



Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 9 december 2016, kenmerk 1065663-159317-Z, houdende wijziging van de Regeling zorgverzekering in verband met de wanbetalersbijdrage ten behoeve van zorgverzekeraars

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Gelet op artikel 34a, derde lid, van de Zorgverzekeringswet;

Besluit:

ARTIKEL I

Artikel 6.5.4 van de Regeling zorgverzekering komt te luiden:

Artikel 6.5.4

1. Het CAK kent de zorgverzekeraar voor iedere zorgverzekering ter zake waarvan hij aan de voorwaarden, bedoeld in artikel 34a, eerste en tweede lid, van de Zorgverzekeringswet heeft voldaan, een bijdrage toe.
2. De bijdrage wordt toegekend over:
 - a. de periode waarin ter zake van de zorgverzekering bestuursrechtelijke premie verschuldigd is en
 - b. 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.
3. De bijdrage wordt slechts verstrekt indien de zorgverzekeraar aantoonbaar in voldoende mate de volgende inspanningen tot inning van de premie en medewerking aan activiteiten van de verzekeringnemer of derden, gericht op aflossing van de jegens de zorgverzekeraar bestaande, uit de zorgverzekering voortvloeiende schuld heeft geleverd:
 - a. inspanningen gericht op het innen van de premie alsmede op het zoveel mogelijk voorkomen en het zo snel mogelijk beëindigen van een achterstand in de betaling van de premie door:
 - 1°. persoonlijk contact op te nemen met de verzekeringnemer teneinde deze te wijzen op mogelijkheden om een achterstand in de betaling van de premie te voorkomen en te beëindigen;
 - 2°. de verzekeringnemer die in verzuim verkeert tot nakoming van de betalingsregeling, bedoeld in artikel 18a, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet op diens verzoek eenmalig in staat te stellen dit verzuim te herstellen;
 - b. het treffen of laten treffen van maatregelen tot inning en incasso van de premie die, indien van toepassing blijkt een rapportage van de derde die de maatregelen treft, betamelijk zijn en in redelijkheid verlangd kunnen worden;
 - c. het instemmen met betalingsregelingen en schuldsanering die ten minste in overeenstemming zijn met de door de Vereniging voor schuldhulpverlening en sociaal bankieren gehanteerde richtlijnen;
 - d. het, voor zover daartoe gerechtigd, aan degenen die betrokken zijn bij de inning en incasso van de premie en bij de betalingsregelingen of schuldsanering op hun verzoek de daarvoor noodzakelijke inlichtingen en gegevens tijdig, juist en volledig verstrekken;
 - e. het meewerken aan de uitvoering van artikel 6.5.6 van deze regeling;
 - f. het aanbieden en uitvoeren van een redelijke betalingsregeling waarin alle uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden van de verzekeringnemer aan de zorgverzekeraar zijn betrokken, met kwijtschelding van eventuele restschulden, ten behoeve van de verzekeringnemer die een bestuursrechtelijke premie is verschuldigd en naar verwachting aan de betalingsregeling zal kunnen voldoen.
4. De zorgverzekeraar toont de inspanningen en medewerking, bedoeld in het derde lid, aan door middel van:



