

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 RAPPORT¹

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

¹ 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 incassomogelijkheden 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.*¹

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 verzekeren² en geldt voor de verzekeraar een acceptatieplicht.³ De zorgverzekering is (een bijzondere vorm van) een privaatrechtelijke verzekeringsovereenkomst.⁴ 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.⁵ 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.⁶ 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.⁷

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.⁸ 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.

¹ 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.

² 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).

³ 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.

⁴ Zoals geregeld in titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek.

⁵ 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.

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

⁷ Artikel 3.18 van het Besluit Zorgverzekeringswet.

⁸ 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.¹ 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

¹ 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.¹ Ook wordt het CVZ bevoegd de bestuursrechtelijke premie bij dwangbevel in te vorderen.²

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:³

- 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

¹ Op termijn ook de Belastingdienst met het oog op de zorgtoeslag.

² Met beslaglegging op bankrekening of goederen.

³ 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 toelichting¹ 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.² 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.

¹ Paragraaf 4.1.

² 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-gerelateerde 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.¹ 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.² 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

¹ Hoofdzakelijk via het vereveningsstelsel.

² 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).¹ 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.² 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.³ 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 bestuursrechtelijke premie 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

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

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

³ 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 zonnodig 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).¹ 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

¹ 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.¹ 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

¹ Advies van 14 maart 2008, kenmerk z2007-01538, blz. 4.

vastgesteld.¹ 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.²

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.³ 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.

¹ Aanwijzing 26 van de Aanwijzingen voor de regelgeving.

² 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).

³ 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 behoeft slechts eenmaal te worden opgenomen.