Van de Beeten vroeg naar de wettelijke grondslag. De grondslag in meer juridische zin wordt simpelweg gevonden in dit wetsvoorstel.

De heer Van de Beeten vraagt om een reactie op zijn alternatief. Ik moet melden, en dat bedoel ik echt als compliment, dat ik getroffen was door de eruditie die uit zijn voorstel naar voren komt. Dat zeg ik zonder ironische bijklank. Hoewel op mijn departement en ongetwijfeld door de Raad van State is gekeken naar verschillende methoden om meer tegemoet te kunnen komen aan het privaatrechtelijk karakter van ons zorgverzekeringsstelsel, is dit niet aan de orde geweest. Ik heb eerlijk gezegd met bewondering naar het voorstel gekeken, wat mij overigens niet afbrengt van mijn overtuiging dat de beste manier om het te regelen de manier is die wij vandaag hier voorstellen. Een beetje ingewikkeld gezegd, maar men begrijpt wat ik bedoel.

Het alternatief houdt het volgende in. De verzekeraar kan de voorzieningenrechter bij een achterstand van twee of drie maandpremies vragen om voor het bedrag van de nominale premie, eventueel met opslagen van 15% of 30%, die te maken met extra risico dat voortvloeit uit de wanbetaler en vanwege het feit dat je een bepaald forfaitair bedrag voor de inningskosten kunt realiseren, pandrecht te vestigen op het loon, de uitkering of de bezittingen van betrokkene. De voorzieningenrechter zou dit niet moeten toestaan dan nadat de betrokken wanbetaler is opgeroepen voor een hoorzitting. Daaruit zou het voordeel kunnen voortvloeien dat je direct de schuldhulpverlening onder de aandacht kunt brengen, zoals de heer Van de Beeten zei. De voorzieningenrechter zou bovendien de mogelijkheid moeten krijgen om zo'n traject te kunnen starten.

Ik ben het met de heer Van de Beeten eens dat een belangrijk voordeel van het alternatief is dat de oplossing geheel civielrechtelijk is. Er kleven echter ook nadelen aan. Daarbij moet worden bedacht dat het aantal wanbetalers met een premieachterstand van zes maandpremies of meer volgens het CBS eind 2008 280.000 personen bedroeg en dat het aantal wanbetalers met een premieachterstand van meer dan twee maanden derhalve nog hoger zal zijn, ook al kennen wij dat aantal niet precies.

Het eerste nadeel is dat het vergt dat de verzekeraars voor meer dan 280.000 zorgverzekeringen een voorzie-

ning van de rechter moeten gaan vragen. Als in het pandrecht zal worden toegestemd, dan zal het daadwerkelijk uitoefenen van dat recht een forse toename van de administratieve lasten voor de zorgverzekeraar opleveren. Het is de vraag of de zorgverzekeraar daartoe bereid is. Dat is het punt dat ik zo-even al maakte van de afweging tussen inspanning aan de ene kant en de mogelijkheid van royement aan de andere kant. Waarschijnlijk levert het de verzekeraars te veel werk op, en dat is wat de overheid nu juist probeert te voorkomen, omdat het tot onverzekerden en daarmee tot een carrousel kan leiden. Gevraagd is waarom ik dan geen royementsverbod opneem in het wetsvoorstel. De Derde Schaderichtlijn staat dat in de weg.

Het tweede nadeel is dat de capaciteit van de voorzieningenrechtters niet berekend is op meer dan 280.000 extra zaken. Ik moet daarbij wel aantekenen dat als het effectief is, dit aantal zal verminderen en de belasting van de rechterlijke macht ook minder zal worden, evenals wellicht de administratieve lasten bij de verzekeraars, maar dan wel met het risico dat je meer onverzekerden krijgt, omdat mensen uit de verzekering worden gestoten. Afgezien van de kosten van zo veel nieuwe rechtszaken, zal ook de capaciteit van de rechterlijke macht moeten worden uitgebreid, waarmee naar verwachting al snel de nodige jaren zullen zijn gemoeid. Gedurende die jaren kunnen wij dan de wanbetaler niet aanpakken.

Een derde nadeel hangt samen met het volgende. Een pandrecht vestigt men als zekerheid ter nakoming van de verbintenis, in casu het betalen van de nominale premie. De groep waar het hier om gaat, zal naar verwachting niet erg onder de indruk zijn van het op hun loon, uitkering of zorgtoeslag gevestigde pandrecht en doorgaan met het niet betalen van de premie. Anders gezegd, het zal vaak tot uitoefening van het pandrecht moeten komen. Ook ten aanzien van de werkgevers is het de vraag of dit niet tot meer administratieve lasten leidt dan de in dit wetsvoorstel voorziene broninhouding.

Daarnaast gaat broninhouding voor op pandrecht. Met andere woorden, het systeem waarvoor in het wetsvoorstel wordt gekozen, zal waarschijnlijk meer betaalde premies opleveren dan het systeem van pandrecht. De crux is natuurlijk dat mensen geroyeerd kunnen worden door hun verzekeraar. Dit zeg ik met nadruk. Hierbij begint zich iets af te tekenen van wat de heer Van de Beeten beoogt, namelijk om het binnen het civielrechtelijk systeem te houden. Het is namelijk krachtens de Derde Schaderichtlijn zo dat als je het civielrechtelijke systeem dat de heer Van de Beeten voorstelt, wilt laten werken, je in feite tegen de verzekeraars zou moeten zeggen dat ze niemand mogen royeren. Dat gaat in tegen het privaatrechtelijk karakter van ons stelsel. De Derde Schaderichtlijn staat hieraan in de weg, want er is een meer proportionele manier om dit te realiseren, namelijk de weg van de bestuursrechtelijke premie. De inzet om het civielrechtelijk te houden is dus tegelijkertijd het probleem. Daarom zal dit mechanisme niet werken.

De heer **Van de Beeten** (CDA): Ik weet dat ik een tweede termijn heb. Ik wacht daarom met mijn commentaar op de opgesomde nadelen tot die tweede termijn, behalve op het punt van de aantallen. Als wij uitgaan van die aantallen, geldt voor diezelfde aantallen dat al die mensen de geschillenregeling bij de SKGZ kunnen inroepen of naar de burgerlijke rechter kunnen gaan. Dat

## Klink

argument is dus niet wezenlijk voor de keuze van het systeem. De geschillenregeling is kennelijk voorzien in zes tot twaalf weken. Ik waag te betwijfelen of dat bij grote aantallen haalbaar is. Als al die mensen het systeem willen frustreren, hoeven zij alleen maar een procedure te starten bij de burgerlijke rechter. Die procedure zal dan, afgaande op mijn eigen praktijkervaring, gemakkelijk drie kwart jaar, zo niet een jaar, in beslag nemen. Al die tijd loopt de achterstand verder op en lopen de problemen maar op. Een van de belangrijke bezwaren die u noemt met betrekking tot die aantallen, de procedures en de gevolgen, zie ik eerder in uw voorstel tegen het systeem werken dan in mijn voorstel, want in mijn voorstel worden mensen nog tijdig opgeroepen. Bovendien kunnen werkgevers na twee maanden al meteen de uitbetaling van de zorgpremie blokkeren, wat ook een enorme prikkel is waardoor je waarschijnlijk niet eens aan de rechter toe zult komen.

Minister **Klink**: Ik waag dat te betwijfelen. In uw voorstel zijn het de verzekeraars die steeds naar de rechter moeten stappen voordat zij het pandrecht kunnen effectueren. Als wij verwachten van de verzekeraars dat zij dat zullen doen, zeg maar 280.000 keer, dan zal dat ertoe leiden dat de verzekeraars de inschatting maken dat dit een langdurig traject is en er daarom misschien van afzien en gaan royeren. Dat leidt inderdaad tot minder belasting van de rechterlijke macht. Stel dat ze het wel allemaal doen. Dan is het de verzekeraar die het initiatief neemt. Bij de geschillencommissie is het de verzekeringnemer die vervolgens naar de geschillencommissie moet gaan om iets te bestrijden wat naar alle waarschijnlijkheid in 99% van de gevallen evident is, namelijk dat die betalingsachterstand heeft en gemeld gaat worden. Wij hebben in dat laatste geval veel minder meldingen bij de geschillencommissie of de civiele rechter dan in het eerste geval waarbij de verzekeraar langs de rechter zal moeten als die zijn recht wil halen.

De heer **Van de Beeten** (CDA): De minister zegt dat de verzekeraar langs de rechter moet. Zoals ik al heb gezegd, hoeft het niet zo ver te komen als een werknemer of een uitkeringsgerechtigde na twee maanden merkt dat hij een deel van zijn loon of uitkering niet meer krijgt, namelijk dat deel dat voor de verzekeraar bestemd is. De consequentie is dat de verzekeraar weet dat hij zijn geld krijgt; in het voorstel van de minister weet hij dat niet. Zoals mevrouw Swenker al heeft gezegd, kun je het ook herverzekeren. Verzekeraars kunnen met elkaar afspreken dat zij dit systeem zelf bekostigen en daarbij gebruikmaken van de diensten van het CVZ teneinde zo snel mogelijk over de informatie te beschikken wie de werkgever of de uitkeringsinstantie is. Dan kan er gewoon uitbesteed worden. Zelfs dat zou je kunnen uitbesteden aan het Centraal Justitueel Incassobureau. Dan zou er een privaatrechtelijke overeenkomst kunnen worden gesloten tussen de gezamenlijke verzekeraars en het Centraal Justitueel Incassobureau.

Minister **Klink**: De kern van het bezwaar blijft dat, ook als je die route kiest, de verzekeraar buitengewoon veel inspanningen moet verrichten teneinde een relatief geringe premie binnen te halen. Dat zal ertoe leiden dat men eerder zal royeren en dat er meer onverzekerden komen.

De heer **Van de Beeten** (CDA): In mijn voorstel zou hij dat alleen maar hoeven te melden aan die gezamenlijke instantie, die voor mijn part ook nog het CVZ zou kunnen zijn, om dat systeem in werking te stellen.

Mevrouw **Swenker** (VVD): En laten wij van de 30% gewoon een pot vormen waaruit de eventuele kosten kunnen worden betaald.

Minister **Klink**: Nogmaals, naar mijn inschatting zullen de verzekeraars, ook al doen zij het collectief, uiteindelijk meer inspanningen moeten verrichten dan in dit stelsel. Dat zal ertoe leiden dat men veel sneller tot royement en dus tot onverzekerdheid zal overgaan.

Mevrouw **Swenker** (VVD): Waarop baseert de minister dat? Stel dat je een vorm van herverzekering of een incassobureau zoekt. Stel dat je die 30% erop zet en dat het in een pot komt waaruit eventuele incassokosten kunnen worden betaald. Dan kan de zorgverzekeraar dat gewoon uitbesteden, overgaan tot de orde van de dag en proberen zijn ziertjes te winnen en goede zorg in te kopen. Dat incassobureau kan dan toch vervolgens achter die wanbetaler aan gaan en bijvoorbeeld loonbeslag leggen? Waarom zou de zorgverzekeraar nu ineens gaan royeren? Hij kan het toch gewoon uitbesteden?

Minister **Klink**: Bij het alternatief dat u aanbiedt, moet ik de verzekeraars daartoe verplichten teneinde zeker te kunnen zijn dat het aantal onverzekerden zal afnemen. Aan die verplichtingen, ook als je het langs die lijnen zou doen, staat de Derde Schaderichtlijn in de weg. Dat betekent de facto dat ik meer en disproportionele verplichtingen opleg aan een verzekeraar, ook als men die route collectief zal moeten kiezen. Dat moet dan wel collectief gebeuren. Althans, ik moet de zekerheid hebben dat het gebeurt. Als ook deze route openstaat, is dat minder proportioneel.

Ik ga over naar de vragen van de heer Putters. De doelgroepgerichte voorlichting waarover in 2007 is gesproken, was gericht op onverzekerden en niet op wanbetalers. Voorlichting aan wanbetalers gebeurt feitelijk door zorgverzekeraars. Algemene publieksvoorlichting over wanbetaling heeft tot nu toe inderdaad nog niet plaatsgevonden. In het kader van deze wet zal ik in het najaar in huis-aan-huisbladen en in een landelijke dagblad algemene informatie geven over de maatregelen die worden genomen om wanbetaling tegen te gaan en terug te dringen. Wij zijn op dit moment bezig met het opzetten van een onderzoek naar de kenmerken van de groep die zich hierbij aftekent.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Bij een doelgroepbenadering is het toch heel belangrijk om te kijken naar bijvoorbeeld de groep allochtonen. Mijn ervaring uit mijn dagelijkse praktijk is dat zij er helemaal niets van snappen. Dat kan al een reden zijn waarom er niet wordt betaald. Heel eenvoudige voorlichting over dit onderwerp is heel belangrijk.

Minister **Klink**: Het lijkt mij belangrijk om hiermee rekening te houden, ook op het moment dat wij tot die voorlichting overgaan.

## Klink

Ik heb gesproken over de vrijwillige automatische incasso. Ik hoop dat toen duidelijk was waar het verschil in zat.

De heer Putters vraagt hoe het zit met wanbetalers met een uitkering. De bronheffing op een uitkering is 100%.

De heer **Putters** (PvdA): Ik wil nog even naar het punt van de voorlichting. Ik neem aan dat ook die preventieve maatregelen een plek krijgen in de voorlichting en dat het niet alleen gaat om: u loopt het risico dat u een boete krijgt.

Minister **Klink**: Ik kan er nu natuurlijk makkelijk ja op zeggen, maar ik zal erop letten dat het gebeurt, temeer omdat bij de tweede en vierde maandsmelding de schuldhulpverlening expliciet van betekenis is. Het lijkt mij alleszins redelijk om ook in het kader van de voorlichting erop te wijzen dat schuldhulpverlenings-trajecten openstaan voor mensen die er wellicht van schrikken dat men als wanbetaler 130% premie moet betalen.

De heer **Putters** (PvdA): Ik denk zeker dat het belangrijk is. Dat laatste ben ik met de minister eens, omdat niet iedereen die uiteindelijk wanbetaler wordt dat graag wil worden. Ik denk dat een groot deel van hen dat best wil voorkomen. Dit kunnen handreikingen daarvoor zijn.

Minister **Klink**: Laat ik in mijn eigen termen adstrueren wat de heer Putters zegt. Bij een tweede maandsmelding en een vierde maandsmelding is het preventieve karakter van betekenis met betrekking tot schuldhulpverlenings-trajecten en het is dan ook alleen maar aan te bevelen om dat in preventieve zin bij de voorlichting al helemaal te doen, dus bij de nulde maand.

De bronheffing op een uitkering is 100%, de overige 30% wordt door het CJIB geïnd. Daarbij moet ook het CJIB overigens rekening houden met de beslagvrije voet. Ik kan bevestigen dat men niet onder het bestaansminimum kan vallen. Als schuldhulpverlening tot stand komt – dat is al verschillende keren gebezigd – wordt de restschuld door het CVZ kwijtgescholden.

De heer Putters heeft gevraagd in hoeverre de publieke overname van de inning genoeg prikkels aan zorgverzekeraars biedt om activiteiten te ontplooiën om wanbetaling te voorkomen. Er blijft een premierisico voor de eerste zes maanden en men ontvangt de compensatiebijdrage niet als er onvoldoende incasso-activiteiten zijn ontplooid. Herverzekering biedt naar onze inschatting geen oplossing. Voor zover onder herverzekering wordt verstaan dat verzekeraars de gedeerde premie-inkomsten onderling kunnen poolen dan wel zich daarvoor kunnen verzekeren, zal het niet leiden tot minder royementen. Daar is het toch met name om begonnen.

De heer Putters heeft ook gevraagd naar onderzochte alternatieven. Wij hebben gekeken naar de fiscale inning door de Belastingdienst, maar die kampt met te veel capaciteitsproblemen om dat aan te kunnen. Wij hebben gekeken naar het uitbetalen van de zorgtoeslag aan de verzekeraar, maar ook daarbij stuitte wij op het probleem dat de Belastingdienst dat niet kon uitvoeren. Wij hebben gekeken naar een versterking van de incassopositie van zorgverzekeraars door een waarborgfonds ter delging van de gemaakte kosten voor

noodzakelijke zorg voor mensen die door wanbetaling onverzekerd zijn geworden. Maar dan ga je er in feite al van uit dat je bepaalde financiële risico's moet afdekken voor mensen die niet verzekerd zijn. Om deze redenen hebben wij niet voor deze alternatieven gekozen.

Hoeveel gemeenten sluiten een collectief contract? Dat zijn er 400 voor de bijstandsgerechtigden en de overige minima. Ruim driekwart van alle bijstandsgerechtigden en 20% van de overige minima maken al gebruik van collectieve contracten. Het aantal onverzekerden onder bijstandsgerechtigden is om die reden betrekkelijk laag, ongeveer 0,5%. Er zijn wel meer wanbetalers, ongeveer 7%. Dat geeft ook iets aan van de betekenis van doelgroepgerichte benadering. Het geeft ook aan dat, op het moment dat gemeenten er kennis van krijgen dat iemand wanbetaler is, de schuldhulpverleningstrajecten snel in gang worden gezet. Dan ben ik terug bij het punt dat ik zo-even heb gemaakt in het verlengde van de initiatieven van mevrouw Klijnsma.

De effecten van het wetsvoorstel zal ik graag rapporteren via de VWS-verzekerdenmonitor. Uiteraard zullen wij de maatregelen bezien, monitoren en evalueren. Een horizonbepaling zou betekenen dat het automatisch expireert. Daar wil ik liever niet toe overgaan.

Ik kom bij mevrouw Slagter. Het gaat om 280.000 wanbetalers, van wie 60.000 met een uitkering. Het overgrote deel van de uitkeringsgerechtigden betaalt overigens wel de premie, mede dankzij de gemeente. Dat geldt overigens ook voor de allochtone bevolking. Ook van hen betaalt het overgrote deel gewoon de premie. Onderzoek naar de vraag waarom mensen niet betalen is moeizaam gebleken. Ik ben in overleg met het CBS om meer bestanden te kunnen vergelijken. Daarnaast zal samen met een incasso-organisatie en een verzekeraar worden onderzocht waarom men al dan niet de zorgpremie betaalt. Over dat onderzoek heeft onlangs ambtelijk overleg plaatsgevonden. Het gaat om een onderzoek onder ongeveer 200.000 verzekerden, zowel wanbetalers als niet-wanbetalers, van één verzekeraar. Wij proberen de motieven, achtergronden en dergelijke van de betrokkenen te achterhalen.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Voorzitter, ik denk dat ik sowieso wel een paar interrupties heb omdat ik nu aan de beurt ben om ...

De **voorzitter**: Het is wel heel bijzonder dat u dat al vooraf aankondigt, maar ga uw gang. Voorlopig.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Er moet vast nog wel iets verduidelijkt worden.

Wordt er ook gekeken naar verschillen tussen zorgverzekeraars? Wat de minister hiervoor al gezegd heeft, intrigeert mij. Het kwam op mij over alsof wij de zorgverzekeraars te vriend moeten houden, dat wij niet te veel van ze moeten vragen en dat soort dingen. Is er ook gekeken naar verschillen tussen zorgverzekeraars? Ondanks dat wij het in oktober 2008 over de verzwaring van het incassoregime hebben gehad, is het aantal wanbetalers toch toegenomen. Ik vind dat toch wel bijzonder. Voor mij zou de conclusie kunnen zijn dat de zorgverzekeraars helemaal niet zo veel moeite doen. Ik ben toch wel benieuwd of daar ook naar gekeken wordt. Het zou ook kunnen zijn dat er zorgverzekeraars zijn die

## Klink

daar best practices in hebben en die deze onderling kunnen uitwisselen.

Minister **Klink**: Ik gaf zo-even al aan dat de prikkel voor de verzekeraar bestaat uit het feit dat men zes maanden lang geen premie krijgt en niet gecompenseerd wordt op het moment dat er geen incassotrajecten zijn ingezet. In het huidige regime kan de verzekerde weliswaar niet uit de verzekering stappen, maar kan de verzekeraar nog altijd wel royeren. Dat is waarschijnlijk toch betrekkelijk vaak gebeurd. De verplichting om niet te royeren heeft niet zozeer te maken met het feit dat ik graag vriendjes wil blijven met Achmea, CZ of wie dan ook, maar simpelweg met de Derde Schaderichtlijn die inhoudt dat dit niet kan. Om die reden zal het regime dat nu als voorstel voorligt ook beter en effectiever zijn in het bestrijden van wanbetaling dan de trajecten die wij nu kennen en die in hoge mate op vrijwilligheid zijn gebaseerd.

Ik kom op de taakverdeling tussen CVZ en CJIB. Het CVZ probeert zo veel mogelijk de bestuursrechtelijke premie via bronheffing te innen. Er gelden uitzonderingen voor uitkeringsgerechtigden en minvermogens. Bij hen wordt 100% bronheffing gerealiseerd en het restant wordt via het CJIB geïnd. Als de bronheffing, die 130% dan wel die 100%, echter niet in zijn geheel mogelijk is omdat het inkomen te laag is of omdat het om een student gaat of anderszins, krijgen wij een volledige incasso door het CJIB. Het CVZ voert alleen bronheffing uit als het gehele bedrag kan worden geïnd, 130% dan wel 100%. Wij hebben het dan over degenen die minvermogen of uitkeringsgerechtigd zijn.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): De minister zegt nu impliciet dat het 100% is bij uitkeringsgerechtigden. Volgens onze informatie staat dat niet in de wet. Ik heb wel ergens gelezen dat het in een ministeriële regeling zou komen te staan, maar het is natuurlijk wel belangrijk dat dit juridisch wordt afgedekt.

Minister **Klink**: Wat in de wet staat dan wel een wettelijke grondslag kent, is de beslagvrije voet. Wij hebben hier vrij uitvoerig over gesproken met de minister van Justitie en de minister van Sociale Zaken. Die beslagvrije voet was voor ons de reden dat de 100%- en niet de 130%-inning zou moeten plaatsvinden op het moment dat men minvermogen of uitkeringsgerechtigd is. Daarom separeren wij die andere 30% via het CJIB. Wij zullen in de ministeriële regeling zorgverzekering verankeren dat die 100% en 30% separate trajecten zijn. Nogmaals: los van die regeling is er kennelijk een dwingendrechtelijke reden om te zeggen dat je niet onder die beslagvrije voet kunt. Die 100% zal dus altijd het maximum zijn.

Mevrouw Slagter vroeg hoe de stabilisatieovereenkomst gaat werken en of die niet prematuur is. Die overeenkomst is in de wet ingevoerd door een amendement van de heer Van Gerven. De stabilisatieovereenkomst is een onderdeel van de schuldhulpverlening. De NVVK heeft aangegeven dat een en ander in de praktijk al werkt. Men wil de overeenkomst graag invoeren en heeft er alle vertrouwen in dat deze goed implementeerbaar is. De wanbetaler die zich meldt voor schuldhulpverlening sluit een overeenkomst met de schuldhulpverlener over de afwikkeling van zijn schulden. In het kader van die stabilisatieovereenkomst

wordt eerst gezorgd dat de financiële situatie is gestabiliseerd. Daarnaast wordt ervoor gezorgd dat rekeningen voor elementaire diensten die betrokkenen vaak in de schuld duwen omdat men die niet betaalt, als eerste worden betaald. Dan vindt stabilisatie plaats en vervolgens gaat men over tot het inlossen van de schulden die nog openstaan op basis van een hulpovereenkomst die uiteindelijk in de regel tot een matiging leidt van de lasten die op de betrokkene rusten.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): De minister zegt dat het CVZ eventueel de resterende schulden kan kwijtschelden in het kader van niet-betaalde premies. Er wordt een bedrag van € 1000 genoemd, maar dat kan natuurlijk nog veel meer zijn. Ik had begrepen dat zorgverzekeraars net zo goed schuldeiser zijn als andere instanties en bij het regelen van de schuldregelingen ook inspraak hebben. Hoe zit dat nu? Welke schulden kan het CVZ nu kwijtschelden en voor welke schulden is zo'n schuldenregeling bedoeld?

Minister **Klink**: Ook bij het CVZ kunnen schulden opgebouwd worden. Dat zal bij bronheffing minder makkelijk gaan dan bij een incassotraject via het CJIB. Van die schulden zal het CVZ zeggen dat die worden kwijtgescholden op het moment dat men een schuldhulpverleningsovereenkomst aangaat. Het convenant met de VNG, de NVVK, de sociale diensten, SZW en VWS gaat over de openstaande schulden bij Zorgverzekeraars Nederland. De deelnemers aan het convenant zullen zich verplichten om zich in het kader van die schuldhulpverleningsovereenkomst te matigen zodat een en ander proportioneel is en de schuldhulpverleningsovereenkomst ook echt een kans krijgt. Dat ligt onder andere besloten in dat convenant waar mevrouw Slagter naar vroeg, en daar wordt welwillend en goed samengewerkt met ZN.

Mevrouw Slagter vroeg in hoeverre ik bij de staatssecretaris van SZW erop kan aandringen dat alle schuld-eisers meewerken aan een minnelijke schuldregeling. De schuldhulpverlening is er natuurlijk op gericht om het totaal van de schulden die iemand heeft mee te nemen in het oplossen van de schuldenproblematiek. Wat mevrouw Slagter vraagt is het uitgangspunt van het geheel. Ik zal aan de staatssecretaris van SZW vragen in hoeverre wij gemeenten kunnen vragen in hoeverre die "tweedemaandsbrief" direct een aanknopingspunt kan zijn voor proactief optreden.

Door verschillende leden is er stilgestaan bij de lasten voor het bedrijfsleven. Naar onze inschatting is de bronheffing ook voor de werkgevers een efficiënte manier om de premie binnen te halen. CVZ stuurt de werkgever een verzoek om een bepaald bedrag dat gelijk is voor elke werknemer in te houden op het nettoloon en aan CVZ over te maken. Het alternatief van loonbeslag is bewerkelijker en meer belastend dan deze bronheffing. De Kamer heeft er zelf op gewezen dat werkgevers een eigen belang hierbij hebben. Dat is ook wel evident.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): De minister vertelt iets wat ik ook wel wist, maar ik had daarnaast gevraagd wat hij gaat doen om in overleg met VNO en MKB-Nederland de pijn te verzachten. 300 mln. is genoemd en daar komt altijd weer de rituele dans overheen dat het vergelijkbaar is met het personeelsuitje. Dat bestrijd ik overigens. Wat

## Klink

voor stappen zet de minister richting VNO en MKB-Nederland om wat beter naar hen te luisteren?

Minister **Klink**: In dit kader zal het niet meevallen. Een bronheffing is een bronheffing. In het kader van de administratieve lasten is ook VWS gehouden daar een behoorlijke reductie in aan te brengen. Daar wordt ook stringent op gelet van de kant van de minister-president. De lastenverlichting die wij realiseren – waardoor wij op 32% reductie komen, daar waar we voor 20% of 25% waren aangeslagen – raakt ook wel aan de werkgevers. Dat heeft namelijk te maken met het toewerken naar een eenduidig loonbegrip op basis waarvan wat nu de werkgeversbijdrage is voor de inkomensafhankelijke premie, een afdracht wordt van de werkgever aan CVZ. Dat heeft als groot voordeel dat er een eenduidig inkomensbegrip komt en dat zorgt voor enorme lastenverlichting bij de werkgevers. Ik realiseer me ook dat dit niet een-op-een loopt. De administratieve lastenverminderingen die voortvloeien uit de verplichting die op VWS rust, worden in hoge mate precies gevonden bij de werkgevers en niet alleen maar bij ziekenhuizen, verpleegkundige en zorginstellingen et cetera. In die zin zit daar wel een compensatie in, zij het dat die niet zo rechtstreeks is als u wellicht zou wensen.

De **voorzitter**: We zijn toegekomen aan de tweede termijn van de kant van de Kamer. Aangezien er ruim tijd is bemeten voor de interrupties vraag ik alle woordvoerders beknopt te zijn.

Mevrouw **Swenker** (VVD): Voorzitter. Wij hebben inmiddels een zo ingewikkelde wetgeving gemaakt bij de vormgeving van de Zorgverzekeringswet dat er bijna geen koninklijke weg meer blijkt te bestaan, als je een probleem moet oplossen.