- a. het opstellen en uitvoeren van interne richtlijnen of procedures voor het leveren van de inspanningen en medewerking;
 - b. het zodanig inrichten en bijhouden van een administratie dat daarin altijd de geleverde inspanningen en medewerking kunnen worden nagegaan.
5. De bijdrage bedraagt per maand de standaardpremie als bedoeld in artikel 4 van de Wet op de zorgtoeslag voor het desbetreffende jaar gedeeld door twaalf.
 6. Het CAK verstrekt de zorgverzekeraar over de periode, bedoeld in het tweede lid, maandelijks een voorschot ter hoogte van het bedrag, bedoeld in het vijfde lid.
 7. Uiterlijk in april van het tweede jaar volgende op het kalenderjaar ter zake waarvan de bijdragen zijn toegekend, stelt het CAK per zorgverzekeraar het totaalbedrag aan over dat jaar te verstrekken bijdragen vast.
 8. Het totaalbedrag aan over een kalenderjaar te verstrekken bijdragen is gelijk aan de over dat jaar bevoorschotte bijdragen.
 9. Het totaalbedrag aan over een kalenderjaar te verstrekken bijdragen wordt verminderd met:
 - a. de bijdragen die zijn toegekend voor zorgverzekeringen ter zake waarvan naar het oordeel van de Nederlandse Zorgautoriteit niet de voorwaarden, bedoeld in het derde lid en artikel 34a, tweede lid, van de Zorgverzekeringswet, in acht zijn genomen en
 - b. de bijdragen die zijn toegekend over de periode, bedoeld in het tweede lid, onderdeel b, voor zover naar het oordeel van de Nederlandse Zorgautoriteit de daar bedoelde vertraging in de aanmelding in overwegende mate aan de zorgverzekeraar te wijten is.
 10. In afwijking van het negende lid, onderdeel a, wordt een bijdrage van € 107,5 per maand verstrekt voor een zorgverzekering ter zake waarvan naar het oordeel van de Nederlandse Zorgautoriteit de voorwaarden, bedoeld in het derde lid, onderdelen e en f, niet in acht zijn genomen.
 11. Het CAK 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 II

Deze regeling treedt in werking met ingang van 1 januari 2017, met uitzondering van artikel 6.5.4, derde lid, onderdelen e en f, en tiende lid, dat in werking treedt met ingang van 1 januari 2018.

Deze regeling zal met de toelichting in de Staatscourant worden geplaatst.

*De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers*



TOELICHTING

Algemeen

Op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw) ontvangen zorgverzekeraars een bijdrage voor het onder de dekking van de zorgverzekering houden van verzekerden die een bestuursrechtelijke premie verschuldigd zijn (artikel 34a, eerste lid, Zvw). Dit is de zogeheten wanbetalersbijdrage. De wanbetalersbijdrage wordt alleen verstrekt indien de zorgverzekeraar aan bepaalde voorwaarden voldoet (artikel 34a, tweede lid, Zvw). De zorgverzekeraar heeft onder meer voldoende inspanningen te verrichten tot inning van de premie van de zorgverzekering en voldoende medewerking te verlenen aan activiteiten van de verzekeringnemer of derden die gericht zijn op de aflossing van de schuld aan de zorgverzekeraar. Per 1 januari 2017 schrijft artikel 34a, derde lid, van de Zvw voor dat bij ministeriële regeling wordt bepaald wanneer sprake is van voldoende inspanningen en medewerking (Stb. 2015, 502). Met deze wijzigingsregeling wordt uitvoering gegeven aan dat voorschrift. De wanbetalersbijdrage is uitgewerkt in de Regeling zorgverzekering (Rzv). Doel van deze wijzigingsregeling is om met ingang van 2017 een meer concrete invulling te geven aan wat verstaan moet worden onder 'voldoende inspanningen' tot inning van de premie en 'voldoende medewerking' bij het tot stand komen van een betalingsregeling die leidt tot aflossing van de schuld. De nadere invulling wordt in twee stappen geïmplementeerd: één deel per 2017 en een aanvulling per 2018. Daarnaast wordt de wanbetalersbijdrage met ingang van 2018 gedifferentieerd in een lage en hoge bijdrage, al naar gelang de zorgverzekeraar de aanvullende inspanningen en medewerking heeft verleend.

De wijzigingsregeling is afgestemd met vrijwel alle partijen die bij het verstrekken van de wanbetalersbijdrage betrokken zijn, te weten Zorgverzekeraars Nederland (ZN), een aantal zorgverzekeraars, het Zorginstituut Nederland, het CAK en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Daarbij zijn de volgende aandachtspunten naar voren gekomen. De wijze waarop en de mate waarin de inspanningen en medewerking kunnen worden verleend, verschillen per zorgverzekeraar. Zij concretiseren hun inspanningen en medewerking in de praktijk door middel van interne richtlijnen en procedures. Daarmee wordt rekening gehouden bij het controleren of aan de voorwaarden voor verstrekking van de wanbetalersbijdrage voldaan wordt. De NZa legt de bevindingen daaromtrent over aan het CAK, dat als gevolg van de overheveling van burgerregelingen per 1 januari 2017 verantwoordelijk is voor het verstrekken van de wanbetalersbijdrage (Stb. 2016, 173). Gebleken is dat de richtlijnen en procedures van de zorgverzekeraars en het toetsingskader van de NZa nog in ontwikkeling zijn. Dit is een belangrijke reden om de aanvullende inspanningen en medewerking, gekoppeld aan de differentiatie van de wanbetalersbijdrage, eerst per 2018 in te voeren.

