



## Regeling van de Minister voor Medische Zorg van 23 november 2017, kenmerk 1259373-170386-Z, houdende wijziging van de Regeling zorgverzekering in verband met de wanbetalersbijdrage

De Minister voor Medische Zorg,

Gelet op de artikelen 34a, derde lid, en 38, tweede en 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 verstrekt een zorgverzekeraar per kalenderjaar een bijdrage voor het onder de dekking van de zorgverzekering houden van verzekerden voor wier zorgverzekering de bestuursrechtelijke premie verschuldigd is.
2. De bijdrage wordt berekend met de formule  $(A * B + C * D) * E$  waarbij wordt verstaan onder:
  - A: het aantal verzekerden voor wier zorgverzekering de bestuursrechtelijke premie verschuldigd was;
  - B: het aantal maanden in het kalenderjaar waarvoor de bijdrage wordt verstrekt waarin ter zake van de zorgverzekering de bestuursrechtelijke premie verschuldigd was;
  - C: het aantal verzekerden waarvoor 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;
  - D: het aantal maanden in het kalenderjaar waarvoor de bijdrage wordt verstrekt waarin ter zake van de 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;
  - E: de standaardpremie als bedoeld in artikel 4 van de Wet op de zorgtoeslag voor het desbetreffende jaar gedeeld door twaalf.
3. De bijdrage wordt slechts verstrekt indien de zorgverzekeraar aantoonbaar in voldoende mate de volgende inspanningen tot inning van de premies en medewerking aan activiteiten van de verzekeringnemers of derden, gericht op aflossing van de jegens de zorgverzekeraar bestaande, uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden levert:
  - a. het uiterlijk vanaf tien werkdagen na de uiterste datum voor betaling van de premie treffen of, indien noodzakelijk, door derden laten treffen van maatregelen tot inning en incasso van de premie die betamelijk zijn en in redelijkheid verlangd kan worden en waarbij kosten voor de verzekeringnemer zoveel mogelijk voorkomen worden door:
    - 1°. het informeren van de verzekeringnemer indien een automatische incasso van de premie niet slaagt;
    - 2°. de verzekeringnemer kosteloos een aanmaning te sturen;
    - 3°. de verzekeringnemer een tweede en derde aanmaning te sturen;
    - 4°. niet elke premiefactuur afzonderlijk te verzwaren met incassokosten;
  - b. verzekeringnemers die in verzuim verkeren tot nakoming van een betalingsregeling bedoeld in artikel 18a, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet, ten minste eenmalig in staat stellen dit verzuim te herstellen;
  - c. het bevorderen dat verzekeringnemers niet langer de bestuursrechtelijke premie, bedoeld in artikel 18d, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet verschuldigd zullen zijn door:
    - 1°. het periodiek, doch ten minste jaarlijks, aanbieden en vervolgens uitvoeren van een redelijke, op de omstandigheden van de verzekeringnemer afgestemd 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 verzekeringnemers die naar verwachting van de zorgverzekeraar aan de betalingsregeling zullen kunnen voldoen;



- 2°. het verlenen van medewerking aan het tot stand brengen en uitvoeren van betalingsregelingen en schuldsanering die ten minste in overeenstemming zijn met de door de Vereniging voor schuldhulpverlening en sociaal bankieren gehanteerde richtlijnen;
  - 3°. het in overleg met gemeenten verlenen van medewerking aan de uitvoering van artikel 6.5.6;
  - d. het inzetten van communicatiemiddelen die zijn afgestemd op de verzekeringnemers ten behoeve waarvan de inspanningen worden geleverd.
4. De zorgverzekeraar rapporteert in het uitvoeringsverslag, bedoeld in artikel 38 van de Zorgverzekeringswet over het werkelijk aantal verzekerden en maanden, bedoeld in het tweede lid, en over de werkelijk geleverde inspanningen en medewerking, bedoeld in het derde lid, voor zijn verzekerden.
  5. Het CAK kan de bijdrage verlagen indien:
    - a. de zorgverzekeraar de voorwaarden, bedoeld in het derde lid en artikel 34a, tweede lid, van de Zorgverzekeringswet, naar het oordeel van de zorgautoriteit niet in acht heeft genomen;
    - b. naar het oordeel van de zorgautoriteit in overwegende mate aan de zorgverzekeraar te wijten is dat meldingen, 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 konden worden gedaan.
  6. Het CAK verleent maandelijks ambtshalve een voorschot op de bijdrage dat wordt berekend op basis van het werkelijk aantal verzekerden, bedoeld in het tweede lid.
  7. Uiterlijk in april van het tweede jaar volgende op het kalenderjaar ten behoeve waarvan de bijdrage is verleend, stelt het CAK de bijdrage ambtshalve vast.
  8. Het CAK is bevoegd het verschil tussen de vastgestelde bijdrage en de bevoorschotte bijdrage te verrekenen met over een later kalenderjaar te verstrekken voorschotten op de bijdrage.