Het is duidelijk dat de VVD-fractie zeer voor een civielrechtelijke oplossing is, of die nu is door in de polisvoorwaarden een pandrecht neer te leggen of door anderszins regelingen te treffen. De minister zegt dat dit in strijd is met de Derde Schaderichtlijn. Dit begrijpt de VVD-fractie niet. Volgens ons zegt de Derde Schaderichtlijn, even grof samengevat, dat de verzekeraar de vrijheid moet hebben om te kiezen. Hij heeft ook nu de vrijheid om te kiezen en te royeren, zij het dat hij dan geen uitkering krijgt uit het fonds. Hij heeft de vrijheid om via incasso te innen en hij heeft de vrijheid om niks te doen. Nu is als verandering ook mogelijk de premie te laten innen door het CVZ. De verzekeraar kan ook in zijn polis regelen dat hij pandrecht heeft of anderszins. Hij kan besluiten naar een centraal incassobureau te gaan en het samen te gaan doen. Je kunt ook een verzekeraar in de goede richting duwen zoals we dat nu ook doen met de wortel en de stok, door te zeggen dat de verzekeraar bij royement geen compensatie krijgt uit het vereveningsfonds. Als hij wel braaf probeert te incasseren, krijgt hij die wel. Kortom, er blijft ongelooflijk veel vrijheid voor de zorgverzekeraar. Het is de VVD-fractie niet duidelijk hoe dit dan in strijd is met de Derde Schaderichtlijn.

De heer **Van de Beeten** (CDA): Voorzitter. Dank aan de

minister voor de beantwoording. Ik zal straks toch het genoeg doen dat hij heeft beleefd toen hij meende dat ik geen repliek had aan mevrouw Swenker moeten wegnemen, maar dat zal ik tot het slot bewaren.

Allereerst het punt van de rechtsingang met betrekking tot de rechtsbescherming voor de verzekerde die wil ageren. De minister zegt dat dit een dagvaarding moet zijn, maar dat staat niet zo in de wet. En als het niet zo in de wet staat, is het onduidelijk. Dan zou ik niet weten waarom een verzekerde voor de moeilijker weg van de dagvaarding, waarbij een deurwaarder nodig is, zou moeten kiezen als hij ook de eenvoudiger weg van het verzoekschrift zou kunnen kiezen, waarbij hij geen deurwaarder nodig heeft. Als de wet daar geen antwoord op geeft, zal de rechter in een voorkomend geval moeten beslissen. Ik vind het toch wel een belangrijk juridisch-technisch probleem dat in ieder geval met het voorstel zoals het er nu ligt, niet deugdelijk is opgelost.

Als ik de minister goed begrijp, zegt hij dat je moet voorkomen dat je in een positie komt dat je als wetgever een royementsverbod zou willen gaan opleggen aan de verzekeraar omdat je dan in de problemen komt met de Derde Schaderichtlijn. Je moet dus verzekeraars in de positie brengen dat zij niet over zullen gaan tot royement; je moet ze als het ware ertoe verleiden door een regeling aan te bieden zoals die nu in dit wetsvoorstel voorligt. Laat ik vooropstellen dat ook ik niet pleit voor een royementsverbod. De vraag is of het systeem zoals het nu in dit wetsvoorstel voorligt beter is dan het voorstel zoals ik dat suggereerde met behulp van het pandrecht. Ik stel vast dat in het voorstel van de minister er pas CVZ-incasso gaat plaatsvinden en een compensatieregeling in werking treedt op het moment dat de verzekeraar al zes maanden achterstand voor zijn kiezen gekregen. In mijn voorstel zou de verzekeraar door simpelweg of via het CVZ of zelf een briefje te sturen naar de werkgever of de uitkeringsinstantie vanaf dat moment zijn risico beperken tot de eerste twee maanden niet betaalde premie. Daarna ligt er een pandrecht en mag de werkgever respectievelijk de uitkeringsinstantie niet overgaan tot uitbetaling. Daarmee beperkt de verzekeraar enorm zijn risico in dit voorstel. Waarom zou hij in mijn voorstel wel tot royement gaan besluiten en in het voorstel van de minister niet, zeker als je de kosten ook nog eens verevent door afspraken daarover te maken met CVZ en met de verzekeraars onderling. Hierbij teken ik aan dat ook het vastleggen van de uitkering elektronisch kan tegenwoordig dankzij een wetswijziging die we driekwart jaar geleden hier hebben aangenomen, waardoor één deurwaarder centraal voor CVZ dat bij alle uitkeringsinstanties kan regelen. Ik zie het probleem dus niet.

Is er nu sprake van een bestuurlijke boete of niet? De minister zegt dat de grondslag voor die 130% standaardpremie in de wet ligt. Kortom, hij ligt niet in de overeenkomst. De grondslag ligt dus ook niet in het Burgerlijk Wetboek, de grondslag ligt in een publiekrechtelijke wettelijke voorziening die hier vandaag voorligt. Het is dus publiekrecht; dat staat om te beginnen vast.

Daarnaast kunnen we vaststellen dat de grond om die 130% te gaan heffen, is dat men een overtreding heeft begaan. Men heeft merkwaardig genoeg geen publiekrechtelijke overtreding, maar een privaatrechtelijke overtreding begaan, namelijk het niet betalen van de premie aan de verzekeraar. Die overtreding wordt als het ware met terugwerkende kracht door dit wetsvoorstel een



## Van de Beeten

publiekrechtelijke overtreding, met als consequentie dat je als je een vrij hoge premie betaalt van € 1205, vervolgens € 1570 moet betalen, oftewel € 365 meer. Maar als je toevallig ook nog eens een lagere premie betaalt aan je verzekeraar, moet je zelfs nog een hogere boete betalen. Ik denk dat als dit voorgelegd wordt aan de rechter, deze zal zeggen dat er sprake is van een bestuurlijke boete in de zin van de Vierde tranche Algemene wet bestuursrecht. Als de minister zegt dat dit niet gaat gebeuren, dat geen enkele rechter en ook niet uiteindelijk de Raad van State of de hoogste civiele rechter dat zegt, is dat zijn verantwoordelijkheid. Ik zou niet graag in zijn schoenen staan op het moment dat dit verkeerd gaat. Ik denk dat de minister dat nog maar eens goed moet afwegen. Dat geldt ook voor de nadelen die hij heeft genoemd met betrekking tot de aantallen. Ik heb daar zo-even bij interruptie al het een en ander over gezegd. Ik zie niet wat het verschil is tussen mijn voorstel en zijn voorstel. In mijn voorstel is het zo dat alleen al de brief die de werknemer of de uitkeringsgerechtigde krijgt waarin staat dat hij deze maand maar een deel van zijn geld krijgt, omdat de werkgever of de uitkeringsinstantie het andere deel gaat afstorten bij de zorgverzekeraar, aanleiding zal zijn om zich even achter de oren te krabben en te overwegen om naar schuldhulpverlening te gaan, zeker als de begeleidende brief daar ook nog eens uitdrukkelijk op wijst. Kortom, ik ben er nog niet van overtuigd dat de verrassing die de minister gevoelde toen hij mijn voorstel hoorde, niet nog wat verder zou moeten doorwerken.

Tot slot richt ik me tot mevrouw Swenker. Bij een arbeidsovereenkomst is en blijft de hoofdregel: geen werk, geen loon. In de wet is die verplichting in het verleden voor een deel beperkt tot zes weken; later is dat opgerekt ook in het kader van re-integratie. Als de WIA in werking treedt, betaalt de werkgever geen loon meer. De arbeidsovereenkomst eindigt echter niet automatisch, sterker nog, de werkgever heeft onverminderd de re-integratieplicht. Dus ik denk dat mijn argument nog steeds hout snijdt. Ik ben benieuwd of er nu een dupliek komt.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Als ik het verhaal van de heer Van de Beeten hoor, klinkt het alsof hij eigenlijk voor een ander wetsvoorstel is dan voor het wetsvoorstel dat nu voorligt. Ik ben benieuwd wat zijn finale beoordeling inhoudt, of hoe de fractie van het CDA ertegen aankijkt.

De heer **Van de Beeten** (CDA): Het zal u niet verbazen als ik zeg dat ik uiteraard eerst de reactie van de minister wil aanhoren en vervolgens mijn fractie wil inlichten over datgene wat er zich hier vandaag heeft afgespeeld. Dan krijgt u de finale beoordeling van de CDA-fractie.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): We houden het nog even spannend.

De heer **Van de Beeten** (CDA): Uiteraard.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Voorzitter. Ik heb aangegeven dat ik ongeveer vijf minuten spreektijd nodig zou hebben. Toen ik echter ging inventariseren op welke vragen ik nog geen antwoord heb gekregen, kwam ik een

heel eind. Ik zal desalniettemin proberen het snel af te handelen.

Ik heb vragen gesteld over het convenant tussen de zes partners. Dat is nog steeds een concepttekst. Het is mij niet duidelijk wanneer die goedgekeurd wordt en bovendien heeft de VNG een voorbehoud gemaakt. Wat doen wij als zij een negatief oordeel geeft?

Ik heb gevraagd naar het tijdstip van inwerkingtreding. Er is steeds 1 juli gezegd, maar er is ook gezegd dat sommige verzekeraars er nog niet klaar voor zijn. In dat kader heb ik ook gevraagd of het CVZ zorgverzekeraars zou kunnen dwingen om mee te doen. Zorgverzekeraars moeten hun systemen aanpassen en dat kan een bottleneck zijn, te meer daar ik nog steeds concludeer dat wij ernstig rekening met hen moeten houden en hen te vriend moeten houden.

Daarnaast heeft de minister een aantal toezeggingen gedaan. Hij streeft naar doelgroepenbepaling. Hij zal daarbij in kaart brengen wat de motieven zijn van de niet-willers. Dat is namelijk een groep waar je nog het meeste geld zou kunnen halen. Hij heeft gezegd dat de 100%-regeling geldt voor de minima, maar dat er sowieso andere wetgeving is die dat waarborgt. Hij gaat het ook expliciet in een ministeriële regeling opnemen. De minister heeft ook gezegd dat middels een convenant tussen ZN en NVVK een einde kan komen aan schulden als er een goede schuldenregeling is. Zo worden mensen niet tot in de eeuwigheid door schulden geplaagd en kunnen ze ooit met een schone lei beginnen. Hij verwacht dat zorgverzekeraars daar ook aan meewerken. De minister gaat monitoren en evalueren en ik denk dat in dat kader moet worden meegenomen of dit de goede manier is. Als het werkt, is het een goede manier. Als het niet werkt, moeten wij ons afvragen wat er dan moet gebeuren.

Ik miste wel een kort betoog van de minister over wie nu eindverantwoordelijk is. Met name van de niet-kunners – mensen die al op een minimumniveau zitten – wordt veel geleverd door gemeenten en sociale diensten. De minister heeft het over een handreiking aan hen. In die handreiking staat echter vooral wat ze allemaal moeten en wat er van hen wordt verwacht. Omdat ik ervan uitga dat de minister als ondertekenaar van deze wet ook eindverantwoordelijke is, heb ik gevraagd wat hij gaat doen om de gemeenten niet alleen met woorden, maar ook met daden te faciliteren.

De heer **Putters** (PvdA): Voorzitter. Laat ik me in ieder geval aansluiten bij de verzuchting dat de regelgeving vrij complex geworden is, terwijl de introductie van het nieuwe zorgstelsel bedoeld was om tot een duidelijkere regeling te komen. Het enige wat wij kunnen doen, is onszelf in de spiegel aankijken.

Is deze route met een publiekrechtelijk sluitstuk in een privaatrechtelijke verzekering de beste route? Mij bekwam tijdens de eerste termijn een beetje het gevoel dat het ook een welles-nietesverhaal kan worden tussen een aantal alternatieven. Daar kun je een aantal dingen mee doen. Wij geven de minister het voordeel van de twijfel in zijn argumentatie voor de route die nu gekozen is. Die kunnen wij dus steunen. Ik moet wel zeggen dat het alternatief van de heer Van de Beeten aantrekkelijk klinkt en hij heeft een aantal steekhoudende argumenten naar voren gebracht. Ook van die route moeten wij maar

## Putters

afwachten wat de effecten zijn. Vandaar dat wij de minister op dit moment het voordeel van de twijfel geven.

Wij danken de minister voor de toezegging dat hij gaat rapporteren of dit tot een afname van het aantal wanbetalers leidt. Daar is het uiteindelijk om te doen, welke route wij ook kiezen. Het moet afnemen en wij willen graag weten of dat gebeurt. Als dat niet gebeurt, gaan wij ervan uit dat de minister opnieuw een alternatieve route gaat overwegen.

Wat ons betreft, gaat het om het voorkomen van wanbetaling en het voorkomen van het stapelen van schulden van mensen. In dit debat hebben wij daarvoor vier wezenlijke aanknopingspunten gevonden. Wij zijn er in de eerste plaats blij mee dat de ruimte voor een automatische incasso is gevonden en dat die steviger wordt ingezet. Het is belangrijk om zo preventief mogelijk te zijn en te voorkomen dat mensen verder in de schulden raken. Wij zijn blij dat de minister dit ook in de doelgroepgerichte voorlichting een plek wil geven. Wij denken dat er onder de wanbetalers wel degelijk mensen zijn die vroegtijdig wanbetaling willen voorkomen.

In de tweede plaats hebben wij nog vragen bij de zesmaandentermijn. Wij willen dat wanbetaling zo snel mogelijk wordt tegengegaan. Ondanks de acceptatieplicht van verzekeraars willen wij wel zeker stellen dat zij zich maximaal inspannen om die termijn korter dan zes maanden te laten zijn. Wat zijn nu die voldoende incassoactiviteiten? Wat is dat concreet? Wat moeten ze allemaal doen en is dat zo maximaal? Hoe verhoudt zich dat, ook in de tijd, tot de meldingen van het CVZ? Ik begrijp dat het CVZ ook na bepaalde termijnen de verzekerden of de wanbetalers iets laat weten. Ik krijg de indruk dat dit parallel loopt aan een aantal meldingen die de verzekeraar doet. Hoe verhoudt dit zich tot elkaar? Er moeten natuurlijk ook geen disincentives zijn voor verzekeraars. Ze hebben ook een zeker bedrijfsrisico in ons systeem en dat willen wij nog even benadrukken.

Het is natuurlijk ook cruciaal dat de verschillende instanties die bij de schulden van mensen betrokken zijn, goed met elkaar schakelen over de dubieuze debiteuren. Er moet een soort early warning zijn binnen die zes maanden. Krijgt dat een plaats in het convenant tussen alle instanties? Het convenant is een paar keer genoemd, maar het is mij niet helder waar het precies om gaat. Een early warning tussen de instanties is volgens ons van belang.

In de derde plaats is de 30%-kwestie en de positie van de bijstandsgerechtigden belangrijk. Dank voor de toezegging dat het bij de bronheffing bij bijstandsgerechtigden enkel de standaardpremie betreft en niet een opslag van 30%. De minister is er helder over geweest: het staat niet in de wet, maar het komt in een ministeriële regeling. Dat is voor ons afdoende. Wij houden de minister graag aan die toezegging, want wij willen niet dat mensen onder het sociaal minimum terecht komen.

In de vierde plaats blijkt dat het schakelen tussen instanties ongelooflijk belangrijk is om wanbetaling en oplopende schulden tegen te gaan. Ook in het debat over de preferente schuldeis hebben wij besproken dat dit niet interfereert met de schuldhulpverlening. Dat schakelen tussen instanties moet in die convenanten een plek krijgen. Ik vroeg al hoe dat moet gebeuren. Het vraagt ook – en dat is een hartenkreet van mij – om het

schakelen tussen departementen. Daar ontbreekt het toch vaak nog aan. Hoe wij dat bereiken? Wij praten daar al heel lang over; ik denk dat deze avond daarvoor niet voldoende is.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

□

Minister **Klink**: Mevrouw de voorzitter. Mevrouw Swenker zegt dat je de vrijheid hebt om te kiezen: je kunt het pandrecht uitoefenen en dat kun je in de polis opnemen. Je kunt ook royeren. Dat kan allemaal; dat geef ik direct toe. Je kunt echter niet regelen dat er geen onverzekerden meer komen en je kunt het royement niet uitsluiten. Juist om die reden hebben wij een ander regime nodig om te effectueren wat wij willen, namelijk het vermijden van wanbetalers en onverzekerden.

Mevrouw **Swenker** (GroenLinks): Daarom had ik eraan toegevoegd dat er net zoals nu natuurlijk wel een wortel aan de stok hangt om ervoor te zorgen dat de verzekeraar in vrijheid zo weinig mogelijk royeert.

Minister **Klink**: Ja, dat is zo. Dat heb ik ook aangegeven. Dat kan en dat hebben wij de afgelopen jaren ook geprobeerd door te zeggen dat op een gegeven moment via het CVZ een compensatie van de gedeerde premies voor het vereveningsfonds plaatsvindt. Die compensatie kan echter alleen staan tegenover een inspanningsverplichting en effectuering van die inspanningsverplichting voor de verzekeraar om ervoor te zorgen dat de betrokkene toch betaalt. Anders krijg je in feite een soort schaduwbetaling aan publieke zijde in de richting van de verzekeraar zonder dat daar verplichtingen uit voortvloeien voor de verzekerde. Dat kan eigenlijk alleen langs de weg die wij nu hebben gekozen, namelijk door over te gaan tot een bestuursrechtelijke premie die de onverzekerde c.q. de wanbetaler vrijwaart van de betalingsverplichtingen. Laat ik het heel simpel zeggen: ik kan de verzekeraar er niet toe verplichten om die verzekeringsnemer voortdurend achter de broek te zitten, tenzij ik zeg dat de verzekeraar die verzekeringsnemer niet mag royeren. Dan krijgt de verzekeraar immers een enorm eigen belang bij het feit dat dit niet kan. Daarvan heb ik gezegd dat dit tegen de achtergrond van de Derde Schaderichtlijn niet mogelijk is, althans niet proportioneel is en dus niet mogelijk is.

De heer Van de Beeten heeft gezegd dat wij zouden moeten regelen dat dit via de dagvaarding plaatsvindt. Een verzoekschrift kan immers anders ook. De verzoekschriftprocedure is bedoeld voor een situatie met meerdere belanghebbenden. In casu gaat het om een geschil tussen louter de verzekeraar en de verzekeringsnemer. Inderdaad is dus de procedure via de dagvaarding aan de orde.

Dan het alternatief van de heer Van de Beeten met betrekking tot het pandrecht. In feite heb ik de argumenten zojuist al geleverd. Je kunt een pandrecht vestigen, maar je moet dat ook effectueren. Dan moet je vervolgens langs de rechter. Dat zal een enorme belasting van de rechterlijke macht met zich meebrengen. Bovendien kan ik de verzekeraars niet verplichten om die activiteiten te ontplooiën. Dat is de enige route en de enige manier om ervoor te zorgen dat er geen wanbetalers c.q. onverzekerden komen. Omdat een royementsverbod kan,

## Klink

is de door ons geschetste alternatieve route naar mijn beleving de juiste. Gelet op de verplichtingen die wij de verzekeraars kunnen opleggen, is dit op dit moment de effectiefste en meest proportionele route.

Mevrouw Slagter meldde terecht dat ik niet ben ingegaan op de fasering van de invoering. Zoals de Kamer weet, is er op dit moment een stuwmeer van 280.000 wanbetalers. Het CVZ gaat er in zijn berekeningen van uit dat alle wanbetalers worden gemeld voor de bestuursrechtelijke premie. Misschien zal het uiteindelijke aantal na verzending van de tweede- en vierdeterminijnsbrieven iets lager uitvallen omdat dit preventief kan werken. Het CVZ heeft mij op 4 juni geadviseerd om het stuwmeer gefaseerd weg te werken. In één keer kan niet, vanwege de grote omvang. Een gefaseerde verwerking is van groot belang voor een goede uitvoering door de verzekeraars, die te maken hebben met de tweede- en vierdeterminijnsbrieven waarin de wanbetaler het een en ander gemeld moet worden. Het CVZ moet de inning van die premie voor zijn rekening nemen en moet de bronheffing organiseren. Dat geldt ook voor het CJIB, dat de incasso moet gaan realiseren. De werkgevers moeten de broninhouding verzorgen en de gemeentelijke sociale diensten krijgen te maken met de schuldhulpverlening. Met andere woorden: er zijn zomaar vier of vijf instanties die allemaal te maken hebben met de uitvoering. Vandaar dat fasering op dit moment van belang is.

Als de Kamer instemt met dit wetsvoorstel, zal de wet op 1 september in werking treden. Vanaf die datum kunnen verzekeraars wanbetalers melden bij het CVZ. Na de inwerkingtreding wordt in september met één zorgverzekeraar een pilot met meldingen gedaan. Dan kunnen eventuele kinderziekten in beeld komen en vervolgens worden verholpen. Daarna wordt het stuwmeer in plukken van telkens 25.000 meldingen in elf maanden weggewerkt. Het CVZ heeft op 12 juni jongstleden definitieve afspraken gemaakt met zorgverzekeraars over het moment waarop zij de tweede- en vierdeterminijnsbrieven gaan schrijven en wanbetalers gaan melden. Dit gebeurt zodanig dat dit allemaal in deze planning past. Ik heb er vertrouwen in dat met deze gefaseerde invoering de wanbetalerswet op zorgvuldige wijze kan worden geïmplementeerd. De afspraken die daartoe strekken, worden op dit moment gemaakt.

Mevrouw **Slagter-Roukema** (SP): Die gefaseerde inwerkingtreding heeft dus meer te maken met de capaciteit bij het CVZ dan met eventuele onwil of onmacht bij zorgverzekeraars omdat zij hun systemen niet kunnen of niet willen aanpassen. Op zich zetten alle zorgverzekeraars zich er dus voor in om voor 1 december, eind dit jaar, hun systemen op orde te hebben.

Minister **Klink**: De fasering die ik zojuist schetste, de pilot van 25.000 meldingen en dergelijke vloeien voort uit afspraken tussen onder andere het CVZ en Zorgverzekeraars Nederland. Daaruit kunt u afleiden dat men daartoe bereid is en de schouders eronder zet. Ik heb geen andere signalen gehoord.

Mevrouw Slagter vroeg wie er eindverantwoordelijk is voor de niet-kunners. Ik heb aangegeven dat alle betrokkenen na twee en vier maanden een melding krijgen met een verwijzing naar de schuldhulpverlenings-trajecten; ik zal inderdaad via de voorlichting gaan werken aan "nulde maands". De overigen moeten wij kwalificeren als "niet-kunners" en krijgen dus te maken

met het regime dat de revue al een paar keer is gepasseerd. De uitkomst daarvan is dat de prikkel die van die 130% uitgaat, telkens weer aanleiding zal zijn om schuldhulpverleningstrajecten in te gaan.

Dit neemt niet weg dat natuurlijk ook gemeenten zich verantwoordelijk kunnen maken en stellen voor degenen die zich niet verzekeren; vandaar de collectieve verzekeringen en dergelijke die zich daar aftekenen. Wij zullen daar, ook in het overleg met de gemeenten, voortdurend om blijven vragen als men op dat punt tekort zou schieten. Dat doen zij nu niet; 400 gemeenten doen dit op dit moment al. Een aantal daarvan gaat over tot een soort bronheffing en neemt in feite de betalingsverplichtingen over van de verzekerden. Ik zal met de staatssecretaris van SZW bespreken in hoeverre de schuldhulpverleningstrajecten vanaf de tweede maand met spoed kunnen worden aangevat op basis van de signaalwaarde die daarvan uitgaat.

Uiteindelijk zijn de niet-willers echter ook verantwoordelijk voor zichzelf als zij voortdurend allerlei waarschuwingen in de wind slaan. Gelet op het feit dat het soms om mensen gaat die meer dan het minimuminkomen of zelfs meer dan modaal verdienen, moeten wij niet uitsluiten dat er ook een heleboel onwil bij zit.

Het conceptconvenant is nog niet ondertekend door de VNG. Daar wordt op dit moment wel aan gewerkt. Aan de inhoud van het totaal ligt dit niet. In de stukken is al gemeld dat de VNG de bespreking van dit wetsvoorstel in deze Kamer afwacht. Voor zover ik het nu kan inschatten, zit daar geen grote mate van onwil of onenigheid over de inhoud van het convenant achter. Het heeft meer met de procedure, het proces en het wetgevingstraject als zodanig te maken. Zoals ik al zei, streven wij naar invoering per 1 september aanstaande. Wij hopen het convenant dan in ieder geval ondertekend te hebben.

Mevrouw Slagter zei dat de gemeenten ook met daden moeten worden gefaciliteerd. Ik heb gewezen op datgene wat mevrouw Klijnsma heeft gedaan op het punt van de schuldhulpverlening. Nogmaals, ik zal proberen om bij dat traject aan te haken.

De heer Putter sneed terecht het punt van de voldoende incassoactiviteiten aan. In hoeverre kun je als verzekeraar volstaan met het na twee en vier maanden aanschrijven? Of moet je meer doen gedurende die periode van zes maanden? De NZa zal zich daarover buigen en ik zal erop letten en toezien dat daar activiteiten uit voortvloeien, meer dan alleen maar een kattebelletje aan onverzekerden met de boodschap: wij melden u wat over een paar maanden. Ik zal erop toezien en de Kamer inlichten over de verplichtingen die daaruit voortvloeien.

In relatie tot een early warning het volgende. Ik gaf zo-even al aan dat ik met de staatssecretaris van SZW zal overleggen over de vraag in hoeverre de tweedemaandsmelding, en het feit dat de gemeenten via het IB in kennis worden gesteld, een signaalwaarde kan zijn na alles uit de kast gehaald te hebben, om mensen te vrijwaren van eventuele bestuursrechtelijke premie.

Hiermee heb ik de hoofdvragen beantwoord.

De beraadslaging wordt gesloten.

De **voorzitter**: Ik dank de minister voor zijn reactie in tweede termijn. Ik constateer dat de fractie van het CDA

## Klink

stemming over dit wetsvoorstel wenst. De stemmingen vinden plaats op de eerstvolgende Kamerdag.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

---

Aan de orde is de voortzetting van de behandeling van:  
- **het wetsvoorstel Wijziging van de Werkloosheidswet in verband met het vergroten van kansen op werk voor langdurig werklozen (31767).**

De beraadslaging wordt hervat.



Minister **Donner**: Voorzitter. Ik dank de leden van de Kamer. Als ik het goed begrijp, dan kan het wetsvoorstel waarvoor ik hier sta op algemene instemming bogen. Ik heb althans van geen van de partijen gehoord dat het wetsvoorstel op dat punt wordt afgewezen. Men stemt zelfs in met de gedachte die erachter zit. De discussie richt zich vooral op een element dat een onderdeel daarvan uitmaakt, namelijk de wijziging van de richtlijn in 2008. De twee hangeren met elkaar samen; beide zijn gericht op het bevorderen van herintreding op de arbeidsmarkt. Het berust op de constatering dat als mensen binnen een jaar niet op eigen kracht arbeid hebben gevonden, de kans nog maar heel gering is dat zij dat wel vinden. Het komt vervolgens vooral aan op de hulp, maar ook interventie, van het UWV om arbeid te vinden.

Die wijziging van de richtlijn betreft twee onderdelen. Het eerste onderdeel betreft de termijnen die met betrekking tot academici en hoger geschoolden zes, twaalf en achttien maanden bedroegen, maar nu met zes maanden worden bekort. De termijn van twaalf maanden wordt naar zes maanden teruggebracht en die van achttien naar twaalf maanden. De termijnen met betrekking tot de uitleg van het begrip "passende arbeid" worden daarmee gelijk aan de termijnen die voor andere beroepen al lang golden. De tweede wijziging van de richtlijn betreft het gegeven dat ook werk onder loonniveau kan worden aangeboden. Dat hangt samen met het wetsvoorstel dat hier aan de orde is. De richtlijn is een jaar geleden gewijzigd, juist vanwege die termijn van een jaar. Als dit wetsvoorstel wordt aanvaard, kunnen de nieuwe regels direct vanaf 1 juli worden toegepast omdat de termijn van een jaar dan verlopen is.