Concretere invulling 2017

De meer concrete invulling van 'voldoende inspanningen' en 'voldoende medewerking' die per 2017 wordt ingevoerd, is gebaseerd op het Protocol incassotraject wanbetalers Zorgverzekeringswet¹ van 26 januari 2010 van ZN (nr. N-11-2504) (hierna: Incassoprotocol). De artikelen 2.2, 2.5, 2.6, 3.1, 3.6, 3.9, 3.11 en 3.16 van het Incassoprotocol zijn verwerkt in artikel 6.5.4, lid 3, onderdelen a tot en met d, van de Rzv.

Niet overgenomen zijn de materiële normen die zien op uitvoering van de wettelijke voorwaarden die rechtstreeks voortvloeien uit de wet. Dat in ieder geval aan deze wettelijke voorwaarden dient te worden voldaan, is reeds expliciet opgenomen in het eerste lid van artikel 6.5.4 van de Rzv.

Aanvulling en differentiatie bijdrage 2018

In artikel 6.5.4, derde lid, onderdelen e en f, staan de aanvullende inspanningen en medewerking die van zorgverzekeraars wordt verlangd. Met het tiende lid wordt de mogelijkheid gecreëerd om de bijdrage op een lager bedrag vast te stellen in plaats van de standaardpremie indien onvoldoende is voldaan aan de aanvullende voorwaarden. Het lagere bedrag is gelijk aan de gemiddelde nominale premie.

Achtergrond voor de aanvullende inspanningen en medewerking is dat de wanbetalersbijdrage een sterkere financiële prikkel moet zijn voor zorgverzekeraars om actief preventieve activiteiten en andere activiteiten te ontplooiën die eraan bijdragen dat minder verzekerden instromen in het bestuursrechtelijk premieregime en om medewerking te verlenen aan het tot stand komen van uitstroom uit dit premieregime.

¹ <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-30918-8-b1.pdf>



Artikelsgewijs

Artikel I

Van de gelegenheid is gebruik gemaakt om de redactie van artikel 6.5.4 van de Rzv op enkele punten te verbeteren. Met het oog op de leesbaarheid is het artikel volledig vervangen. De wijze van verstrekking van de wanbetalersbijdrage is echter niet aangepast. Alleen het derde, vierde en tiende lid behoeven toelichting. Wat de andere leden betreft, wordt volstaan met de opmerking dat de wanbetalersbijdrage met ingang van 2017 volledig wordt bevoorschot, met inbegrip van de periode waarover ten aanzien van een zorgverzekering de bestuursrechtelijke premie niet verschuldigd was omdat de aanmelding voor het bestuursrechtelijke premieregime nog niet kon worden gedaan op grond van de Zvw.

Artikel 6.5.4, derde lid, onderdeel a

In onderdeel a van het derde lid worden twee concrete activiteiten genoemd die er op gericht zijn te voorkomen dat betalingsachterstanden ontstaan of die kunnen leiden tot het reduceren van betalingsachterstanden. Uiteraard is het mogelijk dat zorgverzekeraars daarnaast nog andere activiteiten ondernemen om dat doel te bereiken.

De eerste activiteit is het leggen van persoonlijk contact. De praktijk leert dat een deel van de verzekeringnemers die betalingsproblemen heeft, post niet opent of niet op post reageert, ook niet na verzending van respectievelijk de tweede- of vierdemaandsbrief. Daarom is het belangrijk dat de zorgverzekeraar persoonlijk contact opneemt met de betrokkene of daartoe in elk geval aantoonbaar een aantal pogingen doet. Persoonlijk contact betekent dat de zorgverzekeraar telefonisch, per e-mail, via chat, sms of whatsapp, in persoon of op digitale wijze, contact heeft met betrokkene zodat zij de situatie interactief kunnen doornemen. Contactmomenten of pogingen daartoe, alsmede de uitkomst ervan, dienen, gelet op het vierde lid, te worden vastgelegd.