## ARTIKEL II

1. Op de bijdragen, bedoeld in artikel 34a, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet, waarop het CAK in het kalenderjaar 2017 voorschotten heeft verstrekt blijft artikel 6.5.4 van de Regeling zorgverzekering van toepassing zoals deze luidde op 31 december 2017.
2. Artikel 6.5.4, vierde lid, van de Regeling zorgverzekering is voor het eerst van toepassing op het uitvoeringsverslag over het kalenderjaar 2018.

## ARTIKEL III

Deze regeling treedt in werking met ingang van 1 januari 2018 nadat het in artikel I van de Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 9 december 2016 houdende wijziging van de Regeling zorgverzekering in verband met de wanbetalersbijdrage ten behoeve van zorgverzekeraars (Stcrt. 2016, 69126) opgenomen artikel 6.5.4, derde lid, onderdelen e en f, en tiende lid, van de Regeling zorgverzekering in werking is getreden.

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

*De Minister voor Medische Zorg,  
B.J. Bruins*



## 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. Artikel 34a, derde lid, van de Zvw schrijft voor dat bij ministeriële regeling wordt bepaald wanneer sprake is van voldoende inspanningen en medewerking.

Per 1 januari 2017 is met artikel 6.5.4 van de Regeling zorgverzekering (Rzv) invulling gegeven 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. Daarnaast is bepaald dat de wanbetalersbijdrage met ingang van 2018 wordt gedifferentieerd in een lage en hoge bijdrage, al naar gelang de zorgverzekeraar de aanvullende inspanningen en medewerking heeft verleend (Stcrt. 2016, 69126).

Bij de uitwerking van de aanvullende inspanningen en medewerking en van het toezicht daarop is door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) geconcludeerd dat de huidige inrichting van de wanbetalersbijdrage niet optimaal is. Om die reden wordt er gewerkt aan een nieuwe invulling van de wanbetalersbijdrage. Deze nieuwe invulling vereist een wijziging van de Zvw. Met ingang van 2018 wordt de Rzv aangepast om de overgang naar de nieuwe inrichting van de wanbetalersbijdrage te versoepelen.

De belangrijkste aanpassingen betreffen de invulling van de 'voldoende inspanningen en medewerking' en het afzien van de invoering van de gedifferentieerde bijdrage. Verder wordt de wanbetalersbijdrage per kalenderjaar verstrekt voor het in verzekering houden van wanbetalers en het verrichten van de inspanningen en medewerking ten behoeve van deze categorie verzekerden. De wanbetalersbijdrage wordt daarmee niet langer per wanbetaler verstrekt. Een en ander is aanleiding artikel 6.5.4 van de Rzv integraal te vervangen.

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 NZa.

De gevolgen voor de regeldruk zijn beperkt. Zorgverzekeraars moeten in hun jaarlijkse uitvoeringsverslag rapporteren over het werkelijk aantal verzekerden en maanden waarvoor de wanbetalersbijdrage wordt verstrekt en over de werkelijk geleverde inspanningen en medewerking. Zorgverzekeraars zijn al verplicht om jaarlijks een uitvoeringsverslag uit te brengen. De extra informatie over de wanbetalersbijdrage die in het jaarverslag moet worden opgenomen, kunnen zorgverzekeraars eenvoudig uit de administratie halen die zij reeds dienen bij te houden voor de wanbetalers en de wanbetalersbijdrage. In de praktijk is de toename van de regeldruk daarom dusdanig gering dat deze niet nader gekwantificeerd is.

### Artikelsgewijs

#### Artikel I

##### *Artikel 6.5.4, eerste lid*

Ingevolge het eerste lid van artikel 6.5.4 van de Rzv wordt de zorgverzekeraar per kalenderjaar één wanbetalersbijdrage verstrekt. De bijdrage wordt niet meer per zorgverzekering toegekend, maar ten behoeve van alle wanbetalers van een zorgverzekeraar tezamen.