De discussie richt zich geheel op de vraag: konden deze twee wijzigingen bij wijziging van de richtlijn worden vastgesteld of was daar een algemene maatregel van bestuur voor nodig op basis van het vierde lid van artikel 24? Mevrouw Westerveld vraagt mij of ik bereid ben om een dergelijke stap te zetten naar aanleiding van de gedachtewisseling van vandaag. Ik ben daar uiteraard toe bereid, als de gedachtewisseling mij daartoe aanleiding geeft. Vooralsnog geloof ik echter dat daar geen aanleiding voor is. De Werkloosheidswet waarin de bepaling "passende arbeid" staat, wordt uitgevoerd door het UWV. Dat is daarmee belast en dat heeft bovendien de bevoegdheden gekregen om die bepaling toe te passen. Daarop berust meer in het bijzonder de bevoegdheid van het UWV om rechtsbindende beschikkingen te geven met betrekking tot de WW-uitkeringen en de eventuele toepassing van sancties. De algemene

bevoegdheid van het UWV berust op de slotformule die iedere wet kent, namelijk: lasten en bevelen dat deze in het Staatsblad zal worden geplaatst en dat alle ministeries, autoriteiten, colleges en ambtenaren wie zulks aangaat, aan de nauwkeurige uitvoering de hand zullen houden. Het is een formule die vaak vergeten wordt maar die in wezen de algemene machtiging is en opdracht is aan ieder die het aangaat om de wet uit te voeren zoals die er ligt. Het UWV doet dat, ook met betrekking tot het begrip "passende arbeid". Dat is geen discretionaire bevoegdheid omdat ook ons algemene beginsel is dat administratieve bevoegdheid ook administratieve plicht is. Ingeval van rechtsverschil over de interpretatie van de begrippen, ligt dat voor aan de rechter om het uit te leggen. Die bevoegdheid is zo ruim als het begrip passende arbeid is en wordt in de praktijk vanaf het begin door de instanties – sinds de SUWI-wetgeving door het UWV – uitgelegd en van tijd tot tijd gecorrigeerd in de uitspraken van de rechter.

Dat er in 1995 een besluit is vastgesteld op basis van lid 4 van artikel 24, berustte op het gegeven dat dit besluit een uitleg gaf aan het begrip passende arbeid die afweek van de uitleg die de rechter eraan gaf. Het ging om een verruiming van het begrip ten opzichte van de beperktere uitleg die de rechter eraan had gegeven in de jurisprudentie. Dit was voor het kabinet aanleiding om bij algemene maatregel van bestuur vast te stellen dat voor academici, hogeropgeleiden en schoolverlaters vanaf de eerste dag iedere arbeid passend was. Dat gold heel in het bijzonder voor personen die van hun opleiding af kwamen en geen werk hadden. Ook de werkervaring ging mede bepalen was passend is.

In 1996 was dit aanleiding voor de minister om meer in het algemeen door middel van de richtlijn aan de vijf uitvoeringsinstanties in de baaiert van jurisprudentie die was ontstaan, een aantal hoofdlijnen aan te geven en houvast en handvatten bij de uitleg daarvan te bieden. Het systeem van trappen van zes maanden was een dergelijk handvat. Dit berustte niet op enige jurisprudentie van de rechter dat het begrip passende arbeid op die wijze moest worden uitgelegd. Ook de wijziging nu van achttien maanden naar twaalf maanden is niet in strijd met enige jurisprudentie of op andere wijze niet verenigbaar met jurisprudentie van de rechter. Net als de oorspronkelijke uitleg is het een handvat om het wettelijke begrip te kunnen hanteren.

De aanleiding hiertoe is inderdaad mede een ander element dat onder andere op de jurisprudentie berust, namelijk dat geen arbeid kan worden aangeboden beneden een bepaald inkomensniveau. Dit is een uitleg die de rechter heeft gegeven aan het begrip sociaal aanvaardbaar, dat in de wet zit. Die uitleg bepaalt de randvoorwaarden van het geheel. Met het wetsvoorstel van vandaag hoeft een aanbod met een inkomen beneden het uitkeringsniveau geen gevolgen meer te hebben voor de inkomenspositie.

In antwoord op de vragen van de heer Terpstra: ook bij deze richtlijn gaat niet om een instructie of een aanwijzing van de minister op basis van de SUWI-wetgeving. Volgens het Handboek Algemene wet bestuursrecht heeft het de vorm van een suggestie aan het UWV om langs deze lijnen het begrip passende arbeid te hanteren. Op grond van de nieuwe Kaderwet zelfstandige bestuursorganen is er nu ook een bevoegdheid tot het stellen van beleidsregels. Een minister heeft in het algemeen ten aanzien van een zbo de bevoegd-



---

## 356

### **Wet van 18 juli 2009 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 (structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering)**

---

Wij Beatrix, bij de gratie Gods, Koningin der Nederlanden, Prinses van Oranje-Nassau, enz. enz. enz.

Allen, die deze zullen zien of horen lezen, saluut! doen te weten:

Alzo Wij in overweging genomen hebben, dat het wenselijk is maatregelen te treffen opdat ook wanbetalers premie voor hun zorgverzekering betalen, zodat voorkomen wordt dat zij onverzekerd raken of dat verplichtingen afgewenteld worden op anderen;

Zo is het, dat Wij, de Raad van State gehoord, en met gemeen overleg der Staten-Generaal, hebben goedgevonden en verstaan, gelijk Wij goedvinden en verstaan bij deze:

#### **ARTIKEL I**

De Zorgverzekeringswet wordt als volgt gewijzigd:

##### **A**

Onder vervanging van de punt aan het slot van het laatste onderdeel van artikel 1 door een puntkomma, worden twee onderdelen toegevoegd, luidende:

x. *premie*: de premie, bedoeld in afdeling 3.3.1;

y. *bestuursrechtelijke premie*: de premie, bedoeld in artikel 18d.

##### **B**

Artikel 8a, eerste lid, komt te luiden:

1. Nadat de zorgverzekeraar de verzekeringnemer heeft aangemaand tot betaling van een of meer vervallen termijnen van de verschuldigde premie, kan de verzekeringnemer gedurende de tijd dat de verschuldigde premie, rente en incassokosten niet zijn voldaan, de zorgverzekering niet opzeggen, tenzij de zorgverzekeraar de zorgverzekering of de dekking daarvan heeft geschorst of opgeschort.

C

De aanduiding «Paragraaf 3.3. De premie» wordt vervangen door «Paragraaf 3.3. De premie en de gevolgen van het niet betalen van de premie», waarna voor artikel 16 een nieuwe aanduiding wordt ingevoegd, luidende: *Afdeling 3.3.1. De premie.*

D

Artikel 16, tweede lid, komt te luiden:

2. In afwijking van artikel 925 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek en van het eerste lid:

- a. is geen premie verschuldigd tot de eerste dag van de kalendermaand volgende op de kalendermaand waarin een verzekerde de leeftijd van achttien jaren heeft bereikt;
- b. is geen premie verschuldigd over de periode, bedoeld in artikel 18d, eerste lid.

E

Artikel 17 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het vierde lid wordt «artikel 19» vervangen door: artikel 20.
2. In het vijfde lid wordt «of 19» vervangen door: of 20.

F

Onder vernummering van de artikelen 18a tot en met 21 tot 19 tot en met 22, wordt na artikel 18 een afdeling ingevoegd, luidende:

*Afdeling 3.3.2. De gevolgen van het niet betalen van de premie*

#### **Artikel 18a**

1. Uiterlijk tien werkdagen nadat ten aanzien van een zorgverzekering een achterstand in de betaling van de verschuldigde premie ter hoogte van twee maandpremies is geconstateerd, doet de zorgverzekeraar de verzekeringnemer een aanbod tot het treffen van een betalingsregeling.
2. De betalingsregeling bestaat ten minste uit de volgende elementen:
  - a. een machtiging van de verzekeringnemer aan de zorgverzekeraar tot maandelijkse automatische incasso van nieuw vervallende termijnen van de premie dan wel een opdracht aan een derde van wie de verzekeringnemer periodieke betalingen ontvangt, om namens hem en onder inhouding van de desbetreffende bedragen op deze betalingen, periodiek rechtstreeks aan de zorgverzekeraar het bedrag van nieuw vervallende termijnen van de premie te betalen,
  - b. afspraken inzake de afwikkeling van de uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden van de verzekeringnemer aan de zorgverzekeraar, inclusief rente en incassokosten, en de termijnen waarbinnen betaling zal plaatsvinden, en
  - c. een toezegging van de zorgverzekeraar, inhoudende dat hij de zorgverzekering of de dekking daarvan gedurende de looptijd van de betalingsregeling niet om reden van het bestaan van de schulden, bedoeld in onderdeel b, zal beëindigen, schorsen of opschorten, zolang de verzekeringnemer de machtiging of de opdracht, bedoeld in onderdeel a, niet intrekt en de afspraken, bedoeld in onderdeel b, nakomt.

3. Indien de verzekeringnemer een ander heeft verzekerd en ten aanzien van diens verzekering een premie-achterstand als bedoeld in het eerste lid is ontstaan, omvat het aanbod, bedoeld in het eerste lid, tevens een bereidverklaring opzegging van deze verzekering met ingang van de dag waarop de betalingsregeling van kracht wordt, te aanvaarden, mits:

a. de verzekerde zichzelf uiterlijk met ingang van dezelfde dag krachtens een andere zorgverzekering verzekerd heeft, en

b. deze, indien deze zorgverzekering bij dezelfde zorgverzekeraar is gesloten, terzake van de premie voor deze verzekering een volmacht of opdracht als bedoeld in het tweede lid, onderdeel a, heeft gegeven.

4. Tegelijk met het aanbod deelt de zorgverzekeraar de verzekeringnemer schriftelijk mee dat deze een termijn van vier weken heeft om het te aanvaarden, waarbij de verzekeraar bovendien aangeeft wat de gevolgen zullen zijn indien het aanbod niet wordt aanvaard en de premieschuld, rente en incassokosten buiten beschouwing gelaten, tot zes of meer maandpremies zal zijn opgelopen, en wijst hij de verzekeringnemer op de mogelijkheid van schuldhulpverlening, waarbij hij tevens informatie verstrekt over de vormen hiervan en wijze waarop deze kan worden verzocht.

5. Indien het derde lid van toepassing is, zendt de zorgverzekeraar de verzekerde tegelijk met de verzending van de in het eerste tot en met vierde lid bedoelde stukken aan de verzekeringnemer, afschriften van deze stukken.

#### **Artikel 18b**

1. Zo spoedig mogelijk nadat ten aanzien van een zorgverzekering, rente en incassokosten buiten beschouwing latend, een achterstand in de betaling van de verschuldigde premie ter hoogte van vier maandpremies is geconstateerd, deelt de zorgverzekeraar de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, de verzekerde mee dat hij voornemens is over te gaan tot de melding, bedoeld in artikel 18c, zodra de premieschuld de daar bedoelde hoogte zal hebben bereikt, tenzij de verzekeringnemer of de verzekerde hem uiterlijk vier weken na ontvangst van de mededeling heeft laten weten, het bestaan van de schuld of de hoogte ervan te betwisten.

2. Ingeval van tijdige betwisting als bedoeld in het eerste lid deelt de zorgverzekeraar, indien deze na onderzoek zijn standpunt handhaaft, de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, de verzekerde mee dat hij het voornemen tot melding tot uitvoering zal brengen zodra de premieschuld de in artikel 18c, eerste lid, bedoelde hoogte zal hebben bereikt, tenzij de verzekeringnemer of de verzekerde binnen een termijn van vier weken na ontvangst van de in dit lid bedoelde mededeling een geschil hierover heeft voorgelegd aan een onafhankelijke instantie als bedoeld in artikel 114 of aan de burgerlijke rechter.

3. Indien een betalingsregeling als bedoeld in artikel 18a ingaat nadat ten aanzien van de zorgverzekering, rente en incassokosten buiten beschouwing latend, een achterstand in de betaling van de verschuldigde premie ter hoogte van vier maandpremies is ontstaan, laat de zorgverzekeraar de in het eerste lid bedoelde melding achterwege zolang de nieuw vervallende termijnen van de premie worden voldaan.

#### **Artikel 18c**

1. Indien ten aanzien van een zorgverzekering, rente en incassokosten buiten beschouwing latend, een premieschuld ter hoogte van zes of meer maandpremies is ontstaan, meldt de zorgverzekeraar dit, onder vermelding van de voor de heffing van de bestuursrechtelijke premie alsmede voor de uitvoering van artikel 34a noodzakelijke persoonsgegevens van de verzekeringnemer en de verzekerde, aan het College

zorgverzekeringen, de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, aan de verzekerde.

2. De melding geschiedt niet:

- a. in geval van tijdige betwisting als bedoeld in artikel 18b, eerste lid, zolang de zorgverzekeraar zijn standpunt dienaangaande niet aan de verzekeringnemer en, indien dit een ander dan de verzekeringnemer is, aan de verzekerde heeft kenbaar gemaakt;
- b. gedurende de termijn, genoemd in artikel 18b, tweede lid;
- c. ingeval van tijdige voorlegging van het geschil aan een onafhankelijke instantie of aan de burgerlijke rechter als bedoeld in artikel 18b, tweede lid, zolang op het geschil niet onherroepelijk is beslist;
- d. ingeval de verzekeringnemer zich heeft aangemeld bij een schuldhulpverlener als bedoeld in artikel 48 van de Wet op het consumentenkrediet en aantoot dat hij in het kader daarvan een schriftelijke overeenkomst tot stabilisatie van zijn schulden heeft gesloten.

3. Onderdeel van de melding vormt een verklaring van de zorgverzekeraar, inhoudende dat hij artikel 18b en het tweede lid in acht heeft genomen.

#### **Artikel 18d**

1. De verzekeringnemer is aan het College zorgverzekeringen een bestuursrechtelijke premie verschuldigd vanaf de eerste dag van de maand volgende op de maand waarin dat college de melding, bedoeld in artikel 18c, heeft ontvangen tot de eerste dag van de maand volgende op de maand waarin de datum, bedoeld in het derde lid, ligt.

2. De bestuursrechtelijke premie bedraagt per maand 130% van de tot een maandbedrag herleide standaardpremie, bedoeld in de Wet op de zorgtoeslag.

3. De zorgverzekeraar stelt het College zorgverzekeringen, de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, de verzekerde, met het oog op de toepassing van het eerste lid onverwijld op de hoogte van de datum waarop:

- a. de uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden zijn of zullen zijn afgelost of tenietgaan,
- b. de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen, bedoeld in de Faillissementswet, op de verzekeringnemer van toepassing wordt, of
- c. door tussenkomst van een schuldhulpverlener als bedoeld in artikel 48 van de Wet op het consumentenkrediet een overeenkomst als bedoeld in artikel 18c, tweede lid, onderdeel d, is gesloten of een schuldregeling tot stand is gekomen waarin, naast de verzekeringnemer, ten minste zijn zorgverzekeraar deelneemt.

4. In afwijking van het eerste tot en met derde lid, is de verzekeringnemer wederom aan het College zorgverzekeringen bestuursrechtelijke premie verschuldigd vanaf de eerste dag van de maand volgende op de maand:

- a. waarin de toepassing van de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen op grond van artikel 350, derde lid, onderdeel c, d, e, f, of g, van de Faillissementswet, is beëindigd;
- b. waarin hij zich, blijkens een mede door de schuldhulpverlener ondertekende melding van zijn zorgverzekeraar, aan deelname aan de in het derde lid, onderdeel c, bedoelde regeling heeft onttrokken voordat hij de in die regeling neergelegde afspraken jegens zijn zorgverzekeraar volledig is nagekomen.

#### **Artikel 18e**

1. Het College zorgverzekeringen heft en int de bestuursrechtelijke premie.



2. In opdracht van het College zorgverzekeringen houdt de inhoudingsplichtige de bestuursrechtelijke premie geheel of voor een door dat college te bepalen gedeelte in op door hem aan de verzekeringnemer verschuldigd loon als bedoeld in de Wet op de loonbelasting 1964, waarna hij het ingehouden bedrag aan het college afdraagt.

3. De inhouding geschiedt onmiddellijk nadat de krachtens een ander wettelijk voorschrift of krachtens een arbeidsovereenkomst verplicht in te houden belastingen, premies of andere bijdragen zijn ingehouden, met dien verstande dat bij ministeriële regeling op socialezekerheidsuitkeringen te verrichten inhoudingen of verrekeningen kunnen worden aangewezen waarvoor een andere volgorde geldt.

4. Een inhoudingsplichtige die het door het College zorgverzekeringen aan te geven bedrag niet of niet geheel heeft ingehouden, is gehouden het gehele bedrag aan dat college af te dragen, zonder dat het niet ingehouden bedrag alsnog op de verzekeringnemer kan worden verhaald.

5. Indien op loon waarop bestuursrechtelijke premie is ingehouden tevens derdenbeslag ligt, is het bedrag dat de inhoudingsplichtige ten minste aan de verzekeringnemer uitbetaalt gelijk aan de beslagvrije voet, bedoeld in artikel 475d van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering, verminderd met het in opdracht van het College zorgverzekeringen ingehouden bedrag.

6. In opdracht van het College zorgverzekeringen wordt een aan de verzekeringnemer of zijn partner uit te betalen zorgtoeslag als bedoeld in de Wet op de zorgtoeslag of een voorschot daarop, in afwijking van artikel 25, eerste lid, van de Algemene wet inkomensafhankelijke regelingen, als tegemoetkoming in de bestuursrechtelijke premie aan het College zorgverzekeringen uitbetaald.

7. Het College zorgverzekeringen kan de bestuursrechtelijke premie of het door de werkgever af te dragen bedrag, bedoeld in het vierde lid, bij dwangbevel invorderen.

8. Het College zorgverzekeringen heeft terzake van de bestuursrechtelijke premie die op andere wijze dan bij wege van inhouding wordt geïnd, een voorrecht op alle goederen van de verzekeringnemer, welk voorrecht onmiddellijk na het voorrecht, bedoeld in artikel 21 van de Invorderingswet 1990, kan worden uitgeoefend.

9. Indien het College zorgverzekeringen ter zake van de inning van de bestuursrechtelijke premie beslag laat leggen onder een derde die de verzekeringnemer periodieke betalingen, niet zijnde periodieke betalingen ter zake van het levensonderhoud van diens kinderen, verschuldigd is, is de derde-beslagene verplicht om, zolang het college dit verlangt, het door het college aangegeven achterstallige bedrag en telkens de nieuw vervallende termijnen van de bestuursrechtelijke premie of door het college te bepalen gedeelten daarvan, tot welker verhaal het beslag is gelegd, aan het college uit te betalen, tenzij onder hem beslag gelegd mocht worden wegens vorderingen van hogere of gelijke rang.

10. Indien een beslag als bedoeld in het negende lid is gelegd op een vordering tot een periodieke betaling als bedoeld in artikel 475c van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering, wordt de beslagvrije voet, bedoeld in artikel 475d van die wet, louter ten aanzien van de vordering van het College zorgverzekeringen ter zake waarvan het beslag is gelegd, in aanvulling op het vijfde lid, onderdeel a, van laatstgenoemd artikel verlaagd met het verschil tussen de bestuursrechtelijke premie en het reeds ingehouden bedrag van die premie.

11. De derde die meer aan het College zorgverzekeringen heeft betaald dan waarop deze recht heeft, is jegens de verzekeringnemer bevrijd, voor zover dat voortvloeit uit artikel 34 van Boek 6 van het Burgerlijk Wetboek.

## **Artikel 18f**

1. Het College zorgverzekeringen gebruikt het burgerservicenummer of, bij het ontbreken daarvan, het sociaal-fiscaalnummer van de in artikel 18c, eerste lid, bedoelde personen, met het doel te waarborgen dat de in het kader van de uitvoering van deze afdeling en artikel 34a te verwerken persoonsgegevens op die personen betrekking hebben.

2. Bij gegevensuitwisseling tussen het College zorgverzekeringen en de in de artikelen 18e, 88 en 89 bedoelde personen en instanties wordt, voor de uitvoering van deze afdeling en voor zover die personen en instanties tot gebruik van dat nummer bevoegd zijn, het burgerservicenummer of, bij het ontbreken daarvan, het sociaal-fiscaalnummer gebruikt.

3. Het College zorgverzekeringen is bevoegd schulden ter zake van de bestuursrechtelijke premie die hem nog niet zijn voldaan nadat artikel 18d niet meer op de verzekeringnemer van toepassing is, kwijt te schelden.

4. Bij ministeriële regeling worden nadere regels gesteld over de wijze waarop het College zorgverzekeringen de bestuursrechtelijke premie int.

## **G**

In artikel 23, tweede lid, wordt «bedoeld in artikel 18a, tweede lid» vervangen door: bedoeld in artikel 19, tweede lid.

## **H**

De aanduiding «*Paragraaf 4.2. De vereveningsbijdrage*» wordt vervangen door: *Paragraaf 4.2. De vereveningsbijdrage en de bijdrage voor het verzekerd houden van wanbetalers*

## **I**

Na artikel 34 wordt een artikel ingevoegd, luidende:

## **Artikel 34a**

1. Het College zorgverzekeringen verstrekt een zorgverzekeraar een bijdrage indien hij verzekerden voor wier zorgverzekering de bestuursrechtelijke premie verschuldigd is, onverminderd onder de dekking van de zorgverzekering heeft gehouden.

2. De bijdrage wordt slechts verstrekt indien de zorgverzekeraar:

- a. zich heeft gehouden aan zijn verplichtingen, bedoeld in artikel 18a, 18b en 18c, tweede en derde lid,
- b. voorafgaande aan de melding, bedoeld in artikel 18c, ook naast de op incasso gerichte inspanningen, bedoeld in de artikelen 18a en 18b, voldoende inspanningen tot inning van de premie heeft geleverd, en
- c. zich houdt aan zijn verplichting, bedoeld in artikel 18d, derde lid, en desgevraagd voldoende medewerking verleent aan activiteiten van de verzekeringnemer of derden, gericht op aflossing van de jegens de zorgverzekeraar bestaande, uit de zorgverzekering voortvloeiende schuld.

3. De periode waarover de bijdrage wordt verstrekt en de hoogte ervan, alsmede de wijze waarop deze wordt verstrekt, worden bij ministeriële regeling bepaald.

4. Het College zorgverzekeringen is bevoegd de te verstrekken bijdrage te verrekenen met van de zorgverzekeraar terug te vorderen bedragen aan vereveningsbijdrage.

## J

Artikel 39 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het tweede lid wordt onder verlettering van de onderdelen g en h tot h en i, een onderdeel ingevoegd, luidende:  
g. de bestuursrechtelijke premies, bedoeld in artikel 18d;
2. In het derde lid, onderdeel a, wordt «en 34» vervangen door: , 34 en 34a.

## K

In artikel 116, tweede lid, onderdeel a, wordt «als bedoeld in artikel 69, 70 of 96» vervangen door: als bedoeld in artikel 18d, 18e, 18f, 69, 70 of 96.

## L

In artikel 118a, eerste lid, wordt «artikel 18a» telkens vervangen door: artikel 19.

## M

In artikel 124 wordt «18a, vijfde en zesde lid, 20» vervangen door: 19, vijfde en zesde lid, 21.

## **ARTIKEL II**

De Wet op de zorgtoeslag wordt als volgt gewijzigd:

## A

Artikel 1, eerste lid, wordt als volgt gewijzigd:

1. De aanhef komt te luiden:
  1. In deze wet en de daarop berustende bepalingen wordt, tenzij anders is geregeld, verstaan onder:.
  2. Onder verlettering van de onderdelen d tot en met g tot e tot en met h wordt een onderdeel ingevoegd, luidende:
    - d. premie: een premie als bedoeld in afdeling 3.3.1 van de Zorgverzekeringswet;.
  3. Onderdeel e (nieuw) komt te luiden:
    - e. zorgtoeslag: een tegemoetkoming in een premie dan wel in een bestuursrechtelijke premie als bedoeld in artikel 18d van de Zorgverzekeringswet;.
  4. In onderdeel f (nieuw) wordt «de premie ingevolge artikel 25, tweede lid, van de Wet financiering sociale verzekeringen» vervangen door: de premie, bedoeld in artikel 25, tweede lid, van de Wet financiering sociale verzekeringen.

## B

Onder vernummering van het tweede lid van artikel 5 van de Wet op de zorgtoeslag tot derde lid, wordt een lid ingevoegd, luidende:

2. In afwijking van artikel 25, eerste lid, van de Algemene wet inkomensafhankelijke regelingen betaalt de Belastingdienst/Toeslagen in opdracht van het College zorgverzekeringen, bedoeld in de Zorgverzekeringswet, de zorgtoeslag of het voorschot op de zorgtoeslag als tegemoetkoming in de bestuursrechtelijke premie, bedoeld in artikel 18d van de Zorgverzekeringswet, aan dat college uit.

C

In artikel 4 wordt «ingevolge artikel 18a van de Zorgverzekeringswet» vervangen door: ingevolge artikel 19 van de Zorgverzekeringswet.

### **ARTIKEL III**

Aan onderdeel H van de bijlage bij de Algemene wet bestuursrecht wordt na subonderdeel 3 een subonderdeel toegevoegd, luidende:

4. Artikel 18e, eerste lid, juncto artikel 18d, van de Zorgverzekeringswet, voor zover een besluit wordt genomen over de verschuldigdheid van de bestuursrechtelijke premie of de hoogte daarvan.

### **ARTIKEL IV**

Onderdeel 22a van onderdeel C van de bijlage bij de Beroepswet komt te luiden:

22a. De artikelen 18e, 18f, 69, 70, 96 en 118a van de Zorgverzekeringswet, behalve voor zover op grond van de artikelen 18e, eerste lid, juncto 18d van die wet, een besluit is genomen over de verschuldigdheid van de bestuursrechtelijke premie of de hoogte daarvan.

### **ARTIKEL V**

Vervallen

### **ARTIKEL VI**

De Wet uitkeringen burger-oorlogsslachtoffers 1940–1945 wordt als volgt gewijzigd:

A

In artikel 20, derde lid, onderdeel a, en artikel 21, derde lid, onderdeel a, wordt «de standaardpremie, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel f, van de Wet op de zorgtoeslag» telkens vervangen door: de standaardpremie, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel g, van de Wet op de zorgtoeslag.

B

In artikel 27a wordt «de standaardpremie als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel f, van de Wet op de zorgtoeslag» vervangen door: de standaardpremie, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel g, van de Wet op de zorgtoeslag.

## **ARTIKEL VII**

De Wet uitkeringen vervolgingslachtoffers 1940–1945 wordt als volgt gewijzigd:

### **A**

In artikel 14, vierde lid, onderdeel a, en artikel 15, derde lid, onderdeel a wordt «de standaardpremie, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel f, van de Wet op de zorgtoeslag» telkens vervangen door: de standaardpremie, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel g, van de Wet op de zorgtoeslag.

### **B**

In artikel 18a wordt «de standaardpremie als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel f, van de Wet op de zorgtoeslag» vervangen door: de standaardpremie, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel g, van de Wet op de zorgtoeslag.

## **ARTIKEL VIII**

Na inwerkingtreding van artikel I van deze wet berust het Besluit zorgverzekering mede op de artikelen 19 en 21 van de Zorgverzekeringswet.

## **ARTIKEL IX**

1. Indien op de datum van inwerkingtreding van deze wet ten aanzien van een zorgverzekering volgens de administratie van een zorgverzekeraar reeds een premieschuld van twee of meer maanden bestaat, doet deze zorgverzekeraar, in afwijking van artikel 18a, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet het in dat artikel bedoelde aanbod zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen twee maanden na inwerkingtreding van deze wet.

2. Indien de verzekeringnemer een ander heeft verzekerd en ten aanzien van diens verzekering een premie-achterstand als bedoeld in het eerste lid is ontstaan:

a. is artikel 18a, derde lid, van de Zorgverzekeringswet niet van toepassing,

b. zendt de zorgverzekeraar deze verzekerde, tegelijk met de stukken, bedoeld in artikel 18a, vijfde lid, van de Zorgverzekeringswet een aanbod om zelf een zorgverzekering met hem te sluiten,

c. omvat het aanbod aan de verzekeringnemer de mededeling dat de zorgverzekeraar de ten behoeve van de andere verzekerde gesloten zorgverzekering met ingang van de eerste dag van de tweede maand volgende op de maand waarin het aanbod is gedaan, zal beëindigen, tenzij deze verzekerde hem voordien heeft laten weten het aanbod, bedoeld in onderdeel b, te verwerpen.