De tweede activiteit heeft betrekking op de nakoming van de betalingsregeling die bij gelegenheid van de tweedemaandsbrief getroffen is. Het is van belang dat de zorgverzekeraar niet te snel overgaat tot het annuleren van deze betalingsregeling indien er sprake is van (eenmalig) verzuim. De mogelijkheid dat de verzekeringnemer die éénmalig verzuimt de betalingsregeling na te komen, alsnog een kans te krijgt dit verzuim te herstellen, kan een vervolgtraject voorkomen. Wel is van belang dat het initiatief hiertoe van de verzekeringnemer uitgaat en dat deze onverwijld, doch in elk geval zo spoedig mogelijk na het verzuim, zelf contact opneemt met de zorgverzekeraar.

Artikel 6.5.4, derde lid, onderdeel b

Maatregelen tot inning en incasso dienen een redelijk doel te dienen, teneinde te voorkomen dat de verzekeringnemer met onnodige kosten wordt geconfronteerd. Niet in alle gevallen is het zinvol bijvoorbeeld een (gerechtelijk) deurwaarderstraject in te zetten. Welke middelen al dan niet worden ingezet, is afhankelijk van de omstandigheden in het concrete geval, waarbij de zorgverzekeraar, of degene die namens hem deze maatregelen uitvoert, zich er eveneens van dient te vergewissen dat deze activiteiten niet bij voorbaat zinloos zijn. Om deze reden is aangegeven dat de maatregelen die worden getroffen betamelijk zijn en in redelijkheid verlangd kunnen worden. Dit kan in voorkomende gevallen ook betekenen dat bepaalde maatregelen achterwege zijn gelaten.

Voor gerechtsdeurwaarders zijn de Verordening beroeps- en gedragsregels gerechtsdeurwaarders en gedragsregels inzake kwaliteitsnormen van toepassing. Leden van de Nederlandsche Vereniging van gecertificeerde Incasso-Ondernemingen (NVI) en hun personeel zijn onderworpen aan diverse gedragscodes en het NVI Incassokeurmerk, die ertoe dienen dat gewerkt wordt overeenkomstig algemeen aanvaarde beginselen van zorgvuldigheid en deskundigheid, waarbij rekening wordt gehouden met de (zwakkere) positie van de debiteur.

Voor zover zorgverzekeraars gebruik maken van de diensten van andere incassopartners dan een deurwaarder of leden van de NVI, is het wenselijk dat ook deze derden dergelijke algemeen aanvaarde beginselen van zorgvuldigheid en deskundigheid onderschrijven en in de uitvoeringspraktijk toepassen. Uitgangspunt is dat er in de hiervoor genoemde situaties sprake van zal zijn dat het al dan niet treffen van maatregelen tot inning en incasso betamelijk en redelijk is.

Dat maatregelen tot inning en incasso zijn ingezet en welke dat zijn moet ingevolge het vierde lid aangetoond worden. Een zorgverzekeraar dient in de administratie vast te leggen dan wel aan de hand van een feitelijke rapportage van een deurwaarder, een erkend incassobureau of een door hem ingeschakelde derde aan te tonen dat incassomiddelen zijn ingezet of benut of dat er redenen waren dit achterwege te laten.