##### *Artikel 6.5.4, tweede lid*

In het tweede lid staat de wijze van berekening van de wanbetalersbijdrage. De hoogte van de bijdrage is afhankelijk van het aantal verzekerden waarvoor de bestuursrechtelijke premie verschuldigd is en de periode waarin hun zorgverzekering in stand wordt gehouden. Inbegrepen zijn degenen die een bestuursrechtelijke premie verschuldigd zouden zijn, ware het niet dat zij nog niet daarvoor



aangemeld konden worden. Op jaarbasis is de bijdrage per verzekerde gelijk aan de standaardpremie.

#### *Artikel 6.5.4, derde lid*

Het derde lid bevat de uitwerking van de inspanningen en medewerking die van zorgverzekeraars wordt verlangd voor het verkrijgen van de wanbetalersbijdrage. Deze voorwaarden zijn in vier categorieën ingedeeld (onderdelen a tot en met d). Wellicht ten overvloede wordt opgemerkt dat de voorwaarden die reeds in artikel 34a van de Zvw staan, onverkort gelden.

#### **Onderdeel a**

In onderdeel a staat wat zorgverzekeraars doen voor inning en incasso van de premies. De zorgverzekeraar zal uiterlijk 10 werkdagen na de premievervaldag de openstaande premie constateren. De premievervaldag kan per zorgverzekeraar verschillen afhankelijk van het moment van factureren. Vanaf de premievervaldag start het incassotraject dat minimaal zes maanden in beslag zal nemen voordat een wanbetaler wordt aangemeld voor de bestuursrechtelijke premie (artikel 18c Zvw).

De zorgverzekeraar treft incasso-activiteiten die betamelijk zijn en in redelijkheid verlangd kunnen worden. 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. 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 Nederlandse 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 al gebruik maken van de diensten van andere incassopartners dan een deurwaarder of leden van de NVI, is verlangd dat ook deze derden dergelijke algemeen aanvaarde beginselen van zorgvuldigheid en deskundigheid onderschrijven en in de uitvoeringspraktijk toepassen.

Onnodige incassokosten kunnen zoveel mogelijk worden voorkomen door in ieder geval de volgende maatregelen:

- 1°. De zorgverzekeraar zal in de situatie dat een automatische incasso niet slaagt de verzekeringnemer hierover informeren. De praktijk wijst uit dat een automatische incasso soms niet geïnd kan worden bijvoorbeeld in verband met een tekort op de rekening waarvan geïnd wordt. In dat het geval kan bijvoorbeeld een stornobericht worden gestuurd.
- 2°. De zorgverzekeraar neemt de premie-achterstand waar en zendt de verzekeringnemer een kosteloze betalingsherinnering c.q. aanmaning.
- 3°. Indien de premie nog niet betaald wordt, zendt de zorgverzekeraar de verzekeringnemer in ieder geval een tweede en derde buitengerechtelijke betalingsherinnering- c.q. aanmaningsbrief. Hieraan kunnen kosten voor de verzekeringnemer verbonden zijn. De kosten worden bepaald overeenkomstig het Besluit vergoeding voor buitengerechtelijke incassokosten (Stb. 2012, 141).
- 4°. Gedurende het traject zal de zorgverzekeraar niet elke premiefactuur afzonderlijk verzwaren met buitengerechtelijke incassokosten.

#### **Onderdeel b**

Onderdeel b heeft betrekking op de situatie dat een verzekeringnemer in verzuim verkeert tot nakoming van een betalingsregeling. In artikel 18a van de Zvw is geregeld dat de zorgverzekeraar bij een premieachterstand van twee maanden een betalingsregeling aanbiedt. Wanneer een betalingsregeling tot stand is gekomen en de verzekeringnemer in verzuim verkeert tot nakoming daarvan, biedt de zorgverzekeraar hem minimaal eenmalig de gelegenheid dit verzuim te herstellen.

#### **Onderdeel c**

Onderdeel c bevat de volgende voorwaarden met het oog op de uitstroom van wanbetalers uit het bestuursrechtelijke premieregime.

- 1°. Teneinde de uitstroom te bevorderen en hernieuwde instroom tegen te gaan benadert de

zorgverzekeraar ten minste jaarlijks op basis van een doelgroepen analyse kansrijke wanbetalers om een maatwerkoplossing aan te bieden voor hun schulden. Bij een maatwerkoplossing wordt rekening gehouden met de (persoonlijke) omstandigheden van de verzekeringnemer. 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. Verder is van belang dat de zorgverzekeraar de uitvoering van de betalingsregeling monitort om te voorkomen dat de verzekeringnemer deze blijvend niet nakomt en terugvalt in het bestuursrechtelijke premieregime.

- 2°. De zorgverzekeraar werkt gedurende het incassotraject mee aan schuldhulpverlening en betalingsregelingen. Deze medewerking 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. Betalingsregelingen en schuldsanering zijn daarbij ten minste in overeenstemming met de door de Vereniging voor schuldhulpverlening en sociaal bankieren (NVVK) gehanteerde richtlijnen. 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. De zorgverzekeraar wordt geacht in beginsel positief te reageren op dergelijke schuldsaneringsvoorstellen. Wel mag hij verlangen dat de nieuw verschuldigde betalingsverplichtingen ingevolge de zorgverzekering volledig worden voldaan. De zorgverzekeraar handelt overeenkomstig het convenant dat NVVK met Zorgverzekeraars Nederland op 12 januari 2010 heeft gesloten.
- 3°. 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 gaat om feitelijke medewerking 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.

## Onderdeel d

In onderdeel d staat een algemene voorwaarde die de zorgverzekeraar in acht dient te nemen bij alle inspanningen en medewerking. Het betreft de wijze van benadering van wanbetalers. De zorgverzekeraar maakt voor zijn contacten met wanbetalers gebruik van de verschillende kanalen die specifiek aansluiten op de doelgroep die het betreft. Dit wordt gedaan op basis van beschikbare klantgegevens. Voorbeelden van kanalen zijn telefoon, sms, e-mail en andere digitale communicatiemiddelen.

### *Artikel 6.5.4, vierde lid*

Ingevolge het vierde lid beschrijft de zorgverzekeraar de geleverde inspanningen en medewerking in het jaarlijkse verslag over de uitvoering van de Zvw. Om toetsbaar te maken of is voldaan aan de voorwaarden voor de wanbetalersbijdrage worden zorgverzekeraars 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 door hem ingeschakelde derden leggen duidelijk en op individueel dossierniveau vast welke activiteiten zijn verricht.

Verder bevat het uitvoeringsverslag een opgave van het aantal verzekerden en het aantal maanden waarvoor de wanbetalersbijdrage wordt verstrekt.

### *Artikel 6.5.4, vijfde lid*

Het vijfde lid geeft het CAK de bevoegdheid de bijdrage te verlagen. Aanleiding tot een verlaging kan onder meer zijn het uitvoeringsverslag van de zorgverzekeraar of informatie van de NZa over de naleving van de Zvw door zorgverzekeraars. Jaarlijks voor 1 november rapporteert de NZa daarover (artikel 24, eerste lid, Zvw).



---

#### *Artikel 6.5.4, zesde lid*

Het zesde lid draagt het CAK op maandelijks een voorschot te betalen. Aan de hand van de aan- en afmeldingen voor de bestuursrechtelijke premie kan bepaald worden voor hoeveel verzekerden de wanbetalersbijdrage bestemd is. Bij de aanmelding van wanbetalers doen zorgverzekeraars een opgave van de periode waarin de wanbetaler gelet op artikel 18c, tweede lid, onderdeel b, c of d, van de Zvw nog niet aangemeld kon worden.

#### *Artikel 6.5.4, zevende lid*

In het zevende lid staat de laatste stap van de procedure voor het verstrekken van de wanbetalersbijdrage: de definitieve vaststelling door het CAK. Ook hiervoor is geen aanvraag van de zorgverzekeraar nodig.

#### *Artikel 6.5.4, achtste lid*

Tot slot geeft het achtste lid het CAK de bevoegdheid tot verrekening wanneer er meer is bevoorschot dan het bedrag waarop de wanbetalersbijdrage is vastgesteld.

#### **Artikel II**

Dit artikel bevat enkele bepalingen van overgangsrecht. In het eerste lid is geregeld dat de oude recht van toepassing blijft op de wanbetalersbijdragen die het CAK in 2017 heeft verstrekt.

Het tweede lid heeft betrekking op de rapportage over de wanbetalersbijdrage die na afloop van het kalenderjaar moet worden opgenomen in het uitvoeringsverslag. Aangezien de wanbetalersbijdrage in 2018 voor het eerst volgens het nieuwe systematiek wordt verstrekt, zal de eerste rapportage daarover deel uitmaken van het uitvoeringsverslag over dat jaar. Artikel 6.5.4, vierde lid, van de Rzv heeft geen effect op het uitvoeringsverslag over 2017.

#### **Artikel III**

Met ingang van 1 januari 2018 treden enkele delen van artikel 6.5.4 van de Rzv in werking als gevolg van een eerdere wijzigingsregeling van 9 december 2016. In dit artikel wordt geregeld artikel 6.5.4 van de Rzv direct daarna volledig wordt vervangen als gevolg van de onderhavige wijzigingsregeling.

*De Minister voor Medische Zorg,  
B.J. Bruins*