3. In afwijking van artikel 217 van Boek 6 van het Burgerlijk Wetboek en van artikel 4:29 van de Wet op het financieel toezicht, wordt een verzekeringsplichtige die een aanbod als bedoeld in het tweede lid, onderdeel b, heeft ontvangen, met ingang van de eerste dag van de tweede maand volgende op de maand waarin het aanbod is gedaan verzekeringnemer van een nieuwe, ten behoeve van hemzelf gesloten zorgverzekering bij de zorgverzekeraar die het aanbod heeft gedaan, tenzij hij de zorgverzekeraar voordien heeft laten weten het aanbod te verwerpen.

4. Indien op de datum van inwerkingtreding van deze wet ten aanzien van een zorgverzekering volgens de administratie van de zorgverzekeraar reeds een premieschuld van vier of meer maanden bestaat, doet een zorgverzekeraar, in afwijking van artikel 18b, de daar bedoelde mededeling:

a. zodra de termijn voor aanvaarding van het aanbod, bedoeld in het eerste lid, is verlopen zonder dat het aanbod is aanvaard, of

b. het aanbod is aanvaard en desondanks toch nieuw vervallende termijnen van de premie niet voldaan worden.

5. Een voor de datum van inwerkingtreding van deze wet gedaan aanbod tot het treffen van een betalingsregeling, dat aan de eisen van artikel 18a van de Zorgverzekeringswet juncto het tweede lid van dit artikel zou hebben voldaan indien die bepalingen op de datum waarop het aanbod is gedaan reeds in werking zouden zijn getreden, en een voor de datum van inwerkingtreding van deze wet gedane mededeling die aan de eisen van artikel 18b van de Zorgverzekeringswet juncto het vierde lid van dit artikel zou hebben voldaan indien deze bepalingen op het moment van verzending van de mededeling in werking zouden zijn getreden en waartegen de verzekeringnemer of, indien dit een ander dan de verzekeringnemer is, de verzekerde, bij de verzekeraar en vervolgens bij een onafhankelijke instantie als bedoeld in artikel 114 van de Zorgverzekeringswet of de burgerlijke rechter heeft kunnen opkomen als ware artikel 18b van de Zorgverzekeringswet reeds in werking getreden, gelden voor de toepassing van artikel 18c van die wet en het gestelde bij en krachtens artikel 34a van die wet als aanbod en mededeling als bedoeld in artikel 18a respectievelijk 18b van die wet.

6. Bij ministeriële regeling wordt bepaald onder welke voorwaarden en in welke mate zorgverzekeraars reeds op de datum van inwerkingtreding van deze wet bestaande premieschulden kunnen kwijtschelden zonder dat dit gevolgen heeft voor hun recht op een bijdrage voor het onverminderd verzekerd houden van de betrokken verzekerden.

## **ARTIKEL X**

1. In afwijking van artikel 7:10, eerste lid, van de Algemene wet bestuursrecht, beslist het College zorgverzekeringen op bezwaren tegen beschikkingen als bedoeld in de artikelen 18e of 18f van de Zorgverzekeringswet binnen twaalf weken, indien het bezwaarschrift is ontvangen binnen twee jaar na de datum van inwerkingtreding van deze wet.

2. Dit artikel vervalt met ingang van het derde jaar na de datum van inwerkingtreding van deze wet, met dien verstande dat het van toepassing blijft ten aanzien van op dat tijdstip aanhangige bezwaren.

## **ARTIKEL XI**

Deze wet treedt in werking met ingang van een bij koninklijk besluit te bepalen tijdstip.

Lasten en bevelen dat deze in het Staatsblad zal worden geplaatst en dat alle ministeries, autoriteiten, colleges en ambtenaren wie zulks aangaat, aan de nauwkeurige uitvoering de hand zullen houden.

Gegeven te Tavarnelle, 18 juli 2009

Beatrix

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

Uitgegeven de *zesentwintigste* augustus 2009

De Minister van Justitie,  
E. M. H. Hirsch Ballin



---

## 357

### **Besluit van 6 augustus 2009 tot vaststelling van het tijdstip van inwerkingtreding van de Wet van 18 juli 2009, houdende wijziging van de Zorgverzekeringswet, de Wet op de zorgtoeslag en enige andere wetten, houdende maatregelen om ook wanbetalers voor hun zorgverzekering te laten betalen (structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering)**

---

Wij Beatrix, bij de gratie Gods, Koningin der Nederlanden, Prinses van Oranje-Nassau, enz. enz. enz.

Op de voordracht van Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 31 juli 2009, Z/VV-2944168;

Gelet op artikel XI van de Wet van 18 juli 2009, houdende wijziging van de Zorgverzekeringswet, de Wet op de zorgtoeslag en enige andere wetten, houdende maatregelen om ook wanbetalers voor hun zorgverzekering te laten betalen (structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering);

Hebben goedgevonden en verstaan:

#### **Enig artikel**

De Wet van 18 juli 2009, houdende wijziging van de Zorgverzekeringswet, de Wet op de zorgtoeslag en enige andere wetten, houdende maatregelen om ook wanbetalers voor hun zorgverzekering te laten betalen (structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering), treedt in werking met ingang van 1 september 2009.

Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is belast met de uitvoering van dit besluit, dat in het Staatsblad zal worden geplaatst.

's-Gravenhage, 6 augustus 2009

Beatrix

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

Uitgegeven de *zesentwintigste* augustus 2009

De Minister van Justitie,  
E. M. H. Hirsch Ballin





## **Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 19 juli 2009, nr. Z/VV-2944170, houdende wijziging van de Regeling zorgverzekering, ter nadere invulling van de maatregelen om wanbetalers voor hun zorgverzekering te laten betalen**

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Gelet op de artikelen 18e, derde lid, 18f, vierde lid en 34a, derde lid, van de Zorgverzekeringswet en artikel IX, zesde lid, van de wet van 18 juli 2009 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 (structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering);

Besluit:

### **ARTIKEL I**

De Regeling zorgverzekering wordt als volgt gewijzigd:

A

Artikel 3.23 wordt als volgt gewijzigd:

1. Voor de tekst wordt de aanduiding '1.' geplaatst.
2. Er wordt een lid ingevoegd, luidende:
  2. In afwijking van het eerste lid is de bijdrage vanaf de eerste dag van de maand volgende op de maand waarin het College zorgverzekeringen op aanvraag van een zorgverzekeraar heeft vastgesteld dat deze in staat is te voldoen aan het gestelde bij de artikelen 18a, 18b en 18c van de Zorgverzekeringswet, gelijk aan de standaardpremie, bedoeld in de Wet op de zorgtoeslag, verminderd met het bedrag dat de zorgverzekeraar tot en met het kalenderjaar volgende op het jaar waarvoor de bijdrage wordt betaald, alsnog in verband met de desbetreffende verzekering heeft ontvangen.

B

Na artikel 6.4.1 wordt een paragraaf toegevoegd, luidende:

#### *§ 5. De bestuursrechtelijke premie*

##### **Artikel 6.5.1**

1. Het deel van de bestuursrechtelijke premie, bedoeld in artikel 18d van de Zorgverzekeringswet, dat op een uitkering als bedoeld in de Algemene Ouderdomswet, de Algemene nabestaandenwet, de Tijdelijke wet beperking inkomensgevolgen arbeidsongeschiktheidscriteria, de Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten, de Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen, de Toeslagenwet, de Wet werk en bijstand, de Wet werk en inkomen kunstenaars, op een vervolgutkering van de WGA-uitkering als bedoeld in de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen of op een vervolgutkering als bedoeld in de Werkloosheidswet zoals deze wet luidde op de dag voorafgaande aan de inwerkingtreding van de Wet van 19 december 2003 tot wijziging van de Werkloosheidswet in verband met afschaffing van de vervolgutkering (Stb. 2003, 546) wordt ingehouden, bedraagt maximaal 100% van de standaardpremie, bedoeld in de Wet op de zorgtoeslag.
2. Bij samenloop over eenzelfde tijdvak van bestuursrechtelijke premieheffing met één of meer van de navolgende, ingevolge de socialezekerheidswetgeving voorgeschreven inhoudingen of verrekeningen, gaat de bestuursrechtelijke premieheffing voor:
  - a. door het Uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen, genoemd in hoofdstuk 5 van de Wet structuur uitvoeringsorganisatie werk en inkomen, de Sociale verzekeringsbank, genoemd in hoofdstuk 6 van die wet, of door een college van burgemeester en wethouders



- verrichte inhouding of verrekening van een door één van deze instanties in het kader van een door die instantie uitgevoerde socialezekerheidswet opgelegde bestuurlijke boete,
- b. inhoudingen of verrekeningen als bedoeld in artikel 24, tweede juncto eerste lid, van de Wet inburgering.

#### **Artikel 6.5.2**

1. Het College zorgverzekeringen houdt de bestuursrechtelijke premie of het deel van de bestuursrechtelijke premie dat niet reeds op een andere manier geïnd is, in op de zorgtoeslag waarop artikel 18e, zesde lid, van de Zorgverzekeringswet toepassing heeft gevonden, en keert het restant aan de verzekeringnemer uit.
2. Het eerste lid blijft buiten toepassing ten aanzien van een verzekeringnemer die aan inkomsten als bedoeld in artikel 18e, tweede lid, van de Zorgverzekeringswet louter een of meer uitkeringen als bedoeld in artikel 6.5.1, eerste lid, ontvangt.

#### **Artikel 6.5.3**

Indien na beëindiging van de verschuldigdheid van de bestuursrechtelijke premie ter zake van die premie een restschuld bestaat, maakt het College zorgverzekeringen voor de inning daarvan geen gebruik meer van de instrumenten, bedoeld in de artikelen 18e, tweede of zesde lid, van de Zorgverzekeringswet.

#### **Artikel 6.5.4**

1. Het College zorgverzekeringen kent de zorgverzekeraar voor iedere zorgverzekering ter zake waarvan hij aan de voorwaarden, bedoeld in artikel 34a, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet heeft voldaan, een wanbetalersbijdrage toe.
2. De bijdrage wordt toegekend over de periode waarover ter zake van de zorgverzekering bestuursrechtelijke premie verschuldigd is.
3. In aanvulling op het tweede lid wordt de bijdrage tevens toegekend over de periode waarover ten aanzien van een zorgverzekering de bestuursrechtelijke premie niet verschuldigd was omdat de melding, bedoeld in artikel 18c, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet ten gevolge van de toepasselijkheid van het tweede lid, onderdeel b, c of d, van dat artikel nog niet kon worden gedaan.
4. De bijdrage bedraagt per maand de tot een maandbedrag herleide standaardpremie, bedoeld in de Wet op de zorgtoeslag.
5. Het College zorgverzekeringen verstrekt de zorgverzekeraar over de periode, bedoeld in het tweede lid, een voorschot op de bijdrage.
6. Uiterlijk in april van het tweede jaar volgende op het kalenderjaar ter zake waarvan de bijdragen, bedoeld in de vorige leden, zijn toegekend, stelt het College zorgverzekeringen per zorgverzekeraar het totaalbedrag aan over dat jaar te verstrekken bijdragen vast.
7. Het totaalbedrag aan te verstrekken bijdrage is gelijk aan de som van de over het kalenderjaar bevoorschotte bijdragen vermeerderd met de som van de bijdragen die de zorgverzekeraar ingevolge het derde lid zijn toegekend, en verminderd met de som van de bijdragen die zijn toegekend voor zorgverzekeringen ter zake waarvan naar het oordeel van de Nederlandse Zorgautoriteit niet de voorwaarden, bedoeld in artikel 34a, tweede lid, van de Zorgverzekeringswet, in acht zijn genomen en met ingevolge het derde lid toegekende bijdragen voor zover naar het oordeel van die autoriteit de daar bedoelde vertraging in de aanmelding in overwegende mate aan de zorgverzekeraar te wijten is.
8. Het College zorgverzekeringen is bevoegd verschillen tussen het bedrag aan vastgestelde bijdragen en toegekende bijdragen te verrekenen met over een later jaar te bevoorschotten bijdragen als bedoeld in dit artikel.

#### **Artikel 6.5.5**

Indien ten aanzien van een zorgverzekering, rente en incassokosten buiten beschouwing latend, op de datum van inwerkingtreding van deze wet reeds een achterstand in de betaling van de verschuldigde premie ter hoogte van zes of meer maandpremies is ontstaan, is de zorgverzekeraar



bevoegd deze schuld, zonder dat dit gevolgen heeft voor zijn bijdragen voor het onverminderd verzekerd houden van de desbetreffende verzekerde, kwijt te schelden, mits:

- a. hij voldaan heeft aan artikel 18a van de Zorgverzekeringswet in verbinding met artikel IX, eerste en tweede lid, van de wet van 18 juli 2009 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 (structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering), en
- b. door tussenkomst van een schuldhulpverlener als bedoeld in artikel 48 van de Wet op het consumentenkrediet een schuldregeling tot stand is gekomen waarin, naast de verzekeringnemer, ten minste de zorgverzekeraar deelneemt, en
- c. voor de zorgverzekering gedurende ten minste twee jaren te rekenen vanaf de datum waarop de schuldregeling is ingegaan, naast nieuw vervallende premietermijnen een bij de regeling afgesproken deel van de reeds bestaande schuld is afbetaald.

C

Artikel 3.23 vervalt met ingang van 1 september 2012.

## ARTIKEL II

1. De zorgverzekeraars verrichten meldingen als bedoeld in artikel 18c van de Zorgverzekeringswet volgens een door het College zorgverzekeringen vast te stellen schema.
2. Indien een zorgverzekeraar ten aanzien waarvan het College zorgverzekeringen eerder heeft vastgesteld dat deze in staat is aan het gestelde bij de artikelen 18a, 18b en 18c van de Zorgverzekeringswet en ten aanzien waarvan derhalve artikel 3.23, tweede lid, gold, desondanks niet in staat blijkt de meldingen, bedoeld in artikel 18c, volgens het door het College zorgverzekeringen vast te stellen schema te verrichten, wordt de bijdrage, bedoeld in artikel 3.23, in afwijking van het tweede lid van dat artikel, totdat artikel 6.5.4 van toepassing wordt, vastgesteld op het bedrag, bedoeld in artikel 3.23, eerste lid.
3. Indien een zorgverzekeraar ter zake van een zorgverzekering recht heeft op een bijdrage als bedoeld in artikel 3.24 van het Besluit zorgverzekering en artikel 3.23 van deze regeling, vervalt dat recht met ingang van de dag waarop de periode aanvangt waarover voor dezelfde zorgverzekering een bijdrage als bedoeld in artikel 6.5.4, eerste lid, wordt toegekend.
4. Geen recht op bijdragen als bedoeld in artikel 3.24 van het Besluit zorgverzekering en artikel 3.23 van deze regeling bestaat over perioden vanaf 1 oktober 2010.

## ARTIKEL III

Deze regeling treedt in werking met ingang van de dag waarop de wet tot Wijziging van de Zorgverzekeringswet en de Wet op de zorgtoeslag, houdende maatregelen om ook wanbetalers voor hun zorgverzekering te laten betalen (structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering) in werking treedt.

Deze regeling zal met de toelichting in de Staatscourant worden geplaatst.

*De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
A. Klink.*



## TOELICHTING

### Algemeen

De Wet van 18 juli 2009 tot wijziging van de Zorgverzekeringswet en de Wet op de zorgtoeslag, houdende maatregelen om ook wanbetalers voor hun zorgverzekering te laten betalen (structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering), (verder te noemen: Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering) bevat maatregelen om wanbetalers alsnog voor hun zorgverzekering te laten betalen. Daartoe wordt, nadat de premieachterstand een bedrag ter hoogte van zes maandpremies heeft bereikt, de verplichting om de nominale premie aan de zorgverzekeraar te betalen omgezet in de verplichting om een bestuursrechtelijke premie ter hoogte van 130% van de standaardpremie, bedoeld in de Wet op de zorgtoeslag, aan het College voor zorgverzekeringen (CVZ) te betalen. Het CVZ – een zelfstandig bestuursorgaan – heft dit bedrag van de wanbetaler, en is ook verantwoordelijk voor de inning ervan.

Om de slagingskans van de inning te vergroten, voorziet artikel 18e Zorgverzekeringswet (Zvw) in twee inningsmogelijkheden die private partijen zoals de zorgverzekeraars niet hebben:

1. het CVZ kan werkgevers, uitkeringsinstanties en andere organisaties die de verzekeringnemer periodieke inkomsten uitbetalen de opdracht geven, het bedrag van de bestuursrechtelijke premie op die inkomsten in te houden en aan hem af te dragen (dit wordt ook wel 'de broninhouding' genoemd);
2. het CVZ kan de Belastingdienst/Toeslagen (BD/T) de opdracht geven de zorgtoeslag van de verzekeringnemer en zijn eventuele partner aan hem over te maken.

Overigens heeft het CVZ naast bovengenoemde twee inningsmogelijkheden ook de reguliere inningsmogelijkheid, te weten: verzending van een acceptgiro en, als betaling uitblijft, een aanmaning. Wordt ook dan niet betaald, dan kan het CVZ – zonder tussenkomst van de rechter, zie artikel 18e, zevende lid, Zvw – een dwangbevel uitbrengen en beslag laten leggen op de goederen van de verzekeringnemer, om de bestuursrechtelijke premie uit de opbrengst daarvan te kunnen voldoen. Het is aan het CVZ om – binnen de grenzen van de wet en deze regeling – te besluiten van welke inningsmogelijkheden in welke volgorde gebruik wordt gemaakt.

Voorliggende regeling regelt het onderstaande:

- aanwijzen van de uitkeringen waarop slechts maximaal 100% van de standaardpremie worden ingehouden (artikel 6.5.1, eerste lid, gebaseerd op 18f, vierde lid, Zvw);
- aanwijzen van inhoudingen of verrekeningen op socialezekerheidsuitkeringen die niet voor maar na de inhouding van de bestuursrechtelijke premie komen (artikel 6.5.1, tweede lid, gebaseerd op 18e, derde lid, Zvw);
- stellen van nadere regels over de wijze waarop het CVZ de bestuursrechtelijke premie int (artikelen 6.5.2 en 6.5.3, gebaseerd op artikel 18f, vierde lid, Zvw);
- bepalen van de hoogte van de bijdrage voor zorgverzekeraars en de periode waarover deze zal worden verstrekt (artikel 6.5.4, gebaseerd op artikel 34a, Zvw);
- vaststellen van de voorwaarden waaronder zorgverzekeraars een schuld die een wanbetaler bij hen heeft opgebouwd mogen kwijtschelden (artikel 6.5.5, gebaseerd op artikel IX, zesde lid van de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering);
- het laten overvloeien van de bestaande, in artikel 3.23 van de Regeling zorgverzekering neergelegde compensatieregeling voor het verzekerd houden van wanbetalers in de nieuwe, in artikel 6.5.4 van deze Regeling neergelegde bijdrageregeling en het per 1 september 2012 laten vervallen van de oude compensatieregeling (artikel I, onderdeel A, artikel II en artikel I, onderdeel C).

In de artikelsgewijze toelichting wordt nader op deze onderdelen ingegaan.

### Artikelsgewijs

#### Artikel I

##### *Onderdeel B*

In de regeling zorgverzekering wordt een nieuwe paragraaf opgenomen. Deze bevat allereerst nadere regels over de inning van de bestuursrechtelijke premie (artt. 6.5.1 tot en met 6.5.3). Daarnaast bevat de nieuwe paragraaf regels over de bijdrage die het CVZ aan verzekeraars uitkeert voor het onverminderd verzekerd houden van verzekerden op zorgverzekeringen ten aanzien waarvan een premieachterstand van zes of meer maandpremies bestaat.



## Artikel 6.5.1

### Eerste lid

De bestuursrechtelijke premie bedraagt 130% van de standaardpremie, bedoeld in de Wet op de zorgtoeslag, dat wil zeggen meer dan de hoogste nominale premie die een zorgverzekeraar zal vragen. Wie een minimumloongerelateerde uitkering ontvangt, kan echter beneden het bestaansminimum terecht komen als de uitkeringsinstantie (Sociale Verzekeringsbank (SVB), Uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen (UWV), gemeenten) in opdracht van het CVZ de volledige bestuursrechtelijke premie op de som van uitkering en zorgtoeslag zou inhouden. Dat wordt onwenselijk geacht, zowel voor de verzekeringnemer – die beneden het bestaansminimum komt en aanvullende bijstand zal moeten aanvragen of zich zal moeten zien te redden – als voor de gemeenten, die waarschijnlijk met extra aanvragen voor kleine bedragen aan aanvullende bijstand zouden worden geconfronteerd. Aangezien – via de koppeling aan het minimumloon – minimumloongerelateerde uitkeringen wel altijd zo hoog zijn, dat de uitkeringsgerechtigde er, in combinatie met de zorgtoeslag, een nominale premie ter hoogte van de standaardpremie van zou moeten kunnen betalen, regelt het eerste lid dat op minimumloongerelateerde uitkeringen slechts maximaal 100% van de standaardpremie kan worden ingehouden. Dat betekent niet, dat mensen met een minimumloongerelateerde uitkering een lagere bestuursrechtelijke premie hoeven te betalen dan andere wanbetalers in het bestuursrechtelijke regiemi. Het CVZ zal de restantschuld van (ten minste) 30% van de standaardpremie namelijk langs andere weg trachten te innen, en wel voornamelijk door een acceptgiro te versturen en na uitblijven van betaling daarvan (alsmede van betaling op een aanmaning) tot beslag over te gaan. Inning door het laten overmaken van de zorgtoeslag is echter niet toegestaan, omdat betrokkenen dan alsnog beneden het bestaansminimum zouden terecht komen (zie ook artikel 6.5.2, tweede lid).

Er zijn ook andere wanbetalers die beneden het bestaansminimum terecht kunnen komen indien een bedrag ter hoogte van 130% van de standaardpremie op hun periodieke inkomen wordt ingehouden. Bijvoorbeeld een kostwinner met een loon vlak boven het minimumloon, of iemand met een loongerelateerde uitkering die echter, omdat betrokkene vóór zijn werkloosheid of arbeidsongeschiktheid niet veel verdiende, de facto beneden het minimumloon ligt. Anders dan bij wanbetalers met een minimumloongerelateerde uitkering, is het echter niet mogelijk dergelijke wanbetalers op een gestandaardiseerde manier te traceren.

Er zijn twee mogelijkheden om ook voor hen slechts 100% van de standaardpremie op de periodieke inkomsten te laten inhouden. Indien een zorgverzekeraar tijdens het aan het bestuursrechtelijke regiemi voorafgaande incassoproces tot de conclusie is gekomen dat de betrokken wanbetaler, binnen zijn periodieke inkomsten, weinig betaalcapaciteit heeft (bijvoorbeeld omdat de zorgverzekeraar ter zake van de nominale premie beslag heeft gelegd, maar zijn vordering niet geheel voldaan kan krijgen gezien de verplichting een bedrag ter hoogte van de beslagvrije voet ongemoeid te laten), kan hij dat met diens toestemming aan het CVZ meedelen. Op basis van dit signaal kan het CVZ besluiten slechts 100% van de bestuursrechtelijke premie op de inkomensbron in te houden. De andere mogelijkheid is, dat een wanbetaler die van mening is dat hij bij een inhouding van 130% van de standaardpremie met zijn periodieke inkomen beneden het voor hem geldende bestaansminimum komt en daar verandering in wil aanbrengen (niet iedereen hoeft met inning van 130% van de standaardpremie een probleem te hebben, aangezien men bijvoorbeeld een verdienende partner of spaargeld kan hebben), het CVZ kan vragen om de bestuursrechtelijke premie slechts gedeeltelijk op hun periodieke inkomen in te houden. Artikel 18e, tweede lid, van de Zvw geeft voor beide mogelijkheden voldoende ruimte. Ook hier betekent het niet geheel laten inhouden van de bestuursrechtelijke premie op de periodieke inkomsten niet, dat het verschil wordt kwijtgescholden. Net zoals dat voor wanbetalers met een minimumgerelateerde uitkering geldt, zal het CVZ het verschil langs andere weg trachten te innen.

### Tweede lid

In het tweede lid zijn inhoudingen op en verrekeningen met socialezekerheidsuitkeringen aangewezen die, in afwijking van artikel 18e, derde lid, Zvw, na de inhouding op de bestuursrechtelijke premie komen.

Het gaat ten eerste om de verplichting van het UWV, de SVB of een gemeente om bestuurlijke boeten die door het UWV of de SVB ter zake van de uitvoering van de socialezekerheidswetten zijn opgelegd, op de socialezekerheidsuitkering(en) in te houden en – indien de boete-opleggende instantie niet de instantie is die de uitkering verstrekt waarop de boete moest worden ingehouden – aan de boete-opleggende instantie af te dragen. Ten tweede gaat het om de in artikel 24, tweede lid, van de Wet inburgering aan het UWV of een zogenoemde eigenrisicodragers gerichte plicht om de eigen bijdrage voor de inburgeringsvoorziening desgevraagd op de uitkering in te houden en aan het college van burgemeester en wethouders af te dragen.



In deze gevallen gaat het om inhoudingen en verrekeningen van netto-bedragen, die geschieden op de netto-uitkering.

### *Artikel 6.5.2*

Op grond van artikel 18e, zesde lid, Zvw heeft het CVZ de mogelijkheid om de BD/T op te dragen een (voorschot op een) zorgtoeslag aan dat college over te maken. Dat verrekent het CVZ dan met de bestuursrechtelijke premie die de structurele wanbetaler jegens hem verschuldigd is.

Indien iemand geen gelijkmatig gespreide inkomsten van een werkgever of pensioen- of uitkeringsinstantie heeft, zoals een ondernemer met belastbare winst uit onderneming of iemand met belastbaar resultaat uit overige werkzaamheden (alfahulp of freelancer) kan de bestuursrechtelijke premie niet worden geïnd met behulp van broninhouding zoals geregeld in artikel 18e, tweede lid, Zvw. Het CVZ kan de bestuursrechtelijke premie dan onder meer innen door de BD/T de opdracht te geven om de zorgtoeslag naar zich te laten overmaken. Het CVZ zal dat deel van de ontvangen zorgtoeslag afhouden, dat nodig is om de bestuursrechtelijke premie te voldoen en zal een restant alsnog aan de verzekeringnemer overmaken (eerste lid van onderhavig artikel).

Ook in het geval er wel een periodieke bron van inkomen is, maar deze onvoldoende is om de bestuursrechtelijke premie op in te houden kan het CVZ hier gebruik van maken. Dit geldt echter niet (tweede lid) indien iemand louter een of meer minimumloongerelateerde uitkeringen ontvangt. Immers, zou in dat geval (een deel van) de bestuursrechtelijke premie uit de zorgtoeslag worden gehaald, dan zou betrokkene daarmee onder het bestaansminimum kunnen geraken (zie ook de toelichting op artikel 6.5.1, eerste lid). Indien iemand naast een (of meer) minimumloongerelateerde uitkering(en) nog loon ontvangt, mag het CVZ de zorgtoeslag dus wel naar zich laten overmaken. In zo'n geval is er namelijk niet per definitie sprake van, dat iemand bij inhouding op uitkering, loon en gebruik van een deel van de zorgtoeslag, beneden het minimum zal uitkomen. Voorts wordt opgemerkt dat artikel 6.5.2, tweede lid, onverlet laat dat de zorgtoeslag wel mag worden gebruikt voor de bestuursrechtelijke premie van een partner van iemand die slechts een minimumgerelateerde uitkering ontvangt (tenzij ook deze louter een minimumgerelateerde uitkering ontvangt).

Ook hier geldt dat anderen dan mensen met louter een minimumloongerelateerde uitkering het CVZ kunnen vragen de zorgtoeslag met rust te laten indien hun periodieke inkomen en zorgtoeslag tezamen zo laag zijn, dat 130% van de standaardpremie hen onder het bestaansminimum zou doen terechtkomen. Het CVZ zal een dergelijk verzoek zorgvuldig dienen te bekijken. Willigt het CVZ het in, dan zal dat deel van de bestuursrechtelijke premie dat niet op de bron wordt ingehouden, op basis van een acceptgiro, en, als niet betaald wordt, een aanmaning en dwangbevel met beslaglegging geïnd worden.

### *Artikel 6.5.3*

In de Zvw is bepaald dat het bestuursrechtelijke regiem ten einde komt zodra de verzekeringnemer zijn uit de zorgverzekering jegens zijn zorgverzekeraar opgebouwde schulden heeft voldaan, dan wel de door de rechter opgelegde schuldsaneringsregeling of – met inschakeling van een schuldhulpverlener – een minnelijke schuldregeling voor hem is ingegaan. Vanaf dat moment dient de verzekeringnemer aan zijn zorgverzekeraar weer de gewone, privaatrechtelijke nominale premie te betalen. Eventuele schuldopbouw bij het CVZ (dat wil zeggen een schuld aan bestuursrechtelijke premie) vormt hierbij geen drempel. Deze schuld blijft staan en zal na vijf jaar verjaren (de normale verjaringstermijn voor bestuurlijke premieschulden), tenzij het CVZ door gaat met invorderingsactiviteiten. Artikel 18e, tweede lid, Zvw bepaalt dat het CVZ voor de inning van een eventuele restschuld aan bestuursrechtelijke premie geen gebruik kan maken van de instrumenten bronheffing en het laten overmaken van de zorgtoeslag aan zichzelf.

De reden hiervoor is dat de verzekerde de nominale premie aan zijn zorgverzekeraar moet betalen. Daar heeft hij geld voor nodig, wil hij niet opnieuw bij het CVZ in het bestuursrechtelijke regiem komen. Ervan uitgaande dat verzekeringnemers hun nominale premie meestal uit hun periodieke inkomen of hun zorgtoeslag betalen, kan er een probleem ontstaan indien op dat inkomen het CVZ eerst nog de restschuld aan bestuursrechtelijke premie inhoudt dan wel ter voldoening van die restschuld de zorgtoeslag naar zich laat overmaken. Het restant dat de verzekeringnemer daarmee zou overhouden, zou weleens te laag kunnen zijn om zijn nominale premie uit te betalen. En dat zou er vervolgens toe kunnen leiden dat hij wederom een premieschuld bij zijn zorgverzekeraar opbouwt, en dat hij, nadat de nieuwe schuld een hoogte van zes maandpremies heeft bereikt, wederom in het bestuursrechtelijke regiem terechtkomt. Om te vermijden dat het innen van de restschuld aan bestuursrechtelijke premie het kunnen betalen van de privaatrechtelijke, nominale premie aan de zorgverzekeraar belemmert, is in artikel 6.5.3 geregeld dat het CVZ een restschuld aan bestuursrechtelijke premie niet via broninhouding (artikel 18e, tweede lid, Zvw) of het naar zich laten overmaken van de zorgtoeslag int (artikel 6.5.2).



De mogelijkheid van beslaglegging voor het CVZ om de nog resterende schuld voldaan te kunnen krijgen, blijft echter bestaan. Het is immers mogelijk dat de financiële situatie van de schuldenaar aanzienlijk beter is geworden of nog wordt. Verder heeft het CVZ op grond van de Zvw de mogelijkheid van kwijtschelding voor deze restschuld. Het CVZ zal in beleidsregels moeten aangeven hoe en in welke gevallen hiermee om te gaan.

#### *Artikel 6.5.4*

Artikel 6.5.4 ziet op de bijdrage voor het onverminderd verzekerd houden van structurele wanbetalers die door hun zorgverzekeraar bij het CVZ zijn aangemeld en derhalve in het bestuursrechtelijke regiem zijn opgenomen. Omdat niet al degenen die op de datum van inwerkingtreding van de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering reeds een premieachterstand van zes of meer maanden hadden, tegelijkertijd bij het CVZ kunnen worden gemeld (de verzekeraars noch het CVZ kunnen dat uitvoeringstechnisch aan), geldt voor hen een overgangscompensatiemaatregel. Hetzelfde geldt voor wanbetalers die na inwerkingtreding van eerdergenoemde wet een premie-achterstand ter hoogte van zes maandpremies bereiken maar nog niet aangemeld kunnen worden. Voor de toelichting van de overgangscompensatiemaatregel wordt verwezen naar de toelichting op artikel I, onderdeel A, en artikel II.

Anders dan de compensatiebijdrage die nog tot 1 januari 2010 op grond van artikel 3.24 van het Besluit zorgverzekering en artikel 3.23 van de Regeling zorgverzekering voor het onverminderd verzekerd houden van wanbetalers met een premieschuld ter hoogte van zes of meer maandpremies wordt verstrekt, wordt de aan zorgverzekeraars te verstrekken bijdrage voor het onverminderd verzekerd houden van verzekerden voor wier verzekering bestuursrechtelijke premie verschuldigd is, per voor het bestuursrechtelijke regiem aangemelde verzekerde toegekend (eerste lid).

De bijdrage wordt toegekend met ingang van de datum waarop de bestuursrechtelijke premie verschuldigd wordt (tweede lid), dat wil zeggen met ingang van de eerste dag van de maand volgende op de maand waarin het CVZ de aanmelding voor het bestuursrechtelijke regiem heeft ontvangen (artikel 18d, eerste lid, Zvw). De bijdrage geldt over de periode waarover bestuursrechtelijke premie verschuldigd is. Indien iemand door zijn zorgverzekeraar wordt afgemeld, eindigt het recht op de bijdrage derhalve met ingang van de eerste dag van de maand volgende op de maand waarin de afmelding plaatsvindt (artikel 18d, eerste juncto derde lid, Zvw).

Er zijn twee uitzonderingen op de regel dat de bijdrage ingaat zodra de bestuursrechtelijke premie verschuldigd wordt. De eerste uitzondering betreft de situatie waarin de zorgverzekeraar iemand tijdelijk niet kon aanmelden omdat betrokkene de vraag of hij werkelijk een premie-achterstand van (ten minste) vier maanden had, nog aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) of de civiele rechter kon voorleggen dan wel had voorgelegd. Zolang de periode om het geschil voor te leggen niet is verlopen dan wel, als het geschil is voorgelegd, zolang de verzekeringnemer niet in het ongelijk is gesteld, mag de verzekeraar de zorgverzekering niet aanmelden voor het bestuursrechtelijke regiem (artikel 18c, tweede lid, onderdelen b en c, Zvw). Hiervoor is gekozen met het oog op de rechtsbescherming van de verzekeringnemer.

Hoewel de SKGZ maatregelen treft om de beoordelingstijd zo kort mogelijk te houden, kan een procedure bij de SKGZ en zeker een procedure bij de rechter tijd vergen. Komt de SKGZ of de rechter tot de conclusie dat de verzekeringnemer wel degelijk een wanbetaler met een aanzienlijk premie-achterstand is, dan zal op het moment waarop deze uitspraak wordt gedaan, doorgaans inmiddels een premieschuld van meer dan zes maandpremies zijn opgebouwd. Gezien de groep waar het hier om gaat, valt niet te verwachten dat deze schuld aan de verzekeraar voldaan zal zijn. Om de zorgverzekeraars, die de dekking van de zorgverzekering onverminderd hebben laten doorlopen, niet het slachtoffer te laten worden van de hierboven beschreven rechtsbescherming voor de verzekeringnemer en verzekerde, werkt in dat geval het recht op de in dit artikel geregelde bijdrage terug tot en met de eerste dag van de maand volgende op de maand waarop de melding voor het bestuursrechtelijke regiem kon zijn gedaan – dat wil zeggen de dag waarop de premie-achterstand zes maandpremies ging bedragen – indien betrokkene nooit tegen de vierdemaandsmelding in het geweer zou zijn gekomen. Dit is in het derde lid van artikel 6.5.4 geregeld.

Ligt de oorzaak voor de vertraging in de melding overigens in overwegende mate bij de verzekeraar, bijvoorbeeld omdat deze door de SKGZ of de rechter opgevraagde stukken erg langzaam levert, dan zal dat ingevolge het zevende lid van artikel 6.5.7 in het kader van de vaststelling van de bijdrage wel tot een (macro) aftrek kunnen leiden.

De tweede uitzondering betreft de situatie waarin een wanbetaler zich bij een schuldhulpverlener heeft gemeld en een schuldstabilisatie-overeenkomst is gesloten, waarna de stabilisatie vervolgens mislukt. Op grond van artikel 18c, tweede lid, onderdeel d, Zvw, mogen zorgverzekeraars betrokkenen gedurende de looptijd van zo'n overeenkomst niet voor het bestuursrechtelijke regiem bij het CVZ aanmelden. Gedurende (een deel van) de stabilisatieperiode, die bedoeld is als voorfase van de



schuldhulpverlening, zullen echter naar verwachting opkomende premies nog niet direct worden betaald. Indien de stabilisatie mislukt, en op de schuldstabilisatie-overeenkomst derhalve geen schuldhulpverlening volgt, zal betrokkene nadat zijn schuld tot een bedrag van zes maandpremies zal zijn opgelopen (en nadat de vierdemaands waarschuwing is afgegeven) bij het CVZ worden aangemeld. Doordat de stabilisatie-overeenkomst enkele maanden kan duren, zal deze aanmelding veelal pas geschieden nadat de premieschuld tot een hoger bedrag dan zes maandpremies – bijvoorbeeld acht of negen maandpremies – zal zijn opgelopen. Artikel 6.5.4, derde lid, regelt dat ook in dit geval de in dit artikel geregelde bijdrage terugwerkt tot en met de eerste dag van de maand volgende op de maand waarop de melding voor het bestuursrechtelijke regiem kon zijn gedaan – dat wil zeggen de dag waarop de premie-achterstand zes maandpremies ging bedragen – indien de stabilisatie-overeenkomst er niet zou zijn geweest.

Artikel 6.5.4, vierde lid, van de Regeling zorgverzekering bepaalt dat de hoogte van de bijdrage gelijk is aan die van de (tot een maandbedrag herleide) standaardpremie, bedoeld in de Wet op de zorgtoeslag. De standaardpremie komt overeen met de geraamde gemiddelde nominale premie plus het geraamde gemiddelde bedrag dat een verzekerde (niet zijnde een verzekerde als bedoeld in artikel 118a Zvw) in een bepaald jaar voor zijn zorgverzekering aan zijn zorgverzekeraar kwijt is (het verplicht eigen risico).

Op grond van het vijfde lid van artikel 6.5.4 bevoorschot het CVZ de bijdragen waar de verzekeraar vanaf het moment waarop de bestuursrechtelijke premie verschuldigd wordt, recht op heeft. Dit gaat op individueel niveau. Om de bijdrageverstreking uitvoeringstechnisch eenvoudig te houden, wordt niet bevoorschot over perioden, bedoeld in het derde lid. Met bijdragen over deze perioden wordt derhalve pas bij het vaststellen van de bijdragen rekening gehouden.

Het CVZ stelt de bijdragen over het jaar  $t$  voor april van het jaar  $t+2$  vast (artikel 6.5.4, zesde lid). Dit laat onverlet dat artikel 34a, vierde lid, Zvw gewoon van toepassing blijft.

De vast te stellen bijdrage is in principe gelijk aan de bevoorschotte bijdrage (dat wil zeggen, de som van de bijdragen, bedoeld in het tweede lid), vermeerderd met de bijdragen over de perioden, bedoeld in het derde lid (artikel 6.5.4, zevende lid). Voorwaarde voor de bijdrage is, dat de verzekeraar voldoet aan de eisen, gesteld in artikel 34a Zvw. Dat wil zeggen:

- hij moet uiterlijk tien werkdagen nadat een premie-achterstand van twee maanden is geconstateerd, een betalingsregeling hebben aangeboden die aan de eisen van artikel 18a Zvw voldoet,
- hij moet zo spoedig mogelijk nadat een premie-achterstand van vier maanden is geconstateerd, de in artikel 18b bedoelde vierdemaandsmelding hebben verricht,
- hij mag iemand die tegen deze vierdemaandsmelding in het geweer is gekomen, niet voor het bestuursrechtelijke regiem aanmelden zolang niet onherroepelijk (ten nadele van de verzekeringnemer) is beslist,
- hij mag iemand gedurende de looptijd van een schuldstabilisatie-overeenkomst niet voor het bestuursrechtelijke regiem aanmelden,
- hij heeft bij de aanmelding voor het bestuursrechtelijke regiem jegens het CVZ verklaard dat hij zich aan het voorgaande heeft gehouden,
- hij heeft ook nog voldoende andere op incasso van de premieschuld gerichte activiteiten verricht, en
- hij werkt mee aan activiteiten van de verzekeringnemer of een schuldhulpverlener om iemand door middel van het sluiten van een schuldregeling weer uit het bestuursrechtelijke regiem te krijgen, en meldt betrokkene die zijn schulden jegens hem heeft voldaan, op wie de schuldsaneringregeling natuurlijke personen van toepassing is geworden of die een stabilisatie-overeenkomst of een schuldregeling heeft, tijdig bij het CVZ af.

Het zal voor het CVZ lastig zijn om per aangemelde zorgverzekering te controleren of aan deze eisen is voldaan. In plaats daarvan zal de Nederlandse zorgautoriteit (Nza) hier op het niveau van de zorgverzekeraar toezicht op houden. Is de Nza van mening dat de verzekeraar zich onvoldoende aan de hier genoemde voorwaarden voor de bijdrage heeft gehouden, dan zal zij het CVZ kunnen opdragen de vast te stellen bijdrage met een door haar aan te geven bedrag te verminderen. In het meest extreme geval kan dit het volledige bedrag van het voorschot zijn.

Evenzo zal de bijdrage over de perioden, bedoeld in artikel 6.5.4, derde lid, kunnen worden vermindert met een door de Nza aan te geven bedrag indien zij van mening is dat de vertraging in de aanmelding bij het CVZ in overwegende mate aan de zorgverzekeraar zelf kan worden verweten.

Het CVZ is bevoegd om bijdragen die ten gevolge van de vaststelling nog moeten worden uitgekeerd of juist moeten worden teruggevorderd, te verrekenen met voorschotten aan bijdragen over een volgend jaar (achtste lid) of met de vereveningsbijdrage waar de zorgverzekeraar recht op heeft (artikel 34a, vierde lid, Zvw).





### Artikel 6.5.5

Ook nu al is er een aanzienlijke groep wanbetalers met een premieschuld van zes of meer maanden voor wie de verzekeraars, indien zij hen onverminderd verzekerd houden, een bijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds ontvangen. Deze bijdrage is geregeld in artikel 3.24 van het Besluit zorgverzekering en artikel 3.23 van de Regeling zorgverzekering. Voorwaarde voor die bijdrage is onder meer, dat zij blijven proberen de – iedere maand hoger wordende – schuld te incasseren, waarbij daadwerkelijk geïnde bedragen in principe terugvloeien naar het Zorgverzekeringsfonds.

Zoals in het voorgaande is aangegeven, dienen ook deze wanbetalers een betalingsregeling aangeboden te krijgen die er niet alleen op is gericht dat nieuw vervallende premie-termijnen worden voldaan, maar ook dat de bestaande schuld wordt afbetaald. Komt het niet tot een betalingsregeling tussen zorgverzekeraar en wanbetaler, dan zal de zorgverzekeraar, na de vierdemaandswaarschuwing, de wanbetaler zo snel mogelijk voor de bestuursrechtelijke premie aanmelden. Komt het wel tot een regeling, dan kan de wanbetaler, zolang hij zich aan de in de regeling neergelegde afspraken voldoet, niet voor die premie worden aangemeld (artikel 18b, derde lid, juncto artikel 18c, derde lid Zvw). Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft aangegeven dat het voor de zorgverzekeraars ondoenlijk is om voor iedere bestaande wanbetaler een individueel betalingsarrangement te treffen, gericht op het afbetalen van de reeds opgebouwde schulden. In plaats daarvan zullen de zorgverzekeraars de wanbetalers naar de schuldhulpverlening verwijzen. ZN verwacht dat in het kader van de schuldhulpverlening de verzekeraars regelmatig zal worden gevraagd, om, onder de voorwaarde dat de wanbetaler een deel van de schuld afbetaalt, de restantschuld kwijt te schelden. De zorgverzekeraars hebben aangegeven hiertoe bereid te zijn, mits dit er niet toe leidt dat zij, wegens het verrichten van onvoldoende incasso-inspanningen, hun recht op hun bijdrage voor het verzekerd hebben gehouden van de wanbetalers verliezen. Zij hebben gevraagd de voorwaarden waaronder zij een schuld die een wanbetaler bij hen heeft opgebouwd mogen kwijtschelden, bij ministeriële regeling vast te leggen. Onderhavig artikel voorziet daarin.

Geregeld is dat de zorgverzekeraars zonder dat dat gevolgen heeft voor hun bijdrage voor het verzekerd houden van wanbetalers, de oude schulden mogen kwijtschelden indien:

- zij de wanbetalende verzekeringnemer tijdig een betalingsregeling hebben aangeboden die voldoet aan de voorwaarden van artikel 18a Zvw juncto artikel IX, eerste en tweede lid, van de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering<sup>1</sup>. Dit betekent onder meer dat zij de verzekeringnemer vragen om een machtiging tot automatische incasso en dat zij, indien de verzekeringnemer anderen dan zichzelf heeft verzekerd, deze verzekerden een aanbod doen om zelf verzekeringnemer te worden (welk aanbod, gelet op artikel IX, derde lid, van laatstgenoemde wet als geaccepteerd geldt tenzij het tijdig wordt verworpen), en
- de verzekeringnemer door tussenkomst van een professionele schuldhulpverlener een schuldregeling met (in ieder geval) de zorgverzekeraar is aangegaan, en krachtens die regeling ten minste gedurende twee jaar de nieuw opgekomen premie-termijnen heeft voldaan, alsmede het deel van de bestaande schuld dat hij krachtens die regeling maandelijks aan zijn zorgverzekeraar zal afbetalen.

Zolang de verzekeringnemer zich aan de betalingsregeling houdt, wordt hij niet voor het bestuursrechtelijke regiem aangemeld (artikel 18b, derde lid, juncto artikel 18c, derde lid Zvw: het hebben gedaan van de vierdemaandsmelding is een noodzakelijke voorwaarde voor een geldige aanmelding voor het bestuursrechtelijke regiem, en de vierdemaandsmelding mag niet worden gedaan aan iemand met een betalingsregeling die ten minste de nieuw opkomende premie-termijnen voldoet).

Stopt iemand – binnen de genoemde termijn van twee jaar – met het nakomen van zijn betalingsregeling, dan zal de zorgverzekeraar betrokkene, met inachtneming van de in de Zvw gestelde regels, bij een premieschuld van ten minste zes maandpremies voor het bestuursrechtelijke regiem bij het CVZ aanmelden. Betrokkene zal alsdan de gehele nog resterende schuld jegens zijn zorgverzekeraar dienen af te betalen voordat hij weer tot het privaatrechtelijke premieregime wordt toegelaten. De zorgverzekeraar mag in de betalingsregeling laten opnemen dat hij de resterende premieschuld zal kwijtschelden als iemand zich gedurende de looptijd van die regeling, maar ten minste twee jaar, aan de in zijn betalingsregeling neergelegde afspraken heeft gehouden. Dat heeft dan geen gevolgen voor de aan die verzekeraar toegekende compensatiebijdrage.

Indien iemand na afloop van de genoemde termijn zijn betalingsregeling niet langer nakomt – in die

<sup>1</sup> Het voornemen bestaat overigens de eis dat het aanbod, bedoeld in artikel 18a, eerste lid, Zvw uiterlijk twee maanden na inwerkingtreding van de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering moet zijn gedaan, door middel van opname van een wijzigingsbepaling in een nieuwe wet met terugwerkende kracht te schrappen. Inmiddels is namelijk gebleken dat niet alle verzekeraars in staat zijn deze melding tijdig te doen, mede in verband met het door het CVZ vast te stellen aanleverschema.



situatie zal een groot deel van de schuld door de zorgverzekeraar in het kader van een schuldhulp-regeling zijn kwijtgescholden – dan begint in feite de wanbetaler opnieuw. In die situatie zal de verzekeraar ook de wettelijke procedure voor aanmelding dienen te volgen voordat die persoon kan worden aangemeld bij het CVZ.

De zorgverzekeraar is niet verplicht om in de regeling op te nemen dat hij na (ten minste) twee jaar nakoming van de betalingsregeling de resterende schuld zal kwijtschelden. De wetgever vond het te ver gaan dit aan de zorgverzekeraars, die immers privaatrechtelijke verzekeraars zijn, voor te schrijven. Het niet meewerken aan de totstandkoming van redelijke betalingsregelingen kan er wel toe leiden dat de Nza constateert dat een zorgverzekeraar te weinig incasso- inspanningen als bedoeld in artikel 3.24, tweede lid, onderdeel b, van het Besluit zorgverzekeringen verricht. Dat kan er op zijn beurt weer toe leiden dat de verzekeraar zijn recht op compensatiebijdrage verliest.

### **Artikel I, onderdelen A en C, en artikel II**

Voor wanbetalers die voor de datum van inwerkingtreding van de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering een premieschuld van zes of meer maandpremies hadden (verder ook te noemen: bestaande gevallen), ontving de zorgverzekeraar al een compensatiebijdrage op grond van artikel 3.24 van het Besluit zorgverzekering en artikel 3.23 van de Regeling zorgverzekering (verder 'oude compensatiebijdrage' genoemd). Oorspronkelijk was het de bedoeling dat alle verzekeraars hun oude gevallen direct vanaf de datum van inwerkingtreding van de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering maar wel geleidelijk – namelijk tot 1 januari 2010 – bij het CVZ zouden aanmelden. Daartoe bevatte de wet in artikel IX overgangsrecht, dat ertoe leidde dat met het verzenden van de betalingsregeling en van de vierdemaandswaarschuwing aan deze bestaande gevallen reeds voor de inwerkingtreding van de wet kon worden begonnen. Aldus zouden de eerste bestaande gevallen al met ingang van de datum van inwerkingtreding van de wet kunnen worden gemeld. Tot het moment waarop deze wanbetalers bij het CVZ zouden zijn aangemeld, maar uiterlijk tot 1 januari 2010, zouden de verzekeraars de oude compensatiebijdrage ontvangen, en vanaf de eerste dag van de maand volgende op de aanmelding bij het CVZ, zouden zij de nieuwe, in artikel 6.5.4 geregelde, hogere bijdrage ontvangen. Aldus was er voor de zorgverzekeraars een prikkel gecreëerd om hun bestaande gevallen zo snel mogelijk aan te melden. Ook was het de bedoeling dat mensen die vanaf de datum van inwerkingtreding van de wet een premie-achterstand ter hoogte van zes maandpremies bereikten, zo snel mogelijk vanaf de inwerkingtredingsdatum van de wet voor het bestuursrechtelijke regiem zouden worden aangemeld. Voor hen zouden de zorgverzekeraars dan direct de bijdrage van artikel 6.5.4 gaan ontvangen.

Inmiddels is echter gebleken dat lang niet alle verzekeraars in staat zijn te voldoen aan artikel IX, eerste lid, van de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering, laat staan dat zij in staat zijn bestaande gevallen al vanaf de datum van inwerkingtreding van die wet aan te melden. Bovendien blijkt het aantal wanbetalers dat nu al een premie-achterstand van zes of meer maanden heeft, groter dan verwacht.

Zonder nadere maatregelen zou het bovenstaande enerzijds betekenen, dat de zorgverzekeraars niet aan de wet voldoen en het gevaar lopen voor bestaande, niet voor 1 januari 2010 gemelde gevallen na die datum hun compensatiebijdrage te verliezen, anderzijds dat het CVZ in de vier maanden na inwerkingtreding van de wet geconfronteerd zou kunnen worden met meer dan 25.000 aanmeldingen per maand, het maximumaantal dat het CVZ in een maand denkt te kunnen verwerken.

Om bovenstaande problemen te voorkomen, heeft het CVZ na gesprekken met alle zorgverzekeraars en uitgaande van een inwerkingtreding van de wet met ingang van 1 september 2009, per zorgverzekeraar afgesproken in welke maanden zij hun (structurele) wanbetalers zullen aanmelden. Daarbij is er telkens op gelet dat de zorgverzekeraars die in een bepaalde maand aan de beurt zijn ook daadwerkelijk in staat zijn hun bestaande gevallen te melden (met inbegrip van de voorafgaand daaraan te verzenden tweede- en vierdemaandsbrief) en dat het totaal aantal aanmeldingen dat het CVZ per maand zal ontvangen niet meer dan 25.000 zal bedragen. De aanmeldingen zullen, indien de wet met ingang van 1 september 2009 in werking treedt, lopen vanaf 1 september 2009 tot en met september 2010.

In overleg met zorgverzekeraars en het CVZ is vervolgens voor de compensatiebijdrage een nieuwe overgangsregeling afgesproken, die er als volgt uitziet:

1. Het CVZ stelt een schema op waarin staat welke verzekeraars hun bestaande gevallen in welke maanden dienen te melden (artikel II, eerste lid). Vanaf de eerste dag van de maand volgende op de melding, ontvangt de zorgverzekeraar voor iedere aangemelde structurele wanbetaler niet meer de oude compensatiebijdrage van artikel 3.23, maar de nieuwe, in artikel 6.5.4 geregelde, hogere compensatiebijdrage (artikel II, derde lid).
2. Het is mogelijk dat een zorgverzekeraar eerder tot melden van zijn bestaande gevallen in staat is dan het schema van het CVZ hem toestaat. In dat geval zou het niet rechtvaardig zijn, hem louter

doordat hij vanwege de capaciteitsbeperking van het CVZ nog niet kan melden, de hogere compensatiebijdrage te onthouden. Daarom kan hij het CVZ verzoeken vast te stellen dat hij gereed is om aan de in de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering geregelde aanmeldingsprocedure (inclusief de voorprocedure van de betalingsregeling en de vierdemaandsmelding) te voldoen en dat zijn systemen dit kunnen uitvoeren. Indien het CVZ na daartoe strekkend onderzoek tot de conclusie komt dat de verzekeraar inderdaad gereed is voor uitvoering van de wet, zal zijn oude compensatiebijdrage, totdat hij ingevolge het door het CVZ opgestelde schema daadwerkelijk tot aanmelding bij het CVZ dient over te gaan, worden verhoogd tot het niveau van de nieuwe compensatiebijdrage (artikel I, onderdeel A; toevoeging van een tweede lid aan artikel 3.23). Omdat gedurende de periode waarover een bestaande wanbetaler nog niet voor het bestuursrechtelijke regiem is aangemeld, de premieschuld bij de zorgverzekeraar oploopt en de zorgverzekeraar met incasso-inspanningen mogelijk nog een deel van de premie weet te innen, zal deze oude, hogere compensatiebijdrage – net als de ‘gewone’ oude compensatiebijdrage van artikel 3.23, eerste lid – echter wel worden verminderd met nog geïncasseerde premie. Wellicht ten overvloede wordt nog gemeld dat deze hogere, oude bijdrage wordt omgezet in de nieuwe bijdrage van artikel 6.5.4 zodra een wanbetaler voor het bestuursrechtelijke regiem is aangemeld (artikel II, derde lid).

3. Blijkt de zorgverzekeraar op het moment waarop hij ingevolge het schema van het CVZ daadwerkelijk zijn bestaande gevallen dient te melden, daar toch niet toe in staat te zijn, dan wordt zijn compensatiebijdrage tot het moment van daadwerkelijke melding voor het bestuursrechtelijke regiem, alsnog weer op de oude, ‘gewone’ compensatiebijdrage van artikel 3.23, eerste lid gesteld (artikel II, tweede lid). Dit is uitvoeringstechnisch geen probleem, aangezien de oude compensatiebijdrage in t+2 definitief wordt vastgesteld.
4. Vanaf 1 oktober 2010, de dag waarop alle bestaande gevallen dienen te zijn aangemeld, wordt de oude compensatieregeling van artikel 3.23 (zowel het eerste als het tweede lid) afgesloten. Vanaf die dag worden er derhalve op dat artikel geen nieuwe compensatiebijdragen meer uitbetaald (artikel II, vierde lid). Alle bijdragen die de zorgverzekeraars voor het onverminderd verzekerd houden van structurele wanbetalers ontvangen, zullen, mits betrokkenen voor het bestuursrechtelijke regiem bij het CVZ zijn aangemeld, vanaf dat moment op grond van artikel 6.5.4 worden uitbetaald.
5. Aangezien de definitieve vaststelling van de oude compensatiebijdragen pas in t+2 geschiedt, regelt artikel I, onderdeel C, dat artikel 3.23 met ingang van 1 september 2012 vervalt. Daarbij is ervan uitgegaan dat de zorgverzekeraars de voor de definitieve vaststelling benodigde gegevens uiterlijk 1 juni 2012 aanleveren, en dat het CVZ drie maanden nodig heeft om deze te verwerken. Ook de delegatiebepaling waarop artikel 3.23 stoelt, te weten artikel 3.24 van het Besluit zorgverzekering zal met ingang van die datum geschrapt worden. Deze wijziging zal meegenomen worden bij gelegenheid van een andere wijziging van het Besluit zorgverzekering.
6. Daarnaast zal, waarschijnlijk in een nog aan het parlement te sturen wetsvoorstel tot opsporing en verzekering van onverzekerden, het voorstel worden gedaan artikel IX, eerste lid, van de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering met terugwerkende te wijzigen: de eis om de betalingsregeling binnen twee maanden na inwerkingtreding van de wet te hebben gedaan, zal komen te vervallen. Niet alle zorgverzekeraars zullen namelijk aan deze eis kunnen voldoen, hetgeen gezien het hierboven beschreven, nieuwe overgangsrecht, geen groot probleem is.

Wat betreft wanbetalers die op de datum van inwerkingtreding van de wet nog geen premieachterstand ter hoogte van zes maandpremies hebben bereikt maar voor de datum waarop hun verzekeraar ze ingevolge het schema van het CVZ dient aan te melden wel, het volgende. Zij zullen, zolang zij niet zijn aangemeld, vanaf het moment waarop hun premie-achterstand zes maandpremies bedraagt onder de oude compensatieregeling van artikel 3.23 vallen. Zij leveren hun zorgverzekeraar daarbij de lage bijdrage (artikel 3.23, eerste lid) op zolang niet is vastgesteld dat hun zorgverzekeraar in staat is aan de in de wet geregelde aanmeldingsprocedure (inclusief voorprocedure van betalingsregeling en vierdemaands waarschuwing) te voldoen, en de hogere bijdrage (artikel 3.23, tweede lid) met ingang van de maand volgende op de maand waarin het CVZ heeft vastgesteld dat hun verzekeraar dat wel kan.

Wanbetalers die een premie-achterstand ter hoogte van zes maandpremies hebben bereikt nadat zij hun stuwmeer van bestaande gevallen en de in de vorige alinea bedoelde gevallen hebben aangemeld, dient de verzekeraar – uiteraard mits de voorprocedures in acht zijn genomen – direct bij het CVZ te melden. Zij leveren de verzekeraar dan de nieuwe compensatiebijdrage van artikel 6.5.4 op.

Voorts geldt nog het volgende. De hierboven beschreven overgangsprocedure kan ertoe leiden dat bestaande gevallen van verzekeraar A in september 2009 voor het bestuursrechtelijke regiem worden aangemeld, bestaande gevallen van verzekeraar B in februari 2010 en bestaande gevallen van de laatste in het schema van het CVZ voorkomende verzekeraar pas in september 2010. Men kan zich afvragen of dit niet tot ongelijke behandeling van dergelijke bestaande gevallen leidt. Al deze gevallen hebben immers op de datum van inwerkingtreding van de wet al een premie-achterstand van ten



---

minste zes maandpremies (in bepaalde gevallen gaat het zelfs om mensen die sinds de inwerkingtredingsdatum van de Zvw, 1 januari 2006, geen premie betaalden).

Naar mijn mening is er geen sprake van ongelijke behandeling. Bij massale processen als het onderhavige – volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek waren er op 31 december 2008 ongeveer 280.000 wanbetalers met een premie-achterstand van zes of meer maanden – kan het niet anders, of er moet gefaseerd worden aangeleverd. Het CVZ is daarbij met een verwerkingscapaciteit van 25.000 gevallen per maand tot het uiterste gegaan. Daarbij geldt dat door te kiezen voor aanlevering van bestaande gevallen per zorgverzekeraar, bestaande gevallen bij een en dezelfde zorgverzekeraar zo kort mogelijk na elkaar (kleine verzekeraars: in dezelfde maand; grote verzekeraars: binnen drie maanden) zullen worden gemeld. Verzekerden bij eenzelfde zorgverzekeraar worden in dat opzicht gelijk behandeld.

Tussen verzekeraars kan de meldingsdatum daarentegen wel fors verschillen. Daarbij dient echter te worden bedacht dat dit, gegeven de verwerkingscapaciteit bij het CVZ, de meest logische keuze is en dat ook het wanbetalersbeleid dat de verschillende verzekeraars voeren, uiteen kan en, binnen de grenzen van de wet, mag lopen. Zo zal de vraag of iemand überhaupt een betalingsachterstand van zes maanden heeft opgebouwd, voor een deel samenhangen met het beleid dat de zorgverzekeraar heeft gevoerd om dat te voorkomen (snelle doorverwijzing naar de schuldhulpverlening of niet, coulante betalingsregeling of niet, enzovoorts). Wat dit betreft kan gesteld worden dat er geen sprake is van ongelijke behandeling van gelijke gevallen, omdat er geen sprake is van gelijke gevallen.

Ten slotte wordt opgemerkt dat mensen die vroeg voor het bestuursrechtelijke regiem worden aangemeld, vroeg de bestuursrechtelijke premie van 130% van de standaardpremie verschuldigd zullen zijn. Daartegenover staat, dat zij geen schuld bij hun zorgverzekeraar blijven opbouwen. Dat betekent dat zij hun bestaande schuld waarschijnlijk sneller zullen kunnen aflossen en derhalve weer sneller uit het bestuursrechtelijke regiem zullen kunnen komen dan mensen die later, en dus met een inmiddels hogere bij hun zorgverzekeraar opgebouwde schuld, bij het CVZ worden gemeld.

*De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
A. Klink.*



## Beleidsregels inning bestuursrechtelijke premie Zorgverzekeringswet 2009

25 augustus 2009

Het College voor zorgverzekeringen,

Gelet op artikel 18a tot en met 18f, en 34a van de Zorgverzekeringswet, alsmede artikel 6.5.1, 6.5.2 en 6.5.3 van de Regeling zorgverzekering;

Heeft in zijn vergadering van 25 augustus 2009 besloten:

### Artikel 1 De melding van de zorgverzekering ter zake waarvan structureel wordt wanbetaald

1. Voor de toepassing en uitvoering van het bepaalde in de artikelen 18c, 18d, 18e en 34a van de Zorgverzekeringswet maakt het college gebruik van de gegevens die de zorgverzekeraar verschaft op grond van de Regeling elektronisch gegevensverkeer Zorgverzekeringswet. De zorgverzekeraar verschaft gegevens bij de melding van de zorgverzekering, bedoeld in artikel 18c Zorgverzekeringswet, de melding van de datum bedoeld in artikel 18d, derde lid, Zorgverzekeringswet en de melding van de dag dat wederom bestuursrechtelijke premie verschuldigd is, bedoeld in artikel 18d, vierde lid, Zorgverzekeringswet.
2. Het college maakt, zonodig, nadere werkafspraken met de Stichting Sectoraal Aanspreekpunt Zorgverzekeringen (SA-Z) over de wijze en het tijdstip van aanlevering van de gegevens, bedoeld in het eerste lid, en eventueel andere gegevens die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van het bepaalde in de artikelen 18c tot en met 18f en 34a, van de Zorgverzekeringswet.
3. De zorgverzekeraars leveren de gegevens aan overeenkomstig de werkafspraken, bedoeld in het tweede lid. Gegevens die niet overeenkomstig de Regeling elektronisch gegevensverkeer Zorgverzekeringswet of de nadere werkafspraken zijn aangeleverd neemt het college niet in behandeling.
4. Het college neemt de melding door de zorgverzekeraar, bedoeld in artikel 18c, eerste lid, Zorgverzekeringswet niet verder in behandeling indien:
  - a. de melding ziet op een zorgverzekering van een verzekeringnemer en, indien deze een andere is dan de verzekeringnemer, de verzekerde, die op het moment van de melding, bedoeld in het eerste lid, de leeftijd van 18 jaar en zes maanden nog niet heeft bereikt;
  - b. de melding ziet op een zorgverzekering van een verzekeringnemer en, indien deze een andere is dan de verzekeringnemer, de verzekerde die op het moment van de melding bedoeld in het eerste lid, minder dan een half jaar bij de zorgverzekeraar die de melding doet verzekerd is geweest;
  - c. het door de zorgverzekeraar gebruikte burgerservicenummer of sociaal fiscaalnummer niet voldoet aan de daarvoor geldende eisen;
  - d. de melding ziet op een zorgverzekering van een overleden verzekeringnemer en, indien deze een andere is dan de verzekeringnemer, de verzekerde.

### Artikel 2 Het (eerste) bericht van het CVZ aan de wanbetaler

1. Na de melding door de zorgverzekeraar, bedoeld in artikel 18c, eerste lid, Zorgverzekeringswet, bericht het college de verzekeringnemer zo spoedig mogelijk dat de verzekeringnemer de bestuursrechtelijke premie verschuldigd is. Het college deelt daarbij ten minste mee:
  - a. dat de bestuursrechtelijke premie tot nader bericht van het college per maand verschuldigd is;
  - b. wat de hoogte van de bestuursrechtelijke premie per maand is;
  - c. dat het college, indien mogelijk, de bestuursrechtelijke premie, op de inkomsten van de verzekeringnemer, bedoeld in artikel 18e, tweede lid, van de Zorgverzekeringswet zal doen inhouden;
  - d. dat het college, indien inhouding op inkomsten als bedoeld in artikel 2, lid 1 onder c niet of onvoldoende kan plaatsvinden, de bestuursrechtelijke premie of het restant, op andere wijze in rekening zal brengen;
  - e. dat het college, indien naast de verzekeringnemer sprake is melding van overige verzekerden, de bestuursrechtelijke premie voor deze verzekerden op andere wijze in rekening wordt gebracht dan als bedoeld in artikel 2, lid 1 onder c;
  - f. dat het niet mogelijk is bezwaar aan te tekenen tegen een besluit over de verschuldigdheid van



de bestuursrechtelijke premie of de hoogte daarvan.

2. Het college laat de verzekeringnemer bij de mededeling, bedoeld in het eerste lid, weten dat, indien zijn inkomen voortvloeit uit één van de uitkeringen genoemd in artikel 6.5.1, eerste lid van de Regeling zorgverzekering het college de inhoudingsplichtige opdracht geeft daarop 100% van de tot een maandbedrag herleide standaardpremie in te houden. Het college laat de verzekeringnemer daarbij tevens weten hoe hij de overige 30% van de bestuursrechtelijke premie kan voldoen.
3. Als een verzekeringnemer naast zijn AOW-uitkering een aanvullend pensioen ontvangt dat toereikend is om 130% van de tot een maandbedrag herleide standaardpremie in te houden, deelt het college mee dat hij opdracht zal geven tot het inhouden van de bestuursrechtelijke premie op het aanvullend pensioen van de verzekerde.
4. Het college kan besluiten de heffing en inning van de bestuursrechtelijke premie te wijzigen. Het college zal de verzekeringnemer daarover tijdig berichten.

### **Artikel 3 De Inhouding door de inhoudingsplichtige**

1. Als een verzekeringnemer meerdere bronnen van inkomen heeft, zal het college uitsluitend de inhoudingsplichtige van wie de verzekeringnemer het hoogste inkomen ontvangt opdracht geven tot inhouding, mits dat inkomen toereikend is voor het voldoen van de maandelijkse bestuursrechtelijke premie.
2. Het college geeft de inhoudingsplichtige zo spoedig mogelijk na de melding door de zorgverzekeraar, bedoeld in artikel 18c, eerste lid, Zorgverzekeringswet, opdracht tot maandelijkse inhouding en afdracht van de bestuursrechtelijke premie ten laste van het inkomen van de verzekeringnemer. De inhoudingsplichtige draagt de maandelijkse inhouding binnen zes weken na de eerste dag van de maand waarop de bestuursrechtelijke premie betrekking heeft, af aan het college.
3. Het college zal uitzendorganisaties en daarmee vergelijkbare organisaties slechts aanschrijven als inhoudingsplichtige voor zover het gaat om werknemers die in een dienstverband staan met die organisaties, waaruit zij een maandelijks inkomen betrekken.
4. Het college zal geen opdracht tot inhouding geven op:
  - a. overlijdensuitkeringen;
  - b. de uitkering die het UWV krachtens de Ziektewet uitkeert, tenzij het om ziekengeld gaat dat in aansluiting op de WW-uitkering wordt uitgekeerd;
  - c. uitkeringen op grond van hoofdstuk IV van de Werkloosheidswet.
5. Het college geeft de inhoudingsplichtige opdracht tot inhouding van 100% van de tot een maandbedrag herleide standaardpremie indien het inkomen van de verzekeringnemer voortvloeit uit een van de uitkeringen bedoeld in artikel 6.5.1, eerste lid, Regeling zorgverzekering.
6. Indien de inhoudingsplichtige aan het college een verifieerbaar signaal geeft waaruit blijkt dat de verzekeringnemer geen inkomen meer van hem ontvangt, zal het college de inhoudingsplichtige zo spoedig mogelijk meedelen dat hij de opdracht tot inhouding van de bestuursrechtelijke premie intrekt. Het college zal gelijktijdig de verzekeringnemer over de intrekking informeren en daarbij meedelen op welke andere wijze de invordering van de bestuursrechtelijke premie wordt voortgezet.
7. Indien de inhoudingsplichtige het salaris of de uitkering per week uitbetaalt geeft het college opdracht tot inhouding van 130% van de tot een maandbedrag herleide standaardpremie omgerekend naar een bedrag dat per week kan worden ingehouden. De berekening van de weekpremie geschiedt door de standaardpremie te vermenigvuldigen met 130% en te delen door 21,75. Het resultaat is een dagpremie die wordt vermenigvuldigd met 5. De uitkomst is het per week in te houden bedrag en wordt afgerond op hele centen naar beneden.
8. Indien de inhoudingsplichtige het salaris of de uitkering per vier weken uitbetaalt geeft het college opdracht tot inhouding van 130% van de standaardpremie omgerekend naar een bedrag dat per vier weken kan worden ingehouden. De berekening van de vierwekelijkse premie geschiedt door de standaardpremie te vermenigvuldigen met 130% en te delen door 21,75. Het resultaat is de dagpremie en wordt vermenigvuldigd met 20. De uitkomst is het per vier weken in te houden bedrag en wordt afgerond op hele centen naar beneden.



#### **Artikel 4 De Inschakeling van het Centraal Justitieel Incassobureau (CJIB) bij incasso van de vordering op de wanbetaler**

1. Het college draagt de invordering van de bestuursrechtelijke premie op aan het CJIB:
  - a. indien duidelijk is dat het college geen opdracht zal geven tot inhouding aan een inhoudingsplichtige;
  - b. voor zover na toepassing van artikel 3 de bestuursrechtelijke premie niet of niet geheel is voldaan;
  - c. indien het bestuursrechtelijke premie betreft voor verzekerden, niet zijnde de verzekeringnemer.
2. Na overdracht van de invordering, bedoeld in het eerste lid, doet het college maandelijks opgave aan het CJIB welk bedrag het CJIB moet invorderen. Het CJIB stuurt vervolgens een acceptgiro waarmee de verzekeringnemer, de bestuursrechtelijke premie kan voldoen.
3. Bij uitblijven van betaling binnen 6 weken na verzending van de acceptgiro bedoeld in het tweede lid, stuurt het CJIB éénmalig een aanmaning tot betaling binnen twee weken na verzending van de aanmaning aan de verzekeringnemer. Daarbij zal het CJIB de verzekeringnemer namens het college aanzeggen dat het college de betaling, indien de betaling uitblijft, kan afdwingen door op kosten van de verzekeringnemer invorderingsmaatregelen uit te voeren.
4. Indien na toepassing van het derde lid de verzekeringnemer de bestuursrechtelijke premie niet heeft voldaan, gaat het college, via het CJIB, over tot invordering bij dwangbevel. Het dwangbevel kan betrekking hebben op meerdere bestuursrechtelijke maandpremies die niet zijn voldaan en op toekomstige vorderingen van verschuldigde bestuursrechtelijke maandpremies.
5. Het CJIB vordert namens het college de kosten van het betekenen en ten uitvoerleggen van het dwangbevel die bij het college in rekening worden gebracht, alsmede de wettelijke rente, bij de verzekeringnemer in.
6. Het CJIB kan het college adviseren de invordering te staken, omdat invordering gelet op de omstandigheden waarin de verzekeringnemer verkeert geen redelijk doel meer dient. Indien de invordering is gestaakt, zal het college een jaar daarna, het CJIB verzoeken de invordering opnieuw aan te vangen, tenzij de verzekeringnemer door de zorgverzekeraar is afgemeld bij het college.

#### **Artikel 5 De Invordering van de bestuursrechtelijke premie via de inhoudingsplichtige**

1. Indien de inhoudingsplichtige niet binnen zes weken na verzending van de opdracht tot inhouding en afdracht van de bestuursrechtelijke premie aan die opdracht voldoet, stuurt het college hem een aanmaning tot betaling binnen twee weken na verzending van de aanmaning. Daarbij zegt het college aan dat hij bij uitblijven van betaling deze kan afdwingen door op kosten van de inhoudingsplichtige invorderingsmaatregelen uit te voeren dan wel te laten uitvoeren.
2. Indien na de termijn van twee weken bedoeld in het eerste lid, geen afdracht heeft plaatsgevonden, zal het college tot invordering bij dwangbevel overgaan. Het dwangbevel kan betrekking hebben op meerdere bestuursrechtelijke maandpremies die niet door de inhoudingsplichtige zijn voldaan.

#### **Artikel 6 De eindafrekening voor de verzekeringnemer**

1. Het college stuurt zo spoedig mogelijk na ontvangst van de melding, bedoeld in artikel 18d, derde lid, Zorgverzekeringswet, de verzekeringnemer, een bericht dat deze de bestuursrechtelijke premie niet langer is verschuldigd. Hierbij vermeldt het college dat het niet mogelijk is tegen dit besluit bezwaar aan te tekenen.
2. Het college stuurt de verzekeringnemer, zo spoedig mogelijk na het bericht, bedoeld in het eerste lid, een eindafrekening, die ten minste omvat:
  - a. het saldo van aan het college af te dragen bestuursrechtelijke premie en reeds ontvangen bestuursrechtelijke premie;
  - b. de mededeling van het college dat de verzekeringnemer het saldo, bedoeld onder a, aan het college dient te betalen dan wel van het college terugontvangt.
3. Indien uit de eindafrekening blijkt dat er te veel bestuursrechtelijke premie is ingehouden betaalt het college het saldo binnen zes weken na vaststelling daarvan aan de verzekeringnemer uit.



4. Indien het college het saldo, bedoeld in het derde lid, niet binnen zes weken aan de verzekeringnemer heeft uitbetaald vergoedt het college wettelijke rente vanaf het einde van de termijn van zes weken na afmelding tot aan de dag van uitbetaling van het saldo.
5. In afwijking van het tweede lid schort het college de toezending van een eindafrekening op als de melding, bedoeld in het eerste lid, is gedaan in verband met het sluiten van een overeenkomst tot stabilisatie, bedoeld in artikel 18c, tweede lid, onderdeel d, van de Zorgverzekeringswet.
6. Het college maakt de opschorting, bedoeld in het vorige lid, ongedaan zodra de overeenkomst tot stabilisatie is beëindigd.

#### **Artikel 7 De invordering restschuld bij de verzekeringnemer**

1. Indien het college vaststelt dat de verzekeringnemer het saldo van de eindafrekening aan het college moet terugbetalen zal het college tot invordering van het saldo overgaan, tenzij het college aanleiding heeft om af te zien van het invorderen van het saldo van de eindafrekening.
2. Het college vordert bij de eindafrekening ten hoogste de standaardpremie in over de achterstallige maanden.
3. Betaling van het saldo geschiedt binnen zes weken na vaststelling van de eindafrekening.
4. Het college kan, in afwijking van het derde lid, een betaalvoorstel doen.
5. Indien de verzekeringnemer niet betaalt binnen de termijn bedoeld in het derde lid, dan wel zich niet houdt aan het betaalvoorstel bedoeld in het vierde lid, kan het college, voor zover de inning niet reeds eerder is overgedragen, de invordering overdragen aan het CJIB.
6. Het college zal de verzekeringnemer één keer aanmanen om binnen twee weken de betaling alsnog te doen, dan wel de termijnbetalingen alsnog te hervatten.
7. Indien na toepassing van de vorige leden de verzekeringnemer de bestuursrechtelijke premie niet alsnog heeft voldaan, gaat het college over tot invordering bij dwangbevel.
8. Het college zal de kosten van invordering en beslaglegging in verband met de invordering van het saldo op de eindafrekening bij de verzekeringnemer in rekening brengen.

#### **Artikel 8 Het afzien van invordering van de restschuld bij de verzekeringnemer**

Het college vordert het saldo van de eindafrekening niet in als:

- a. de verzekering is afgemeld door de zorgverzekeraar, omdat de verzekeringnemer deelneemt aan een schuldsaneringsregeling als bedoeld in artikel 18d, derde lid, onder b, van de Zorgverzekeringswet of een schuldregeling tot stand is gekomen als bedoeld in artikel 18d, derde lid, onder c, van de Zorgverzekeringswet;
- b. de verzekeringnemer is overleden; of
- c. het saldo van de eindafrekening minder dan 50 euro bedraagt.

#### **Artikel 9 De vaststelling van de restschuld bij de inhoudingsplichtige**

1. Het college stuurt gelijk met het bericht, bedoeld in artikel 6, eerste lid, aan de inhoudingsplichtige een bericht dat deze niet langer de bestuursrechtelijke premie hoeft in te houden en af te dragen.
2. Indien na de mededeling als bedoeld in het eerste lid, nog sprake is van een verschuldigde inhouding en afdracht, stuurt het college een bericht naar de inhoudingsplichtige, omvattende:
  - a. het saldo van aan het college af te dragen bestuursrechtelijke premie en reeds aan het college afgedragen bestuursrechtelijke premie;
  - b. de mededeling van het college dat de inhoudingsplichtige het saldo, bedoeld onder a, aan het college dient te;
  - c. de wijze van invordering van het saldo, bedoeld onder a.

#### **Artikel 10 De invordering van de restschuld bij de inhoudingsplichtige**

1. Het college vordert een negatief saldo van de eindafrekening bedoeld in artikel 9, tweede lid, niet bij de verzekeringnemer in maar bij de inhoudingsplichtige.
2. Indien het saldo van de eindafrekening positief is, stelt het college dit saldo aan de verzekering-





nemer betaalbaar. Het derde tot en met het zesde lid van artikel 6 zijn van overeenkomstige toepassing.

3. Indien het college vaststelt dat de inhoudingsplichtige het saldo van de eindafrekening aan het college moet betalen zal het college tot invordering hiervan overgaan.
4. Het college hanteert een betalingstermijn van zes weken na vaststelling van de eindafrekening.
5. Het college kan, in afwijking van het derde lid, een betaalvoorstel doen.
6. Indien de inhoudingsplichtige niet binnen de termijn bedoeld in het vierde lid het saldo heeft betaald, zal het college de invordering aan een derde overdragen.
7. Alvorens de invordering over te dragen aan een derde zal het college de inhoudingsplichtige één keer aanmanen om binnen twee weken de betaling alsnog te doen, dan wel de termijnbetalingen alsnog te hervatten.
8. Indien na toepassing van vorige leden de inhoudingsplichtige de bestuursrechtelijke premie niet alsnog heeft voldaan, gaat het college over tot invordering bij dwangbevel.
9. Het college zal de kosten van invordering en beslaglegging in verband met de invordering van het saldo op de eindafrekening verhalen op de inhoudingsplichtige.
10. Indien het saldo van de eindafrekening bedoeld in artikel 9, tweede lid, minder dan € 50 bedraagt zal het college niet tot invordering daarvan overgaan.

#### **Artikel 11 Werkafspraken**

Het college maakt zondig met het Centraal Justitieel Incassobureau, Vektis, het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen, de Belastingdienst, de Sociale Verzekeringsbank en zorgverzekeraars werkafspraken ten behoeve van de uitvoering van het bepaalde in de artikelen 18c tot en met 18f en 34a, van de Zorgverzekeringswet, en het bepaalde in de artikelen 3, 5, 9 en 10 van deze beleidsregels. Zo nodig kan daarbij van het bepaalde in deze beleidsregels worden afgeweken.

#### **Artikel 12 Citeertitel**

Deze beleidsregels worden aangehaald als: Beleidsregel inning bestuursrechtelijke premie Zorgverzekeringswet 2009.

#### **Artikel 13 Inwerkingtreding**

Deze beleidsregels treden in werking met ingang van 1 september 2009.

Deze beleidsregels worden met toelichting in de Staatscourant geplaatst.

*De Voorzitter Raad van Bestuur,  
P.C. Hermans.*



## TOELICHTING

### Algemeen

Met de invoering van de wijziging van de Zorgverzekeringswet, zoals vastgesteld bij de wet houdende maatregelen om ook wanbetalers voor hun zorgverzekering te laten betalen (TK, vergaderjaar 2008–2009, 31736), verder te noemen de 'Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering', heeft het College voor zorgverzekeringen (CVZ) er een nieuwe uitvoeringstaak bij gekregen. Kort gezegd komt het er op neer dat zorgverzekeraars op grond van artikel 18c van de Zorgverzekeringswet de verzekeringnemer die een premieschuld ter hoogte van zes maanden of meer heeft moet melden bij het CVZ. Vanaf dat moment vervalt de premieplicht aan de zorgverzekeraar. In plaats daarvan heft het CVZ bestuursrechtelijke premie. Het CVZ is verantwoordelijk voor de invordering van deze premie bij de verzekeringnemer. De bij de zorgverzekeraar opgebouwde schuld, die is opgebouwd tot de melding bij het CVZ, blijft de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar. Melding bij het CVZ betekent dus uitdrukkelijk niet dat het CVZ de schuld van de verzekeringnemer bij de zorgverzekeraar overneemt. De wetgever heeft het CVZ een aantal specifieke invorderingsinstrumenten gegeven.

Het belangrijkste instrument dat het CVZ krijgt is de mogelijkheid om direct op het inkomen van de verzekeringnemer de bestuursrechtelijke premie te laten inhouden. Het CVZ zal de werkgever, uitkeringsinstantie of het pensioenfonds van de verzekeringnemer benaderen met het verzoek om tot inhouding van de bestuursrechtelijke premie over te gaan. Het gaat niet om een vrijblijvend verzoek. De werkgever, uitkeringsinstantie of het pensioenfonds is verplicht om aan het verzoek te voldoen. Indien zij niet aan het verzoek voldoen worden zij zelf, in plaats van de verzekeringnemer jegens het CVZ verantwoordelijk voor de bestuursrechtelijke premie.

Naast het instrument van broninhouding op het inkomen, kan het CVZ ook de zorgtoeslag van de verzekeringnemer naar zich laten overmaken. Van dit instrument zal het CVZ in ieder geval in 2009 nog geen gebruik maken. Dit heeft zijn oorzaak in het feit dat het technisch bij de Belastingdienst nog niet mogelijk is om de zorgtoeslag naar het CVZ om te leiden (vergelijk ook de brief van de Staatssecretaris van Financiën d.d. 5 november 2008, kenmerk DGB/2008/5881 U aan de Tweede Kamer). Het CVZ zal de uitvoering van de 'wanbetalersregeling' en zijn beleidsregels aanpassen zodra de Belastingdienst de zorgtoeslag naar hem kan omleiden.

De wetgever heeft het CVZ de mogelijkheid gegeven om de invordering van de bestuursrechtelijke premie direct bij de verzekeringnemer te laten plaatsvinden. Het CVZ zal dat doen als de verzekeringnemer geen bron heeft waarop inhouding kan plaatsvinden. Het kan ook voorkomen dat de bron onvoldoende toereikend is om de bestuursrechtelijke premie op in te laten houden. Zo zal het CVZ bij de rechtstreekse invordering rekening moeten houden met de beslagvrije voet. Het kan ook zijn dat de uitkeringsinstantie inhoudingen op de uitkering pleegt die moeten voorgaan op de broninhouding in verband met de bestuursrechtelijke premie.

In die gevallen waar geen broninhouding mogelijk is, zal het CVZ de uitvoering van de invordering van de bestuursrechtelijke premie direct aan het Centraal Justitieel Incassobureau (CJIB) overdragen.

Het CVZ heeft daarbij de mogelijkheid om bij dwangbevel tot invordering over te gaan. Dit middel is uiteraard een ultimum remedium. Het CVZ kan daarmee zonder tussenkomst van de rechter uitvoering geven aan de vaststelling dat een verzekeringnemer een bestuursrechtelijke premie verschuldigd is, als blijkt dat hij die bestuursrechtelijke premie niet heeft voldaan.

Een deel van de wanbetalers heeft een uitkering. In die gevallen is de inhoudingsplichtige een uitkeringsinstantie. Voor de uitvoering bij zowel het CVZ als de uitkeringsinstantie is het efficiënt én effectief om voor de opdrachten tot starten en stoppen van de broninhouding, alsmede over het resultaat van de inning zelf specifieke werkafspraken te maken. Het CVZ zal daarbij tot geautomatiseerde informatie-uitwisseling met de uitkeringsinstanties overgaan. De SVB en het UWV zijn de ketenpartners in dit veld. Het streven is om met een samenwerkingsverband van de vier grote gemeenten, eveneens tot dergelijke ketensamenwerking te komen. Met individuele werkgevers of groepen van werkgevers zijn dergelijke afspraken minder goed te maken. Dit wordt vooral veroorzaakt door de diversiteit van systemen die bij hen in gebruik zijn.

Te verwachten is dat bij inwerkingtreding van de wijziging van de Zorgverzekeringswet de zorgverzekeraars niet alle op dat moment bekende wanbetalers in één keer bij het CVZ zullen aanmelden. De zorgverzekeraars dienen immers een zorgvuldige voorprocedure te volgen en hebben een beperkte uitvoeringscapaciteit. Ook het CVZ streeft een zorgvuldige invoering na en heeft een ingeschatte verwerkingscapaciteit voor ca. 25.000 aanmeldingen per maand. Het CVZ zal de bestuursrechtelijke premie nooit met terugwerkende kracht innen als de melding van de zorgverzekeraar ziet op een datum in het verleden.



## Artikelsgewijs

### Artikel 1

Onder 'structurele wanbetaler' wordt in het hiernavolgende verstaan: een verzekeringnemer die ter zake van een door hem gesloten zorgverzekering een premieachterstand van zes of meer maandpremies heeft laten ontstaan. Een verzekeringnemer kan op zo'n verzekering zichzelf verzekerd hebben en / of een ander. Om die reden wordt in de beleidsregels de formulering die de Zorgverzekeringswet ook gebruikt toegepast: een verzekeringnemer en, indien deze een andere is dan de verzekeringnemer, de verzekerde. Echter daar waar het de inning van en berichtgeving over de bestuursrechtelijke premie betreft richt het CVZ zich alleen op de verzekeringnemer.

Om de melding van een wanbetaler door een zorgverzekeraar aan het CVZ te kunnen verwerken heeft het CVZ persoonsgegevens nodig. De wet verplicht het CVZ om met de zorgverzekeraars op basis van het burgerservicenummer te communiceren. Daarnaast heeft het CVZ NAW-gegevens nodig. Daarmee kan het CVZ de wanbetaler aanschrijven. Het CVZ kan deze gegevens uit de GBA betrekken, maar zal deze gegevens ook bij de zorgverzekeraars opvragen. Tegelijk met het vaststellen van deze beleidsregels zal het CVZ ook de Regeling elektronisch gegevensverkeer Zorgverzekeringswet wijzigen. De zorgverzekeraars zijn op basis van die regeling verplicht om de daar genoemde gegevens aan het CVZ te leveren op de in die regeling beschreven wijze. De gegevens waar het CVZ in die regeling om zal vragen zijn met name de NAW-gegevens, de geboortedatum, het burgerservicenummer en de ingangsdatum van de verzekering van de verzekerde, alsmede de datum waarop de premieschuld van zesmaandpremies, bedoeld in artikel 18c, eerste lid Zorgverzekeringswet is bereikt.

Het CVZ toetst marginaal of de melding door de zorgverzekeraar correct is. Het CVZ doet dat door de leeftijd van de gemelde verzekeringnemer te controleren. Is de verzekerde jonger dan 18 jaar en zes maanden, dan kan er bij zijn verzekering per definitie geen sprake zijn van structurele wanbetaling. Een in de toekomstliggende ingangsdatum van structurele wanbetaling is evenmin mogelijk. Als de verzekerde minder dan een half jaar verzekerd is bij de meldende zorgverzekeraar is er ook geen sprake van een wanbetaler die bij het CVZ gemeld kan worden.

Bij constatering van dubbele verzekering ontvangt de tweede meldende zorgverzekeraar bericht dat de betrokkene reeds is aangemeld. Het is aan de beide zorgverzekeraars om de melding van de wanbetaler bij het CVZ te heroverwegen. Aan de zorgverzekeraars wordt in overweging gegeven om de verzekeringnemer te adviseren één van de twee verzekeringen op te zeggen.

Ten slotte heeft het CVZ de gegevens van de zorgverzekeraar ook nodig voor de uitvoering van artikel 34a van de Zorgverzekeringswet. Daarin is geregeld dat het CVZ de zorgverzekeraars compenseert voor het feit dat zij de gemelde verzekeringnemers en hun eventuele verzekerden in de verzekering houden. Voor deze compensatie stelt het CVZ separate beleidsregels vast.

Het CVZ en de zorgverzekeraars zullen voor informatie-uitwisseling in verband met de melding (en afmelding) van de wanbetalers gebruik maken van SA-Z. Daarbij wordt gebruik gemaakt van reeds bestaande infrastructurele voorzieningen en uitwisselingstandaarden. Dat laat onverlet dat de zorgverzekeraar zelf verantwoordelijk blijft voor de kwaliteit (van de aanlevering) van de gegevens die het CVZ nodig heeft om de melding van de wanbetaler te verwerken. Als het CVZ onvolledige of onjuiste gegevens ontvangt zal het CVZ de melding retourneren. Het is daarmee duidelijk dat van de zorgverzekeraars verwacht mag worden zorgvuldig met de melding (en afmelding) van de wanbetalers om te gaan. Immers zodra het CVZ de melding heeft ontvangen zijn daar grote consequenties voor de betrokken verzekeringnemer aan verbonden. Het CVZ moet op de gegevens van de zorgverzekeraar afgaan en daarmee is de verzekeringnemer die als wanbetaler wordt gemeld dus ook afhankelijk van de kwaliteit van de melding door de zorgverzekeraar. Het is om die reden dat het CVZ artikel 92 van de Zorgverzekeringswet mede ten grondslag legt aan deze regeling. Zorgverzekeraars zijn verplicht zich te houden aan de afspraken over gegevensaanlevering. De NZa zal door het CVZ van informatie over de kwaliteit en tijdigheid van de door zorgverzekeraars aangeleverde gegevens kunnen worden voorzien.

In de Memorie van Toelichting op artikel 18d, eerste lid, van de wet staat dat het CVZ voorziet in een marginale toets alvorens de melding van de wanbetaler in behandeling te nemen. Het CVZ heeft in het vierde lid van artikel 1 van deze beleidsregels weergegeven wat die marginale toets inhoudt. De beschreven situaties, zijn situaties die op grond van de wet niet mogen voorkomen bij melding en die voor het CVZ ook als zodanig eenvoudig controleerbaar zijn, als de zorgverzekeraar zich houdt aan de eisen die het CVZ aan hem stelt bij de gegevensaanlevering voor de melding.

Verder zij opgemerkt dat uit artikel 18c van de Zorgverzekeringswet reeds voortvloeit dat een zorgverzekeraar de melding niet met terugwerkende kracht kan doen. De zorgverzekeraar zal in het algemeen de melding doen op het moment dat de premievervaldag van de laatste termijn voor het ontstaan van de zesmaandschuld is verstreken. Als de melding veel later plaatsvindt zal de zorgverzekeraar zijn recht op compensatie over het verleden verliezen. Dit is alleen anders als de zorg-



verzekeraar later meldt, omdat de verzekeringnemer de verzekerde de zesmaandschuld betwist.

## Artikel 2

Het CVZ zal de verzekeringnemer die bij hem is gemeld direct informeren over de consequenties daarvan. Op grond van artikel III van de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering wordt de bijlage bij de Algemene wet bestuursrecht gewijzigd. Uit die wijziging volgt dat het niet mogelijk is bezwaar en beroep aan te tekenen tegen een besluit van het CVZ over de verschuldigdheid van bestuursrechtelijke premie of de hoogte daarvan. Het CVZ zendt na de melding door de zorgverzekeraar een besluit naar de wanbetaler. Tegen dit besluit kan dan slechts bezwaar worden aangetekend voor zover het besluit ziet op de mededeling dat het CVZ de bijdrage middels broninhouding op de betrokkene zal verhalen of een andere manier van innen zal toepassen. Tegen de vaststelling dat iemand wanbetaler is staat bij het CVZ geen rechtsgang open. Tegen de wijze waarop het CVZ de bestuursrechtelijke premie invordert wel. Het is de voor de verzekeringnemer overigens wel mogelijk een geschil bij de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) of de burgerlijke rechter aanhangig te maken tegen het feit dat zijn zorgverzekeraar hem als wanbetaler aanmerkt in verband met de bij die zorgverzekeraar openstaande schuld. Het CVZ verwijst hier naar de toelichting op de 'Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering' die hier uitgebreid op ingaat.

Het CVZ zal nadat de wanbetaler is gemeld direct onderzoeken of het innen van de bestuursrechtelijke premie middels broninhouding een mogelijkheid is. In de meeste gevallen zal het CVZ dat op eenvoudige wijze kunnen doen door uitwisseling van gegevens met de polisadministratie van het UWV. Als het CVZ onvoldoende informatie heeft om een broninhouder te verzoeken tot inhouding over te gaan, dan zal het CVZ de bestuursrechtelijke premie op een andere wijze van de wanbetaler vorderen. Het streven is om de wanbetaler zo veel mogelijk met één beschikking te informeren. Het is echter niet altijd mogelijk om alle benodigde informatie tijdig beschikbaar te hebben, zodat het CVZ het besluit over de wijze van invorderen van de bestuursrechtelijke premie ook separaat kan afgeven. Overigens kunnen zich situaties voordoen waarbij de wanbetaler bijvoorbeeld van werkgever wisselt. In die gevallen zal het CVZ de wanbetaler zo spoedig mogelijk informeren dat de broninhouding op de nieuwe inkomensbron van de wanbetaler zal plaatsvinden.

## Artikel 3

Om de uitvoering niet te gecompliceerd te maken zal het CVZ broninhouding alleen bij de hoogste inkomensbron uitvoeren. In de praktijk zal de opdracht tot broninhouding alleen plaatsvinden als die bron voldoende toereikend is om de gehele bestuursrechtelijke premie te voldoen. Indien de bron ontoereikend is, is het uit oogpunt van efficiency en het beperkt houden van de administratieve lastendruk op het bedrijfsleven aangewezen om geen broninhouding toe te passen. Het CVZ zal in dergelijke gevallen de bestuursrechtelijke premie innen door middel van acceptgiro's. Het bepaalde in artikel 4 van deze regeling is dan van toepassing.

Niet alleen de wanbetaler zelf ontvangt van het CVZ een besluit over het feit dat het CVZ de bestuursrechtelijke premie middels broninhouding zal invorderen. Ook de werkgever of uitkeringsinstantie die de bestuursrechtelijke premie aan het Zorgverzekeringsfonds moet overmaken ontvangt daarover van het CVZ een besluit. Salarissen worden in zijn algemeenheid maandelijks betaald, de bestuursrechtelijke premie is eveneens per maand verschuldigd. Op deze manier kunnen werkgevers op zo eenvoudig mogelijke wijze in hun salarissystemen de afdracht van de bestuursrechtelijke premie verwerken. Het CVZ sluit in zijn beleidsregels aan op de bepalingen van de vierde tranche van de Algemene wet bestuursrecht. Om die reden is opgenomen dat de afdracht binnen zes weken moet plaatsvinden. Werkgevers of uitkeringsinstanties die geen maandelijks uitbetaalfrequentie hebben, worden tegelijk met het besluit van informatie voorzien hoe dan te handelen.

Om praktische redenen zal het CVZ uitzendorganisaties en andere organisaties die werknemers in uitzendverband salaris betalen voor die werknemers niet aanschrijven als inhoudingsplichtige. De dienstverbanden zijn te kort en de inkomsten te onregelmatig om op een efficiënte manier broninhouding toe te passen. In deze gevallen zal het CVZ artikel 4 van de beleidsregels toepassen. Voor werknemers die een dienstverband hebben met deze organisaties dat niet op uitzendbasis is (zoals medewerkers die als vaste medewerker voor de uitzendorganisatie zelf werken) zal het CVZ de uitzendorganisatie als werkgever uiteraard wel aanschrijven.

Het CVZ geeft de broninhouder (inhoudingsplichtige) een beschikking met de opdracht het inhouden van bestuursrechtelijke premie stop te zetten als de broninhouder het CVZ verifieerbaar over het einde van het dienstverband informeert. De betrokken verzekeringnemer zal hierover eveneens een bericht van het CVZ ontvangen. Als het CVZ tijdig informatie over een nieuw dienstverband ontvangt zal het CVZ de nieuwe werkgever berichten over de broninhouding. Het CVZ is daarbij afhankelijk van de



polisadministratie van het UWV. De verwerkingsnelheid van gewijzigde dienstverbanden in die polisadministratie kan er toe leiden dat de broninhoudding tijdelijk niet kan plaatsvinden. In die gevallen zal het CVZ artikel 4 van deze beleidsregels toepassen.

#### **Artikel 4**

Het CVZ zal de invordering van de bestuursrechtelijke premie die na toepassing van artikel 3 niet middels broninhoudding kan plaatsvinden overdragen aan het Centraal Justitieel Incassobureau (CJIB). Het CJIB heeft de capaciteit en deskundigheid om op eenvoudige wijze de incasso ter hand te nemen. Incasso zal in eerste instantie middels maandelijks acceptgiro's plaatsvinden. Indien op deze acceptgiro's geen betaling aan het CVZ volgt zal het CJIB na zes weken een éénmalig aanmaning aan de betrokken verzekeringnemer sturen.

De vordering van het CVZ kan snel oplopen indien betaling van de bestuursrechtelijke premie door de verzekeringnemer uitblijft. Het CVZ zal daarom al na het uitblijven van de eerste betaling overgaan tot een dwangbevelprocedure. De Zorgverzekeringswet geeft het CVZ de mogelijkheid om bij beslaglegging ook voor toekomstige te vervallen premies beslag te laten leggen. Het CVZ zal van die mogelijkheid gebruik maken als het dwangbevel wordt uitgevaardigd. Het CJIB zal de werkzaamheden namens het CVZ laten uitvoeren door deurwaarders die door het CJIB zijn gecontracteerd. De standaard normen en eisen die het CJIB aan deurwaarders voor alle CJIB werkzaamheden stelt, zijn hier ook van toepassing. Het CVZ zal de kosten van de deurwaarder dan eveneens op de verzekeringnemer laten verhalen. De kosten van het CJIB, waaronder de kosten van de aanmaning, zijn niet voor rekening van de verzekeringnemer. Pas bij overdracht naar de deurwaarder worden er kosten gemaakt die voor rekening van de wanbetaler zijn.

Het kan zijn dat na onderzoek door het CJIB en een eerste dwangbevel blijkt dat de bestuursrechtelijke premie op geen enkele manier op de betrokken verzekeringnemer valt te verhalen. Het is dan niet zinvol om het CJIB door te laten gaan met het inzetten van zware incassomiddelen. Omdat de verschuldigdheid van de bestuursrechtelijke premie wel blijft doorlopen zullen nog wel acceptgiro's aan de betrokken verzekeringnemer worden verzonden. Na een jaar wordt opnieuw onderzocht of het mogelijk is bestuursrechtelijke premie bij de betrokkene in te vorderen.

#### **Artikel 5**

De inhoudingsplichtige die geen gevolg geeft aan de opdracht tot broninhoudding, wordt zelf verantwoordelijk voor de achterstallige bestuursrechtelijke premie. Het CVZ zal de niet ingehouden bijdragen direct op de inhoudingsplichtige verhalen. Bij de invordering en aanmaning van de inhoudingsplichtige zal het CVZ in beginsel van andere incasso-instanties gebruikmaken. Het is de inhoudingsplichtige op grond van artikel 18d, vierde lid, van de Zorgverzekeringswet niet toegestaan deze bestuursrechtelijke premie achteraf nog op de verzekeringnemer te verhalen.

#### **Artikel 6**

Het CVZ zal de verzekeringnemer middels een besluit informeren dat hij niet langer een bestuursrechtelijke premie aan het CVZ verschuldigd is. Het is op grond van artikel III van de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering niet mogelijk hiertegen bezwaar aan te tekenen. Als de verzekeringnemer is afgemeld zal het CVZ de balans opmaken van (nog niet) voldane bestuursrechtelijke premie. Voor zover die premie niet middels broninhoudding zou worden ingehouden is de verzekeringnemer hiervoor verantwoordelijk. Indien uit de eindafrekening van het CVZ blijkt dat er nog een bedrag open staat zal het CVZ dit bedrag in beginsel bij de verzekeringnemer invorderen. Blijkt dat er te veel door de verzekeringnemer is afgedragen dan zal het CVZ in die situatie, onder vergoeding van de wettelijke rente, tot terugbetaling van het teveel betaalde overgaan. Tegen de eindafrekening van het CVZ en de wijze waarop het CVZ een eventueel saldo invordert is het wel mogelijk bezwaar aan te tekenen.

Indien de verzekeringnemer door de zorgverzekeraar is afgemeld, omdat de verzekeringnemer een stabilisatieovereenkomst heeft gesloten, schort het CVZ de afgifte van een eindafrekening op tot dat de stabilisatieovereenkomst is beëindigd. Indien de stabilisatieovereenkomst uitmondt in een regeling tot aflossing van de schulden van de verzekeringnemer, kan het CVZ dat feit betrekken bij de eindafrekening. Immers in dat geval boekt het CVZ de restschuld af (vergelijk artikel 8 van deze beleidsregels). Als de stabilisatieovereenkomst eindigt zonder dat een schuldregeling tot stand is gekomen, zal de zorgverzekeraar de verzekeringnemer, met een grote mate van waarschijnlijkheid, opnieuw bij het CVZ aanmelden. Het is vanuit administratief oogpunt dan gewenst dat het CVZ de bestuursrechtelijke premie op dezelfde voet zal kunnen innen. De restschuld die tot dan toe door de verzekeringnemer is opgebouwd blijft dan staan.



## Artikel 7

Voor de invordering van het eindsaldo na afmelding heeft de wetgever het CVZ wel de mogelijkheid van het toepassen van een dwangbevel gegeven maar verder geen bijzondere invorderingsinstrumenten. Het CVZ zal het eindsaldo van de eindafrekening dus niet via broninhouding of zorgtoeslag invorderen. Het CVZ zal, alvorens tot invordering over te gaan, het eindsaldo van de afrekening zodanig aanpassen dat de resterende schuld nog maximaal de standaardpremie is vermenigvuldigd met het aantal openstaande maanden dat de bestuursrechtelijke premie niet is voldaan. Het CVZ acht dit redelijk. De bestuursrechtelijke premie bedraagt 130% van de standaardpremie. De hoogte van de bestuursrechtelijke premie vormt een prikkel om de maandelijkse betaling van nominale premie aan de zorgverzekeraar te voldoen. De hoogte van de bestuursrechtelijke premie dient geen doel meer als de verzekeringnemer aan zijn betalingsverplichtingen jegens de zorgverzekeraar heeft voldaan. In situaties dat een verzekeringnemer weer met een schone lei bij zijn zorgverzekeraar kan beginnen, kan het verminderen van de nog openstaande schuld bij het CVZ hem daarbij helpen. Daarom verlaagt het CVZ het saldo van de nog niet betaalde bestuursrechtelijke premie met 30%. Verder is in artikel 8 van deze regeling bepaald in welke situaties het CVZ volledig af zal zien van invordering van de restschuld bij het CVZ.

## Artikel 8

Het CVZ boekt het saldo van de eindafrekening dat minder bedraagt dan € 50 af. Het CVZ zal in die gevallen niet tot invordering overgaan, omdat de kosten daarvan niet opwegen tegen de baten. Het CVZ zal niet tot invordering van het saldo van de eindafrekening overgaan als de wanbetaler als gevolg van het treffen van een schuldsaneringsregeling is afgemeld. In dat geval kan het alsnog invorderen van de eindafrekening namelijk op gespannen voet komen te staan met het voldoen aan de eisen van de schuldsaneringsregeling. Het is dan van groter belang dat de verzekeringnemer zijn nominaal verschuldigde zorgverzekeringspremie blijft voldoen aan de zorgverzekeraar en niet opnieuw in het regiem van de bestuursrechtelijke premies terecht komt. Als een verzekeringnemer is overleden en hij om die reden bij het CVZ wordt afgemeld zal het CVZ een eventueel openstaand saldo op de eindafrekening niet op zijn erven verhalen.

## Artikel 9

Als er sprake is van een inhoudingsplichtige dan zal het CVZ deze een eindafrekening sturen als de verzekeringnemer wordt afgemeld. Als blijkt dat de inhoudingsplichtige niet alle in te houden bedragen aan het CVZ heeft overgemaakt zal er een eindsaldo op de eindafrekening verschijnen waarvoor de inhoudingsplichtige verantwoordelijk blijft richting het CVZ. Het CVZ zal in zo'n geval niet tot invordering op de verzekeringnemer kunnen overgaan, maar zal de inhoudingsplichtige aanspreken op het niet nakomen van zijn verplichtingen tot inhouding. De inhoudingsplichtige had de bestuursrechtelijke premie op het inkomen van de verzekeringnemer kunnen inhouden. Slechts wanneer de vordering minder dan 50 euro bedraagt zal het CVZ het eindsaldo op de eindafrekening afboeken (vergelijk artikel 10).

## Artikel 10

Artikel 10 regelt de wijze waarop het CVZ het saldo op de eindafrekening voor de inhoudingsplichtige bepaalt.

Het CVZ maakt met de uitkeringsinstanties UWV en de SVB afspraken over de wijze waarop bronheffing voor alle partijen zo efficiënt mogelijk kan worden uitgevoerd. De omvang van het aantal wanbetalers dat een uitkering van deze instanties ontvangt, is zodanig dat een gestructureerde samenwerking en afspraken noodzakelijk zijn.

Het CVZ legt de afspraken met het UWV en de SVB in een convenant vast.

Het is onmogelijk om met alle (potentiële) broninhouders in Nederland afspraken over de broninhouding te maken. De omvang van het aantal wanbetalers per individuele inhoudingsplichtige, dat via die inhoudingsplichtige een inkomen betreft is daarvoor te gering. De afspraken met UWV en SVB zullen voornamelijk zien op een geautomatiseerde wijze van bronheffing. De aanpak en eindafrekening bij het UWV en de SVB is om die reden anders dan bij de overige inhoudingsplichtigen. Zie hierover ook artikel 11.

## Artikel 11

De werkafspraken met de in dit artikel genoemde instanties hebben vooral betrekking op de wijze waarop gegevensuitwisseling langs geautomatiseerde weg plaatsvindt en de vastlegging daarvan in een convenant of Service Level Agreement (SLA). Ook biedt een dergelijk convenant of SLA waarborgen dat werking van de systemen, inrichting van de processen en procedures zodanig zijn dat



---

uitvoering van de afgesproken werkzaamheden kwalitatief onbetwist is, alsmede volledig en tijdig plaatsvindt.

Het CVZ streeft er naar om met uitkeringsorganisaties in het publieke domein te komen tot geautomatiseerde gegevensverwerking. Het gaat daarbij om de opdrachten tot bronheffing die het CVZ geeft en de afdrachten van de bestuursrechtelijke premies aan het CVZ, voor zover het wanbetalers betreft die een uitkering ontvangen. De reden hiervoor is dat bij een relatief klein aantal uitkeringsinstanties veel wanbetalers een inkomen genieten. Voor zowel het CVZ als de uitkeringsinstantie is dan langs geautomatiseerde weg een effectieve en efficiënte uitvoering te realiseren. Anders is het voor wanbetalers die werkzaam zijn bij de uitkeringsinstantie zelf. Voor hen behandelt het CVZ de betreffende instantie als elke andere werkgever die een opdracht tot broninhouding krijgt.

*De Voorzitter Raad van Bestuur,  
P.C. Hermans.*



## Beleidsregels aanmelding stuwmeer wanbetalers van de nominale premie Zorgverzekeringswet 2009/2010

25 augustus 2009

Het College voor Zorgverzekeringen,

Gelet op artikel 18a tot en met 18f, en 34a van de Zorgverzekeringswet, artikel 3.23 en 6.5.4 van de Regeling zorgverzekering alsmede artikel II van de regeling van 19 juli 2009 tot wijziging van de Regeling zorgverzekering (Staatscourant 31 juli 2009, nr. 11534);

Heeft in zijn vergadering van 25 augustus 2009 besloten:

### Artikel 1 Aanleverschema bestaande wanbetalers

1. Een zorgverzekeraar verricht de meldingen bedoeld in artikel II, eerste lid, van de regeling van 19 juli 2009 tot wijziging van de Regeling zorgverzekering volgens het volgende schema:

Maand	Zorgverzekeraar(s)
September 2009	Onderlinge Waarborgmaatschappij Azivo Zorgverzekeraar u.a.
November 2009	Onderlinge Waarborgmaatschappij Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A.
December 2009	Onderlinge Waarborgmaatschappij Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A.
Januari 2010	Onderlinge Waarborgmaatschappij Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A., Uvit <sup>1</sup>
Februari 2010	Uvit, Agis Zorgverzekeringen N.V.
Maart 2010	Agis Zorgverzekeringen N.V.
April 2010	Agis Zorgverzekeringen N.V., Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a., Onderlinge Waarborgmaatschappij DSW Zorgverzekeraar U.A.
Mei 2010	Onderlinge Waarborgmaatschappij De Friesland Zorgverzekeraar U.A., Onderlinge Waarborgmaatschappij Menzis Zorgverzekeraar U.A.
Juni 2010	Onderlinge Waarborgmaatschappij Menzis Zorgverzekeraar U.A.
Juli 2010	Salland Zorgverzekeraar N.V., Achmea Zorgverzekeringen N.V.
Augustus 2010	Achmea Zorgverzekeringen N.V.
September 2010	Achmea Zorgverzekeringen N.V.

<sup>1</sup> Bestaande uit de toegelaten zorgverzekeraars: IZA Zorgverzekeraar, Trias Zorgverzekeraar, Univé Zorg, Univé Zorgverzekeraar en VGZ Zorgverzekeraar.

2. Een zorgverzekeraar verricht per maand tot een maximum van 25.000 meldingen als bedoeld in het eerste lid.
3. Een zorgverzekeraar verricht de meldingen, bedoeld in het eerste lid, uiterlijk op de drieëntwintigste dag van de betreffende maand.
4. Het college maakt met de zorgverzekeraars die volgens het schema genoemd in het eerste lid, gedurende twee opeenvolgende maanden of meer aanleveren, nadere afspraken over de aan te leveren hoeveelheid meldingen en de gelijkmatige en gespreide aanlevering gedurende die maanden.

### Artikel 2 Eerder gereed om wanbetalers aan te melden

1. De zorgverzekeraar kan het college een gereedverklaring aanbieden. Met de aanbieding van de gereedverklaring verzoekt de zorgverzekeraar het college om vast te stellen dat hij in staat is te voldoen aan het gestelde bij de artikelen 18a, 18b en 18c van de Zorgverzekeringswet in verband met het bepaalde in artikel 3.23, tweede lid, Regeling zorgverzekering.
2. Bij het verzoek bedoeld in het eerste lid, dient de zorgverzekeraar een bestuursverklaring in, die voldoet aan de eisen die zijn vastgelegd in het model, opgenomen in bijlage 1 bij deze beleidsregels.
3. Met de gereedverklaring verklaart de zorgverzekeraar te voldoen aan het programma van eisen, opgenomen in bijlage 2 bij deze beleidsregels.





4. Met de gereedverklaring stuurt de zorgverzekeraar documentatie mee op grond waarvan het college in staat wordt gesteld de gereedverklaring te toetsen aan het programma van eisen opgenomen in bijlage 2 bij deze beleidsregels.

### **Artikel 3 Beslissing op gereedverklaring**

1. Het college doet de vaststelling, bedoeld in artikel 2, eerste lid, binnen ten hoogste dertig dagen na ontvangst van de gereedverklaring.
2. Voorafgaand aan de vaststelling, bedoeld in het vorige lid, wordt door of namens het college een audit uitgevoerd op de getrouwheid van de gereedverklaring. Daarbij toetst het college ook de door de zorgverzekeraar meegezonden documentatie, bedoeld in artikel 2, vierde lid.
3. Het college legt de uitkomsten van de audit schriftelijk vast in een auditrapportage en stuurt deze ter kennisneming aan de zorgverzekeraar.
4. Het college betreft de auditrapportage bij de vaststelling, bedoeld in artikel 2, eerste lid.
5. De vaststelling, bedoeld in artikel 2, eerste lid, werkt terug tot en met de datum waarop de gereedverklaring bij het college is ontvangen.

### **Artikel 4 Citeertitel**

Deze beleidsregels worden aangehaald als: Beleidsregels aanmelding stuwmeer wanbetalers van de nominale premie Zorgverzekeringswet 2009/2010.

### **Artikel 5 Inwerkingtreding**

Deze beleidsregels treden in werking met ingang van 1 september 2009.

Deze beleidsregels worden met toelichting in de Staatscourant geplaatst.

*De Voorzitter Raad van Bestuur,  
P.C. Hermans.*



## TOELICHTING

### Algemeen

De Wet tot wijziging van de Zorgverzekeringswet en de Wet op de zorgtoeslag, houdende maatregelen om ook wanbetalers voor hun zorgverzekering te laten betalen (structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering, hierna te noemen: Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering) bevat maatregelen om wanbetalers alsnog voor hun zorgverzekering te laten betalen. Daartoe wordt, nadat de premieachterstand een hoogte van zes maandpremies heeft bereikt, de verplichting om de nominale premie aan de zorgverzekeraar te betalen omgezet in de verplichting om een bestuursrechtelijke premie ter hoogte van 130% van de standaardpremie, bedoeld in de Wet op de zorgtoeslag, aan het College voor zorgverzekeringen (CVZ) te betalen. Het CVZ legt de bestuursrechtelijke premie op en is verantwoordelijk voor de inning ervan. De zorgverzekeraar blijft zelf verantwoordelijk voor het incasseren van de nominale premie over de eerste zes maanden. Het CVZ neemt dus uitdrukkelijk niet de al bestaande vordering van de zorgverzekeraar op de wanbetaler over.

Om deze uitvoering mogelijk te maken, melden de zorgverzekeraars de betreffende burgers, na een premieachterstand van zes maanden, aan bij het CVZ. Vanaf dat moment staakt de zorgverzekeraar de prolongatie van opkomende nominale premie; het is immers het CVZ dat vanaf dan de (bestuursrechtelijke) premie oplegt.

Zonder nadere maatregelen zouden de verzekeraars een inkomstenderving hebben, aangezien de premie niet meer door hen geprolongeerd wordt. Om hieraan tegemoet te komen zijn in de wet en de Regeling zorgverzekering bepalingen opgenomen die voorzien in de financiële compensatie van zorgverzekeraars voor deze derving. Uitgangspunt van die bepalingen is dat de zorgverzekeraar niet meer dan zes maanden zelf het financiële risico van wanbetaling draagt; de aanmelding en compensatie vindt dan ook eerst na zes maanden premieachterstand plaats. Bij gelegenheid van deze wijzigingen in de regelgeving zijn de reeds bestaande compensatiebepalingen onder meer materieel aangepast. De wijziging houdt in dat de bestaande compensatie wordt verhoogd van het niveau van de nominale rekenpremie (oud) naar het niveau van de standaardpremie (nieuw). Deze – hogere – compensatie geldt in beginsel vanaf het moment dat de verzekerde als wanbetaler bij het CVZ wordt aangemeld en bestuursrechtelijke premie verschuldigd is.

Voor wanbetalers die voor de datum van inwerkingtreding van de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering al een premieschuld van zes of meer maandpremies hadden (de bestaande gevallen), ontving de zorgverzekeraar al een compensatiebijdrage op grond van artikel 3.24 van het Besluit zorgverzekering en artikel 3.23 van de Regeling zorgverzekering (verder 'oude' compensatiebijdrage genoemd). Oorspronkelijk was het de bedoeling dat alle verzekeraars hun bestaande gevallen direct vanaf de datum van inwerkingtreding van de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering in enkele maanden tijd bij het CVZ zouden aanmelden. Gedurende een korte overgangperiode zouden alle bestaande gevallen dan worden overgedragen en zouden de zorgverzekeraars tot het moment van melding de oude compensatiebijdrage ontvangen, en na de melding de hogere bijdrage ontvangen. Aldus was er voor de zorgverzekeraars een prikkel gecreëerd om hun bestaande gevallen zo snel mogelijk aan te melden.

Gebleken is echter dat deze periode voor verzekeraars te kort is, en dat zij nog niet allemaal in staat zijn om de bestaande gevallen al vanaf de datum van inwerkingtreding van die wet aan te melden. Bovendien blijkt het aantal wanbetalers dat nu al een premieachterstand van zes of meer maanden heeft, groter dan verwacht. En zo de zorgverzekeraars wel in staat zouden zijn om massaal de bestaande gevallen te melden bij het CVZ, dan zou het CVZ geconfronteerd worden met aanzienlijk meer dan 25.000 meldingen per maand, zijnde het maximum aantal voor een verantwoorde verwerking in het bestuursrechtelijke premieregime.

Om bovenstaande problemen te voorkomen, heeft het CVZ na een inventarisatie onder de zorgverzekeraars, per zorgverzekeraar afgesproken in welke maanden vanaf 1 september 2009 zij hun (structurele) wanbetalers zullen aanmelden. Daarbij is er telkens op gelet dat de zorgverzekeraars die in een bepaalde maand aan de beurt zijn, ook daadwerkelijk in staat zijn hun bestaande gevallen te melden (met inbegrip van de voorafgaand daaraan te verzenden tweede- en vierdemaandsbrief) en dat het totaal aantal meldingen dat het CVZ per maand zal ontvangen niet meer dan 25.000 zal bedragen. De aanmeldingen zullen dan gefaseerd bij het CVZ binnenkomen vanaf 1 september 2009.

In overleg tussen VWS, Zorgverzekeraars Nederland en het CVZ is vervolgens voor de compensatiebijdrage tot een nieuwe overgangsregeling besloten, die er – voor zover hier relevant – inhoudelijk als volgt uit ziet:

1. Het CVZ stelt een schema op waarin staat welke verzekeraars hun bestaande gevallen in welke maanden dienen te melden. Vanaf de eerste dag van de maand volgende op de melding, ontvangt



- de zorgverzekeraar voor iedere aangemelde structurele wanbetaler niet meer de oude compensatiebijdrage van artikel 3.23, maar de nieuwe, in artikel 6.5.4 geregelde, hogere compensatiebijdrage (artikel II, derde lid).
2. Het is mogelijk dat een zorgverzekeraar eerder tot melden van zijn bestaande gevallen in staat is dan het schema van het CVZ hem toestaat. In dat geval zou het niet rechtvaardig zijn, hem louter om die reden de hogere compensatiebijdrage te onthouden. Daarom kan de zorgverzekeraar het CVZ verzoeken vast te stellen dat hij gereed is om aan de in de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering geregelde aanmeldingsprocedure (inclusief de voorprocedure van de betalingsregeling en de vierdemaandsmelding) te voldoen en dat zijn systemen dit kunnen uitvoeren. Nadat het CVZ na onderzoek tot de conclusie komt dat de verzekeraar inderdaad gereed is voor uitvoering van de wet, zal zijn oude compensatiebijdrage, totdat hij ingevolge het door het CVZ opgestelde schema daadwerkelijk tot aanmelding bij het CVZ dient over te gaan, worden verhoogd tot het niveau van de nieuwe compensatiebijdrage (artikel I, onderdeel A; toevoeging van een tweede lid aan artikel 3.23 van de Regeling zorgverzekering). Omdat gedurende de periode waarover een bestaande wanbetaler nog niet voor het bestuursrechtelijke regiem is aangemeld, de premieschuld bij de zorgverzekeraar oploopt en de zorgverzekeraar met incasso-inspanningen mogelijk nog een deel van de premie weet te innen, zal deze oude, hogere compensatiebijdrage – net als de ‘gewone’ oude compensatiebijdrage van artikel 3.23 eerste lid, Regeling zorgverzekering – echter wel worden verminderd met nog geïncasseerde premie. De hogere, oude bijdrage wordt omgezet in de nieuwe bijdrage zodra een wanbetaler voor het bestuursrechtelijke regiem is aangemeld.
  3. Blijkt de zorgverzekeraar overigens op het moment waarop hij volgens het schema van het CVZ daadwerkelijk zijn bestaande gevallen dient te melden, daar toch niet toe in staat te zijn, dan wordt zijn compensatiebijdrage tot het moment van daadwerkelijke melding voor het bestuursrechtelijke regiem, alsnog weer op de oude, ‘gewone’ compensatiebijdrage van artikel 3.23, eerste lid Regeling zorgverzekering gesteld (artikel II, tweede lid, van de Regeling houdende wijziging van de Regeling zorgverzekering van 19 juli 2009).

De gemaakte afspraken dienen in nadere regels, gebaseerd op de gewijzigde Regeling zorgverzekering, te worden uitgewerkt. Het betreft:

1. De vastlegging van het voor de zorgverzekeraar geldende aanleverschema voor bestaande gevallen;
  2. De nadere eisen die gesteld worden aan de gereedverklaring van de zorgverzekeraar dat men in staat is bestaande gevallen te melden maar dit nog niet doet vanwege de volgorde van het aanleverschema;
  3. De wijze waarop het CVZ de gereedverklaring, na onderzoek, vaststelt.
- De onderhavige beleidsregels voorzien hier in.

Als het CVZ de gereedverklaring accepteert, leidt dat vanaf de daarop volgende maand, tot de verhoogde ‘oude’ compensatiebijdrage, tot en met de maand van de feitelijke aanmelding. De financiële afwikkeling daarvan vindt plaats binnen de uitvoering van de oude, bestaande compensatiebijdrage. Die oude regeling is vastgelegd in de beleidsregels die het CVZ op grond van artikel 32, vijfde lid Zorgverzekeringswet vaststelt ten behoeve van de vaststelling van de vereveningsbijdrage voor zorgverzekeraars). In de betreffende beleidsregels voor het jaar 2010 zal het CVZ hier nog een bepaling over opnemen.

## Artikelsgewijs

### Artikel 1

In dit artikel is het aanleverschema opgenomen, waaruit blijkt welke zorgverzekeraars in welke maand de bestaande gevallen aanleveren. Zorgverzekeraar Azivo zal als eerste aanleveren. Het betreft hier een relatief klein aantal wanbetalers. Daarmee is het verantwoord is om de uitvoering te starten. Na de aanlevering door Azivo volgt een maand zonder aanlevering, om eventuele aanpassingen in het vooraf ontworpen werkproces en de automatisering tijdig te kunnen doen. Vanaf november 2009 volgt dan de meer massale aanmelding vanuit zorgverzekeraars, gemaximeerd tot 25.000 wanbetalers per maand. De vanaf die maand opgenomen volgorde hangt samen met het verschil in fasering tussen de zorgverzekeraars voor wat betreft hun organisatorische en systeemtechnische gereedheid. Er zijn enkele maanden in het schema waarin meer dan één zorgverzekeraar kan melden; het betreft verzekeraars met een relatief klein aantal wanbetalers.

Verder is het van belang om direct met ingang van de maand waarin de bestuursrechtelijke premie verschuldigd is (dat is de maand na de maand van melding) een belangrijk instrument van de wet, te weten het toepassen van bronheffing van bestuursrechtelijke premie op het inkomen van betrokkene, te kunnen realiseren. Om de werkgevers/uitkeringsinstanties voldoende tijd te geven om het verzoek tot inhouding op het inkomen te effectueren, dienen zij tijdig, rond de 1e van de betreffende



inhoudingsmaand, te beschikken over de opdracht tot inhouding op het inkomen. Om die opdracht te verstrekken aan de inhoudingsplichtige, dient het CVZ daaraan voorafgaand enkele administratieve handelingen te verrichten. Om de meldingen tijdig te verwerken dient het CVZ de aanmelding van de zorgverzekeraar niet later dan de 23e van de maand, voorafgaand aan de broninhouding, te ontvangen.

Om te voorkomen dat er bij het CVZ piekmomenten ontstaan, is het daarnaast gewenst dat de aanmeldingen van een zorgverzekeraar in een bepaalde maand niet op één moment bij het CVZ binnenstromen, maar op een gespreide wijze (op een aantal momenten) en in min of meer gelijke hoeveelheden. Met de zorgverzekeraars maakt het CVZ daar nadere afspraken over op basis van het aanleverschema.

## **Artikel 2**

De zorgverzekeraar die wenst te melden dat hij gereed is om de meldingen te doen (maar dit niet kan doen vanwege het voor hem in artikel 1 vastgestelde aanlevermoment) kan dit doen door middel van een bestuursverklaring volgens het model in bijlage 1 bij deze beleidsregels. De zorgverzekeraar zal dit doen als hij meent te kunnen voldoen aan de artikelen 18a, 18b en 18c van de Zorgverzekeringswet waarbij hij tevens heeft geoordeeld te voldoen aan de nadere eisen die zijn gesteld in het programma van eisen volgens bijlage 2 bij deze beleidsregels. Ter onderbouwing van zijn verzoek om vaststelling door het CVZ dat hij gereed is voor aanmelding verlangt het CVZ dat de zorgverzekeraar de benodigde bedrijfsinformatie (proces- en procedurebeschrijvingen) met het verzoek meestuurt. Met deze informatie kan het CVZ de gereedverklaring beoordelen, alvorens een beslissing te nemen.

## **Artikel 3**

De beslissing van het CVZ op het verzoek van de zorgverzekeraar om vast te stellen dat deze gereed is voor melding heeft verstrekende financiële gevolgen voor de zorgverzekeraar. Een positieve beslissing leidt vanaf de volgende maand (bij de latere afwikkeling van de bestaande compensatieregeling) tot een verhoogde bijdrage; een negatieve beslissing leidt tot voortzetting van het bestaande niveau van de oude compensatie (tot het moment van feitelijke meldingen). De beslissing van het CVZ dient dan ook snel en zorgvuldig genomen te worden. Het CVZ heeft evenwel (maximaal) dertig dagen nodig om na ontvangst van de bestuursverklaring het onderzoek naar de getrouwheid van de gereedverklaring en andere overlegde documenten uit te voeren, hierover te rapporteren en vervolgens het besluit te nemen. De wijze waarop het CVZ het onderzoek (de audit en de rapportage daarover) bij de zorgverzekeraar doet en de elementen die voorwerp van onderzoek zijn, zijn uitgeschreven in bijlage 2. Het betreft hier aspecten die vervuld moeten zijn om in redelijkheid vanuit de zorgverzekeraar te kunnen verklaren dat hij gereed is voor de uitvoering. Naast de onderwerpen waarop het CVZ het verzoek van de zorgverzekeraar onderzoekt, zijn ook de praktische werkwijze tijdens de audit en de rapportage beschreven.

Door een beoordelings- en beslistermijn van ten hoogste dertig dagen te hanteren, zal het veelal kunnen voorkomen dat de vaststelling van het CVZ feitelijk plaatsheeft in de maand na de maand waarin de gereedverklaring is ingediend. De verhoogde compensatie zou bij een positieve beslissing dan ook pas een maand later van kracht kunnen worden. Dit is niet bedoeling, de verhoogde compensatie dient blijkens de toelichting op de Regeling in te gaan vanaf de maand volgende op de maand waarop de zorgverzekeraar gereed is om aan te melden.

In overeenstemming met de toelichting op artikel 3.23 van de gewijzigde Regeling zorgverlening wordt dan ook aan de vaststelling door het CVZ terugwerkende kracht verbonden tot het moment van de ontvangst van de gereedverklaring bij het CVZ; daarmee kan de verhoogde compensatie – mits het CVZ positief heeft beslist – vanaf de daarop volgende maand toegepast worden.

*De Voorzitter Raad van Bestuur,  
P.C. Hermans.*



## Beleidsregels verstrekking bijdrage aan zorgverzekeraars voor het verzekerd houden van wanbetalers van de nominale premie Zorgverzekeringswet

25 augustus 2009

Het College voor Zorgverzekeringen,

Gelet op artikel 18a tot en met 18f en artikel 34a van de Zorgverzekeringswet, artikel 6.5.4. van de Regeling zorgverzekering, alsmede de Beleidsregels inning bestuursrechtelijke premie Zorgverzekeringswet 2009;

Heeft in zijn vergadering van 25 augustus 2009 besloten:

### Artikel 1 Het betalen van voorschotten aan de zorgverzekeraar

1. Over de periode waarover de bestuursrechtelijke premie verschuldigd is verstrekt het college een voorschot op de nog toe te kennen bijdrage als bedoeld in artikel 6.5.4, eerste lid, Regeling zorgverzekering. Hij betaalt dit voorschotbedrag maandelijks uit met ingang van de derde maand na de melding.
2. Het college vermenigvuldigt per zorgverzekeraar per maand de eindstand van het aantal in behandeling genomen meldingen met de tot de maand herleide standaardpremie zoals bedoeld in de Wet op de zorgtoeslag en stelt de uitkomst daarvan als voorschotbedrag vast.
3. Het college zendt maandelijks per zorgverzekeraar een specificatie van het betaalde voorschotbedrag waarop staat vermeld:
  - de beginstand van de meldingen van de betreffende maand;
  - het aantal aanmeldingen van de betreffende maand;
  - het aantal afmeldingen van de betreffende maand;
  - de eindstand van de meldingen van de betreffende maand;
  - het voorschot voor de daarop volgende maand;
  - het aantal aanmeldingen op grond van artikel 6.5.4, derde lid, Regeling zorgverzekering.
4. Het college zendt met de specificatie als bedoeld in het derde lid de verklaring op grond van artikel 18c, derde lid, Zorgverzekeringswet mee, welke de zorgverzekeraar binnen twee weken na dagtekening van de specificatie ondertekent en retourneert aan het college.

### Artikel 2 De voorlopige jaarafrekening

1. In april van het eerste jaar volgend op het kalenderjaar waarover de voorschotten zijn betaald, zendt het college een voorlopige jaarafrekening aan de zorgverzekeraar, waarmee het college de bijdrage over dat kalenderjaar toekent.
2. In de voorlopige jaarafrekening vermeldt het college het saldo van de voorschotten die het college had moeten betalen in het kalenderjaar en de daadwerkelijk betaalde voorschotten.
3. Indien uit de afrekening blijkt dat het college nog een bedrag aan voorschotten dient te betalen, betaalt het college het saldo binnen 6 weken aan de zorgverzekeraar uit, bij gebreke waarvan het college wettelijke rente vergoedt.
4. Indien uit de afrekening blijkt dat het college een te hoog bedrag aan voorschotten heeft betaald, verzoekt het college de zorgverzekeraar het saldo binnen 6 weken te betalen, bij gebreke waarvan het college wettelijke rente in rekening brengt.

### Artikel 3 De vaststelling van de bijdrage aan de zorgverzekeraar

1. Uiterlijk in april van het tweede jaar volgend op het kalenderjaar waarover de bijdrage verschuldigd is, zendt het college een definitieve jaarafrekening aan de zorgverzekeraar, waarin hij per zorgverzekeraar het totaalbedrag van de over dat kalenderjaar te verstrekken bijdrage vaststelt.
2. In de jaarafrekening vermeldt het college:



- a. de door het college over dat kalenderjaar te betalen bijdrage op grond van artikel 6.5.4, tweede lid, Regeling zorgverzekering;
  - b. de door het college te betalen bijdrage op grond van artikel 6.5.4, derde lid, Regeling zorgverzekering;
  - c. de som van de bijdragen die het college heeft toegekend voor zorgverzekeringen terzake waarvan naar het oordeel van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) niet is voldaan aan de voorwaarden zoals genoemd in artikel 34a, tweede lid, Zorgverzekeringswet en de op grond van artikel 6.5.4, derde lid, Regeling zorgverzekering toegekende bijdragen voor zorgverzekeringen voor zover de oorzaak van de vertraging in de melding naar het oordeel van de NZa in overwegende mate aan de zorgverzekeraar te wijten is;
  - d. de som van de in het tweede lid onder a en b genoemde bedragen onder aftrek van de onder c genoemde som;
  - e. de mededeling van het college dat de zorgverzekeraar het saldo zoals genoemd onder d, onder verrekening van de reeds betaalde voorschotten, ontvangt dan wel aan het college dient terug te betalen.
3. Indien blijkt dat de zorgverzekeraar nog een bedrag dient te ontvangen, betaalt het college dit bedrag binnen zes weken na vaststelling daarvan aan de zorgverzekeraar uit, bij gebreke waarvan het college wettelijke rente vergoedt over het te laat betaalde bedrag.
  4. Indien blijkt dat de zorgverzekeraar een te hoog voorschot op de bijdrage heeft ontvangen, verzoekt het college de zorgverzekeraar het saldo binnen zes weken te betalen, bij gebreke waarvan het college wettelijke rente over het te laat terugbetaalde bedrag in rekening zal brengen.
  5. In afwijking van het derde en vierde lid kan het college het verschil tussen het bedrag aan vastgestelde bijdragen en toegekende bijdragen verrekenen met over een later jaar te bevoorschotten bijdragen.
  6. In afwijking van het derde lid kan het college het te ontvangen bedrag verrekenen met een van de zorgverzekeraar terug te vorderen vereveningsbijdrage op grond van artikel 32 en 34 Zorgverzekeringswet.

#### **Artikel 4 Citeertitel**

Deze beleidsregels worden aangehaald als: Beleidsregels verstrekking bijdrage aan zorgverzekeraars voor het verzekerd houden van wanbetalers van de nominale premie Zorgverzekeringswet.

#### **Artikel 5 Inwerkingtreding**

Deze beleidsregels treden in werking met ingang van 1 september 2009.

Deze beleidsregels worden met toelichting in de Staatscourant geplaatst.

*De Voorzitter Raad van Bestuur,  
P.C. Hermans.*



## TOELICHTING

### Algemeen

In samenhang met de verplichting voor wanbetalers om een bestuursrechtelijke premie van 130% van de standaardpremie te betalen is in artikel 34a van de Zorgverzekeringswet en artikel 6.5.4 van de Regeling zorgverzekering een bijdrageregeling voor zorgverzekeraars neergelegd voor het verzekerd houden van wanbetalers. Deze regeling wordt, evenals het bestuursrechtelijk premieregime, uitgevoerd door het College voor zorgverzekeringen (CVZ).

Wanneer een zorgverzekeraar een verzekeringnemer met een premieschuld ter hoogte van zes maanden of meer bij het CVZ meldt, heeft dit niet alleen consequenties voor de wanbetaler, maar ook voor de verzekeraar. Het CVZ stort de bestuursrechtelijke premie die hij bij de wanbetaler heft immers in het zorgverzekeringsfonds. De zorgverzekeraar ontvangt geen nominale premie meer van de wanbetaler, terwijl hij deze wel verzekerd dient te houden. Om de zorgverzekeraar hiervoor te compenseren is een bijdrageregeling in het leven geroepen. De bijdrageregeling houdt in dat de zorgverzekeraar over de periode waarover de wanbetaler een bestuursrechtelijke premie verschuldigd is een bijdrage ter hoogte van de standaardpremie ontvangt van 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 staat vermeld. Na het verstrijken van het kalenderjaar stelt het CVZ een voorlopige jaarafrekening op. In het jaar daarop verzendt het CVZ een definitieve jaarafrekening. In deze definitieve jaarafrekening wordt de totale bijdrage berekend waarop de zorgverzekeraar over één kalenderjaar recht heeft. Bij de berekening van dit bedrag houdt het CVZ rekening met de bevindingen van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De NZa controleert voorafgaand aan het vaststellen van de definitieve bijdrage of de zorgverzekeraar zich wel aan alle verplichtingen heeft gehouden zoals genoemd in de wet, zoals het aanbieden van een betalingsregeling, het verrichten van een vierdemaandsmelding en het meewerken om een wanbetaler weer uit het bestuursrechtelijk regime te krijgen. Constataert de NZa dat de zorgverzekeraar niet aan al zijn verplichtingen heeft voldaan dan kan de NZa het CVZ opdragen de hoogte van de vast te stellen bijdrage te verlagen.

### Artikelsgewijs

#### Artikel 1

Het CVZ verstrekt de bijdrage voor het verzekerd houden van wanbetalers als een maandelijks voorschot. Het CVZ betaalt het voorschot met ingang van de derde maand na de melding. In de Beleidsregels inning bestuursrechtelijke premie Zorgverzekeringswet 2009 staat in artikel 1 omschreven op welke wijze de zorgverzekeraar de wanbetaler dient aan te melden en wanneer een melding niet in behandeling wordt genomen. Het CVZ saldeert de maandelijks aan- en afmeldingen van wanbetalers per zorgverzekeraar en berekent het maandelijks voorschotbedrag dat de zorgverzekeraar ontvangt door het saldo van de meldingen, verhoogd met de doorlopende gevallen, te vermenigvuldigen met de standaardpremie. Het CVZ verzendt maandelijks één specificatie per zorgverzekeraar in welke specificatie hij de hoogte van het in de daarop volgende maand te betalen voorschot vermeldt. Deze specificaties zijn besluiten waartegen bezwaar en beroep mogelijk is.

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 inzake het aanbieden van een betalingsregeling na het ontstaan van een premieachterstand van 2 maanden, het verrichten van de vierdemaandsmelding en het niet melden tijdens betwisting van de schuld door de verzekerde en tijdens de looptijd van een stabilisatieovereenkomst.

#### Artikel 2

In april van het eerste jaar volgend op het kalenderjaar waarover het CVZ voorschotten heeft verstrekt verzendt het CVZ een voorlopige jaarafrekening, waarmee de bijdrage over een kalenderjaar wordt toegekend. In de voorlopige jaarafrekening kan het CVZ de correcties meenemen die hij dient door te voeren in verband met vertragingen in het aan- en afmeldingsproces. Deze correcties voert het CVZ om uitvoeringstechnische redenen niet tussentijds door. Het CVZ betaalt alleen voorschotten over de bijdrage waarover de bestuursrechtelijke premie is verschuldigd. Hij betaalt geen voorschotten over de periode waarover de zorgverzekeraar nog niet kan melden omdat de verzekerde de hoogte van de schuld betwist en het geschil heeft voorgelegd aan de rechter of de SKGZ, of gedurende de looptijd



---

van de stabilisatieovereenkomst, of wanneer de verzekeringnemer zich heeft aangemeld bij een schuldhulpverlener. De zorgverzekeraar heeft over deze periode – rekening houdend met eventueel betaalde premies – wel recht op een bijdrage, doch deze wordt pas uitbetaald bij de definitieve vaststelling van de bijdrage.

### **Artikel 3**

Bij de definitieve vaststelling van de bijdrage over een kalenderjaar telt het CVZ de bijdrage over de periode waarover de bestuursrechtelijke premie verschuldigd is – en waarover de zorgverzekeraar al een voorschot heeft ontvangen –, op bij de periode waarover de zorgverzekeraar de wanbetaler nog niet kon melden, maar in welke periode reeds wel sprake was van een premieachterstand van zes maanden. Over deze laatste periode, en rekening houdend met eventueel betaalde premies, heeft de zorgverzekeraar op grond van artikel 6.5.4, derde lid van de Regeling zorgverzekering wel recht op een bijdrage van het CVZ, maar hij heeft hierover geen voorschot ontvangen. Het CVZ vermindert de bijdrage met een door het NZa op te geven bedrag wanneer de zorgverzekeraar zich naar het oordeel van het NZa niet heeft gehouden aan de eisen die in artikel 34a van de wet zijn gesteld voor het ontvangen van een bijdrage.

*De Voorzitter Raad van Bestuur,  
P.C. Hermans.*