In artikel 18a, tweede lid, onderdeel b, van de Zvw is bepaald dat in een betalingsregeling die wordt aangeboden bij de tweedemaandsbrief, afspraken moeten zijn opgenomen inzake de afwikkeling van de uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden, inclusief rente en incassokosten en de termijnen waarbinnen betaling zal plaatsvinden. Het in artikel 6.5.4, derde lid, onderdeel b, van de Rzv opgenomen redelijkheidselement verlangt dat de zorgverzekeraar bij het invullen van de betalingsregeling aan de verzekeringnemer een redelijke termijn geeft om betalingsachterstand in te lopen. Het gaat er in casu om dat de zorgverzekeraar geen betalingsregeling voorstelt die, gezien het inkomen of de draagkracht van de verzekeringnemer, als onrealistisch dient te worden bestempeld. In het Incassoprotocol is als richtsnoer vermeld dat bij een premieachterstand van twee maanden (circa € 200) termijnen van minimaal € 25 dienen te worden aangehouden. Of dit in alle gevallen een 'redelijke betalingsregeling' is, kan in zijn algemeenheid niet aangegeven worden. Een verzekeringnemer kan zelf een voorstel doen over het bedrag dat hij, gezien zijn financiële situatie, in staat is en bereid is af te lossen, en dat kan meer zijn dan het hierbovengenoemde bedrag. Er kunnen zich echter ook omstandigheden voordoen waarin dit minimum zou leiden tot een betalingsregeling die onrealistisch is, zodat een redelijke betalingsregeling kan inhouden dat de maandaflossing lager dient te zijn.

Er is van afgezien om voor te schrijven dat de zorgverzekeraar bij het vaststellen van de hoogte van het aflossingsbedrag rekening dient te houden met inkomen en draagkracht, omdat een dergelijk voorschrift een te zware administratieve belasting zou leggen op het tot stand komen van een betalingsregeling. Het is derhalve aan de zorgverzekeraar om te beoordelen of een betalingsregeling redelijk en betamelijk is. Gelet op het bepaalde in onderdeel c, mag een zorgverzekeraar veronderstellen dat een betalingsregeling die in overeenstemming is met de uitgangspunten van de NVVK, vereniging voor schuldhulpverlening en sociaal bankieren (NVVK), aan deze eisen voldoet.

Artikel 6.5.4, derde lid, onderdeel c

De in dit onderdeel bedoelde instemming met een betalingsregeling of schuldsaneringsvoorstel vindt plaats in de fase waarin de verzekeringnemer zich heeft gewend tot een schuldhulpverlener en -in de regel- later in het proces dan in de eerste maanden van een beginnende betalingsachterstand. De schuldhulpverlener kan dan een voorstel doen aan de zorgverzekeraar. De premisse is dat een voorstel van een schuldhulpverlener die lid is van de NVVK of een andere schuldhulpverlener die de uitgangspunten van de NVVK hanteert, voldoet aan de uitgangspunten voor een redelijke afbetalings- of schuldenregeling, waarbij rekening wordt gehouden met inkomen, draagkracht en beslagvrije voet.

Artikel 6.5.4, derde lid, onderdeel d

Van belang is dat alle informatie over de incassoactiviteiten, ook van door de zorgverzekeraar ingeschakelde derden, beschikbaar is op een zodanig tijdstip dat degenen die betrokken zijn bij de incassoactiviteiten met deze informatie rekening kunnen houden. In de regel zal de zorgverzekeraar binnen tien werkdagen na verzoek daartoe van de verzekeringnemer een compleet overzicht kunnen leveren van alle openstaande vorderingen van zorgverzekeraar op verzekerde, inclusief posten die zijn overgedragen aan deurwaarders en/of incassobureau's.

Artikel 6.5.4, derde lid, onderdeel e

De Zvw geeft de minister de bevoegdheid groepen aan te wijzen die onder, door de minister gestelde voorwaarden, geen bestuursrechtelijke premie verschuldigd zijn. De bedoeling is een zorgvuldig tot stand gekomen en structurele uitstroom te bewerkstelligen. Een dergelijke uitstroom kan in de praktijk alleen tot stand komen in samenwerking tussen zorgverzekeraar en gemeenten en dient aan de in artikel 6.5.6 van de Rzv gestelde voorwaarden te voldoen.

Het derde lid, onderdeel e, ziet op de inspanningsverplichting feitelijke medewerking te verrichten aan eventuele activiteiten van gemeenten gericht op schuldenproblematiek en de uitstroom van een wanbetaler met een bijstandsuitkering ingevolge de Participatiewet. Gemeenten zijn op basis van de Wet gemeentelijke schuldhulpverlening verantwoordelijk voor de schuldhulpverlening aan hun inwoners. Zorgverzekeraars kunnen gemeenten hierbij helpen bijvoorbeeld door gemeenten desgevraagd te informeren over betalingsachterstanden, zodat gemeenten kunnen interveniëren. De mogelijkheid deze gegevens te verstrekken is geregeld in artikel 7b.1 van de Rzv. Ook andere afspraken kunnen helpen bij het voorkomen en oplossen van betalingsachterstanden, zoals een collectieve zorgverzekering voor minima waarbij de premie wordt ingehouden op de bijstandsuitkering.

ZN en zorgverzekeraars zijn bezig met het opstellen van een protocol ten behoeve van de uitvoering van de aanvullende inspanningen en medewerking als bedoeld in dit onderdeel en onderdeel f van artikel 6.5.4 van de Rzv.



Artikel 6.5.4, derde lid, onderdeel f

Het derde lid, onderdeel f, ziet op de inspanningsverplichting feitelijke medewerking te verrichten aan de uitstroom van de wanbetaler uit het bestuursrechtelijk premieregime. De medewerking is gericht op het treffen van een betalingsregeling die ziet op betaling van de lopende premie én die uitzicht biedt op een structurele uitstroom. Van belang is dat kansrijke wanbetalers worden benaderd om een maatwerkoplossing te bieden waarin rekening wordt gehouden met de (persoonlijke) omstandigheden. Teneinde een structurele uitstroom mogelijk te maken is het vaak noodzakelijk dat de zorgverzekeraar openstaande schulden deels kwijtscheldt vanwege de beperkte financiële ruimte waarover de verzekeringnemer (ook op termijn) beschikt. Om de uitstroom structureel te laten zijn, zal de zorgverzekeraar de uitvoering van de betalingsregeling monitoren om te voorkomen dat de verzekeringnemer deze blijvend niet nakomt en terugvalt in het bestuursrechtelijke premieregime.

Artikel 6.5.4, vierde lid

Zorgverzekeraars dienen hun inspanningen en medewerking aan te tonen. Om toetsbaar te maken of is voldaan aan deze voorwaarden voor de wanbetalersbijdrage worden zij geacht interne richtlijnen en procedures te hanteren voor het verrichten van hun inspanningen en medewerking. Verder dient de administratie inzicht te bieden in de wijze waarop de zorgverzekeraar en door hem ingeschakelde derden uitvoering geven aan de incassoactiviteiten en de voorwaarden. De zorgverzekeraar en/of door hem ingeschakelde derden leggen duidelijk en op individueel dossierniveau vast welke activiteiten zijn verricht.

Artikel 6.5.4, tiende lid

In afwijking van het negende lid bedraagt de bijdrage per wanbetaler niet de standaardpremie, maar de gemiddelde nominale premie indien een zorgverzekeraar niet voldoet aan de inspanningsverplichtingen die beschreven zijn in de onderdelen e en f. De achtergrond hiervan is uiteengezet in het algemeen deel van deze toelichting.

Artikel II

De inwerkingtreding van deze regeling is gesteld op 1 januari 2017. De regeling heeft een geruime voorbereidingstijd gekend waarin frequent afstemming heeft plaatsgevonden met onder meer ZN en met individuele zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars hebben derhalve voldoende tijd om te kunnen voldoen aan de administratieve voorwaarden en het opstellen -voor zover nog niet aanwezig- van de interne richtlijnen of procedures.

Op de inwerkingtreding per 1 januari 2017 wordt een uitzondering gemaakt voor de twee aanvullingen op de inspanningen en medewerking die van zorgverzekeraars wordt verlangd alsmede voor het daaraan gekoppelde onderscheid tussen een hoge en een lage wanbetalersbijdrage. Er zijn thans nog slechts enkele zorgverzekeraars die aan deze voorwaarden kunnen voldoen. Daarom zullen deze voorwaarden eerst met ingang van 1 januari 2018 in werking treden, zodat zorgverzekeraars voldoende tijd hebben dit voor te bereiden.

*De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers*