

Vergaderjaar 2008–2009

31 736

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

Nr. 6

NOTA NAAR AANLEIDING VAN HET VERSLAG

Ontvangen 12 december 2008

Met grote belangstelling heb ik kennis genomen van het verslag op het voorstel van wet tot wijziging van de Zorgverzekeringswet, de Wet op de zorgtoeslag en enige andere wetten, houdende maatregelen om ook wanbetalers voor hun zorgverzekering te laten betalen (structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering). Met genoegen constateer ik algehele steun voor de strekking van dit voorstel. Graag wil ik van de mogelijkheid gebruik maken om in deze nota naar aanleiding van het verslag de gestelde vragen te beantwoorden en de maatregelen verder toe te lichten. Bij de beantwoording van de vragen heb ik zoveel mogelijk aangesloten op de volgorde van het verslag.

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

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

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

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

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

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

Verder willen de leden van de CDA-fractie weten of alle andere alternatieven zijn overwogen om wanbetaling tegen te gaan.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Als gemeenten deze verantwoordelijkheid niet nemen, lopen ze het risico dat inwoners onverzekerd blijven of door royement onverzekerd raken.

Als ze dan te maken krijgen met zorgkosten zullen zij een beroep doen op de (bijzondere) bijstandsregeling.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

De leden van de SP-fractie vragen vanaf welk premiejaar dit wetsvoorstel gaat gelden. Het is de bedoeling dat de wetswijziging zo vroeg mogelijk in 2009 van kracht wordt. Het gaat dan over het premiejaar 2009. Dit is mogelijk omdat met de voorgestelde structurele oplossing van de wanbetalersproblematiek grotendeels wordt aangesloten op de tijdelijke regeling die voor wanbetalers van de zorgpremie is getroffen. Eerder in deze beantwoording ben ik al ingegaan op mijn redenen om te kiezen voor 130% van de standaardpremie als hoogte van de bestuursrechtelijke premie.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

De leden van de VVD-fractie vragen of de regering heeft overwogen om voor de groep allochtonen specifiek beleid in te zetten, omdat hier sprake kan zijn van een trend van ontduiken van premiebetaling. Ik heb dat niet overwogen omdat de oplossing waarvoor gekozen is een oplossing biedt voor alle wanbetalers, zonder nader onderscheid.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

De leden van de VVD-fractie geven aan dat ze voorstander zijn van keuzevrijheid. Ze vinden echter dat het recht op weggaan bij een zorgverzekeraar vervalt als er sprake is van betalingsachterstand.

De door de VVD-fractie gewenste reactie is reeds gerealiseerd. Het is een verzekerde met een betalingsachterstand, bij wijziging van de Zvw (Stb. 2007, 540), sinds 21 december 2007 verboden om zijn zorgverzekeringsovereenkomst op te zeggen.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

rente en door de zorgverzekeraar gemaakte incassokosten, zoals de leden van de VVD-fractie terecht aangeven, niet meetellen, en daarnaast blijven buiten beschouwing schulden die de verzekerde ter zake van eigen betalingen bij de zorgverzekeraar kan hebben. Voor de redenen daarvoor zij verwezen naar het gestelde in paragraaf 5.2.b van het algemene deel van de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel. Zij komen er kort gezegd op neer dat aldus het risico van voor burgers onhelder beleid (reden één) en rechtsongelijkheid tussen wanbetalers (reden twee) kunnen worden voorkomen.

Dat de rente, kosten en eigen betalingen niet meetellen voor de vraag of iemand een premie-achterstand van zes maandpremies heeft en dus vanaf dat moment bestuursrechtelijke premie moet gaan betalen, wil echter niet zeggen dat hem die kosten worden kwijtgescholden, evenmin als hem die eerste zes maandpremies worden kwijtgescholden. Integendeel, de zorgverzekeraar zal blijven proberen om de kosten, rente en niet voldane eigen betalingen, tezamen met die eerste zes maandpremies, alsnog bij de verzekeringnemer te incasseren. Bovendien kan iemand pas uit het bestuursrechtelijke regiem komen als hij *alle* uit zijn zorgverzekering voortvloeiende schulden jegens zijn zorgverzekeraar heeft voldaan of daar met zijn zorgverzekeraar en door tussenkomst van een schuldhulpverlener betalingsafspraken over heeft gemaakt (of als de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen op hem van toepassing is verklaard, in welk geval hij echter vele schulden zal hebben die geen van alle volledig voldaan zullen kunnen worden). Gezien het voorgaande zal het doorgaans de wanbetaler zijn, die voor de zelf gemaakte schulden jegens de zorgverzekeraar opdraait, en niet degene die wel altijd netjes zijn premie betaalt.

Met de leden van de VVD-fractie ben ik het eens, dat een wanbetaler het doorgaans aan zichzelf te danken heeft dat hij in het bestuursrechtelijk systeem terecht komt. Zouden echter ook niet aan de zorgverzekeraar voldane eigen betalingen meetellen voor de vraag of een betalingsachterstand ter hoogte van zes maandpremies is bereikt, dan zouden mensen die de pech hebben zorg nodig te hebben gehad, eerder in het bestuursrechtelijke regiem terecht komen dan mensen die geen zorg nodig hebben gehad. Dat vind ik niet rechtvaardig. Zoals ik in het voorgaande al heb aangegeven, zullen ook de kosten voor gemiste eigen betalingen overigens uiteindelijk voor rekening van een structurele wanbetaler komen.

De Raad van State heeft zich in zijn advies op het standpunt gesteld dat uitkeringen niet bij ministeriële regeling moeten worden aangewezen, zo stellen de leden van de VVD-fractie. Zij vragen mij hier nader op in te gaan. Voor zover de leden van de VVD-fractie beogen te refereren aan punt 7a van het advies van de Raad, kan ik antwoorden dat het advies is opgevolgd: de inkomensbestanddelen waarop ten behoeve van de inning van de bestuursrechtelijke premie de zogenoemde broninhouding mag plaatsvinden, worden nu in de wet zelf genoemd. Het gaat in dat verband om loon in de zin van de Wet op de loonbelasting 1964 (art. 18e, tweede lid, Zvw). Daar vallen ook socialezekerheidsuitkeringen en aanvullende pensioenen onder.

Mochten de leden van de VVD-fractie bedoelen te vragen waarom de minimumloongerelateerde uitkeringen waarop in plaats van 130% slechts 100% van de standaardpremie zal worden ingehouden, bij ministeriële regeling zullen worden aangewezen (iets waarover de Raad overigens niet uitgesproken kritisch was), dan is het antwoord dat de Zvw te gedetailleerd zou worden als dit allemaal op wetsniveau zou moeten worden geregeld. Daarbij moet worden bedacht dat het hier slechts gaat om de *wijze waarop* de bestuursrechtelijke premie van mensen met een minimumloongerelateerde uitkering zal worden geïnd, niet om de hoogte

van de verschuldigde premie. Ook structurele wanbetalers met een minimumloongerelateerde uitkering zullen een bestuursrechtelijke premie ter hoogte van 130% van de standaardpremie, bedoeld in de Wzt, moeten betalen, alleen zal deze niet geheel op hun uitkering worden ingehouden. Voor de reden daarvoor verwijs ik de leden van de VVD-fractie gaarne naar mijn antwoord op de vraag van de leden van de CDA-fractie over de inhoud van de ministeriële regeling, bedoeld in artikel 18f, derde lid, Zvw.

De leden van de PVV-fractie vragen welk bedrag er op dit moment door wanbetaling en onverzekerd zijn ten laste komt van premiebetalende medeburgers. Ze vragen verder met welk percentage de nominale premie omlaag zou kunnen als er geen sprake was van wanbetaling of onverzekertheid. Ze vragen of de aanpak van wanbetaling tot een verlaging van de nominale premie zal leiden.

Het premieverlies dat door wanbetalers wordt veroorzaakt wordt geraamd op € 20 mln. per maand. Voor onverzekerden is het lastig om een bedrag aan te geven, omdat tegenover de gedeelde premie staat dat er geen zorgkosten hoeven te worden vergoed. Als de in het wetsontwerp voorgestelde maatregelen het fenomeen wanbetaling volledig uitbannen, kan de nominale premie met ongeveer één procent dalen. Daarnaast kan ook de inkomensafhankelijk bijdrage dalen.

De leden van de PVV-fractie vragen hoe hoog de totale zorgkosten zijn van wanbetalers en onverzekerden. Zij vragen verder of deze kosten op hen worden verhaald en of het geen goede zaak zou zijn om deze groepen alleen voor acute zorg in aanmerking te laten komen.

De zorgkosten van wanbetalers zijn bij mij niet bekend. Onverzekerden veroorzaken geen zorgkosten voor de zorgverzekering; ze zijn immers niet verzekerd. Het verhalen van zorgkosten op wanbetalers is uitgesloten. Wanbetalers zijn immers verzekerd tegen zorgkosten. Op de zorgverzekeraar rust een zorgplicht. Het is alleen mogelijk de premie te verhalen die de verzekeringnemer verschuldigd is. Dat is dan ook wat zorgverzekeraars (blijven) doen met hun incasso-activiteiten. Het is geen goede zaak om de verzekerde zorg voor deze groepen te beperken. We hebben in Nederland een verzekeringsstelsel waarbij iedereen zich tegen zorgkosten moet verzekeren en waarbij voor iedereen hetzelfde standaardpakket geldt. Hierop gaan we niet marchanderen.

De leden van de PVV-fractie vragen of het niet beter zou zijn om voor bijstandsgerechtigden de zorgtoeslag en de resterende premie rechtstreeks aan de zorgverzekeraar te laten overmaken.

Voor zo'n maatregel bestaat geen noodzaak. Van de bijstandsgerechtigden betaalt 93% zijn premie wel; de bijstandsuitkering is er ook op gebaseerd dat er een zorgpremie uit betaald moet worden. Voor de 7% die momenteel niet betaalt is gemeentelijke overheid nu al bevoegd om de nominale premie op de uitkering in te houden. Als ze dat nu nog niet doen, zijn ze straks verplicht de bestuursrechtelijke premie op de uitkering in te houden.

Inning/Incasso

Zoals de leden van de CDA-fractie al hebben verwacht loopt het bestaande incassoprotocol door tot het moment dat de wetswijziging van kracht wordt. Zorgverzekeraars maken onderling afspraken voor een nieuw wanbetalersprotocol met als belangrijkste inzet dat wanbetaling niet zal leiden tot royement of opschorting van de dekking van de zorgverzekering en dat de (incasso)-inspanningen erop gericht zullen zijn om betalingsachterstanden zoveel mogelijk te voorkomen en – als ze toch ontstaan – zo snel mogelijk adequaat op te lossen. Ik neem aan dat de tekst

van het protocol bekend zal zijn bij de behandeling van voorliggend wetsontwerp in uw kamer.

De leden van de CDA-fractie vragen zich af of de werkgever kan worden verplicht om de bestuursrechtelijke premie in te houden op het periodieke inkomen en welk effect deze inhouding heeft voor de administratieve lasten van de werkgever.

Het antwoord op de vraag of werkgevers verplicht zullen kunnen worden de bestuursrechtelijke premie in te houden op het loon, luidt bevestigend. Dat de werkgevers het door het CVZ aangegeven bedrag op het loon zullen moeten inhouden en aan het CVZ zullen moeten afdragen, wordt geregeld in artikel 18e, tweede lid, Zvw.

Het effect dat de inhouding heeft op de administratieve lasten van de werkgever is beperkt. De bestuursrechtelijke premie wordt ingehouden op het netto inkomen, direct ná de belastingen en sociale premies. Salarispakketten hebben allemaal al de mogelijkheid tot een netto inhouding. In de zin van administratieve handelingen is de bronheffing vergelijkbaar met bijvoorbeeld de bijdrage aan de personeelsvereniging. Het werk voor de werkgever of de uitvoeringsinstantie blijft beperkt tot één actie bij de aanmelding en één actie bij de afmelding. Het levert géén maandelijks terugkerend werk op.

In de brief van 5 november 2008 (Kamerstukken II 2008/09, 31 066, nr. 64) heeft de Staatssecretaris van Financiën uw Kamer onlangs geïnformeerd over de vertraagde invoering van het nieuwe toeslagensysteem per 1 januari 2010 (in plaats van 1 juli 2009) en het feit dat dit gevolgen heeft voor onderhavig wetsvoorstel. De leden van de CDA-fractie vragen wat deze consequenties zijn.

De vertraagde invoering van het toeslagensysteem staat invoering van het wetsvoorstel niet in de weg. De gevolgen slaan met name neer bij de uitvoering door het CVZ. De vertraging heeft tot gevolg dat het CVZ nog geen gebruik kan maken van zijn bevoegdheid om de Belastingdienst/Toeslagen op te dragen een (voorschot op een) zorgtoeslag aan hen over te maken. Het CVZ heeft dus tijdelijk een instrument minder ter beschikking om de bestuursrechtelijke premie te innen.

De leden van de VVD-fractie vragen of het voor een zorgverzekeraar lonend is zich in te spannen voor premie-inning in de eerste zes maanden. Als het lonend is vragen deze leden zich af hoe zich dat verhoudt tot de stelling in de toelichting dat een zorgverzekeraar zich uit de markt prijst als hij slecht betaaldedrag accepteert of als hij veel moet uitgeven om premies te incasseren.

De in paragraaf 4.1 van de (algemene) toelichting vermelde stelling heeft betrekking op een situatie waarin sommige verzekeraars selecteren op betalingsrisico terwijl andere verzekeraars dat niet doen. In een stelsel waarin het verplicht is iedereen tegen dezelfde premie te accepteren die zich wil verzekeren, is het kostenbesparend om verzekerden met een slecht betaaldedrag zo snel mogelijk te royeren. Deze kostenbesparing levert een concurrentievoordeel op.

Omdat zorgverzekeraars onderkennen dat het niet wenselijk is in een sociaal verzekeringsstelsel op betaalrisico te concurreren hebben ze met mij afgesproken verzekerden met betalingsachterstanden niet te royeren en hebben ze onderling – in de vorm van een incassoprotocol – afspraken gemaakt over hoe ze met betalings-achterstanden omgaan. Hiertegenover heb ik mij verplicht zorgverzekeraars die de verzekering blijven uitvoeren te compenseren voor de gederfde premie boven zes maandpremies en is wettelijk geregeld dat verzekerden met betalingsachterstand niet kunnen opzeggen.

In deze omgeving van (betrekkelijk) gelijke inspanningen, compensatie en vastlegging van schuldenaars zijn incasso-inspanningen.

De leden van de VVD-fractie verwijzen naar een opmerking van de Raad van State, die stelt dat de zorgverzekeraars in feite kunnen wachten totdat het CVZ na zes maanden het premierisico van hen overneemt. Zij vragen mij hierop te reageren.

In mijn reactie op het advies van de Raad heb ik aangegeven dat de zorgverzekeraars het premierisico over de eerst zes maandpremies blijven lopen. Het CVZ neemt dit risico niet over. Naar aanleiding van het advies van de Raad heb ik de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar voor de premie-inning in het wetsvoorstel benadrukt door een betalingsregeling na twee maanden achterstand verplicht te stellen. Daarnaast is het recht van een zorgverzekeraar op een bijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds afhankelijk gesteld van de (incasso-)inspanningen die hij verricht om een wanbetaler zo kort mogelijk in het regiem van de bestuursrechtelijke premie te houden.

Ik ben het dan ook niet eens met de stelling van de Raad.

De leden van de VVD-fractie vragen wat er gebeurt met het overgangsrecht. Wat gebeurt er met verzekerden die nu al meer dan zes maandpremies betalingsachterstand hebben?

Het overgangsrecht staat beschreven in (de toelichting op) artikel IX. Het komt er in het kort op neer dat de zorgverzekeraar een verzekerde die op het moment van inwerking treden van deze wet een betalingsachterstand heeft van meer dan twee maandpremies binnen tien dagen een betalingsregeling moet aanbieden. Daarna volgen de andere voorgeschreven stappen, die alle bedoeld zijn om de aanmelding van de verzekerde voor de bestuursrechtelijke inning te voorkomen. Deze ruimte voor een zorgvuldig voorbereidingstraject spooft met het advies van de Raad. Het staat een zorgverzekeraar natuurlijk vrij om eerder dan de datum waarop de wet in werking treedt te starten met het voorbereidingstraject dat in de wet wordt voorgeschreven.

Leden van de VVD vragen of het wenselijk en nodig is om de werkgever te informeren over de wanbetaling van zijn werknemers en waarom voor deze werkgeversrol gekozen is.

Ik heb hiervoor gekozen omdat ik van de inhouding op het periodieke inkomen de grootste bijdrage verwacht aan het oplossen van wanbetaling tegen de laagste administratieve lasten. Ik zie wel in dat het bekend worden van betalingsachterstand bij de werkgever ingrijpend kan zijn. De betrokkene heeft echter voldoende gelegenheid gehad om dit te voorkomen. Als er beslag op inkomen wordt gelegd in verband met schulden van de werknemer gelden dezelfde verplichtingen voor de werkgever. Overigens hoeft de werkgever geen aparte administratie aan te leggen voor de bronheffing. De vormgeving van de bronheffing is zodanig dat deze aansluit op de manier waarop werkgevers hun loonadministratie voeren.

Rechtsbescherming

De leden van de CDA-fractie stelden enkele vragen over de rechtsbescherming tegen een onterechte melding bij het CVZ.

Als ten aanzien van een zorgverzekering volgens de administratie van de verzekeraar een premie-achterstand van vier maanden is ontstaan, dan waarschuwt de verzekeraar de verzekeringnemer (en, indien deze een ander is, de verzekerde) dat hij van plan is de zorgverzekering voor het heffen van de bestuursrechtelijke premie bij het CVZ aan te melden zodra de schuld tot zes maandpremies zal zijn opgelopen. Hij geeft daarbij aan dat een verzekeringnemer (of een verzekerde) die van mening is dat wél alle premies zijn voldaan dan wel dat de premieachterstand minder dan vier maandpremies bedraagt, binnen vier weken contact met hem kan opnemen. Naar aanleiding van zo'n signaal van zijn verzekerde zal de

verzekeraar nogmaals nagaan of zijn premie-administratie ten aanzien van betrokkene klopt. Is dat volgens hem het geval, dan deelt hij dit aan betrokkene mee, waarna deze vier weken heeft om, indien hij het nog steeds niet met de zorgverzekeraar eens is, een geschil voor te leggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) of de burgerlijke rechter. Een keuze voor de SKGZ betekent dat de verzekeringnemer (of verzekerde) zich neerlegt bij het bindend advies dat de SKGZ zal uitbrengen. Evenzo zal de zorgverzekeraar zich daarbij dienen neer te leggen. Een verzekeringnemer of verzekerde die het niet eens is met het bindend advies van de SKGZ, kan dat dus in principe niet meer door de burgerlijke rechter laten toetsen. Hier is één uitzondering op: indien betrokkene van mening is dat de gebondenheid aan het advies in verband met de inhoud of de wijze van totstandkoming ervan in de gegeven omstandigheden naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar zou zijn, kan hij het ter vernietiging aan de burgerlijke rechter voorleggen. De rechter toetst dan marginaal. Anders gezegd: het advies van de SKGZ moet toch wel heel ernstige gebreken hebben, wil de rechter het vernietigen. Tot nog toe is dit dan ook nog nooit gebeurd.

De leden van de CDA-fractie begrijpen het inderdaad goed dat een zorgverzekering pas bij het CVZ wordt aangemeld nadat de premieschuld een bedrag van zes maandpremies heeft overschreden. Dat kan het geval zijn als iemand naar aanleiding van de hierboven bedoelde «vierdemaandswaarschuwing» gebruik heeft gemaakt van de mogelijkheid om het bestaan of de hoogte van de premie-achterstand te betwisten. Hij heeft daar vier weken voor, waarna de zorgverzekeraar zo snel mogelijk nogmaals de premie-achterstand dient te berekenen. Vervolgens heeft betrokkene weer vier weken om het resultaat van deze heroverweging desgewenst te laten toetsen door de SKGZ of de burgerlijke rechter. Ik verwacht dat meestal voor de SKGZ zal worden gekozen, aangezien de toegang tot de SKGZ laagdrempeliger is. Op verzoek van VWS en van ZN werkt de SKGZ aan een procedure om in dit soort zaken zo snel mogelijk tot een zorgvuldig bindend advies te komen. Hoe snel alle betrokkenen ook werken, niet kan worden uitgesloten dat iemand die tegen de «vierdemaandswaarschuwing» in het geweer komt pas bij het CVZ kan worden gemeld nadat de premieschuld tot een bedrag van meer dan zes maandpremies is opgelopen. Dat komt doordat iemand na de waarschuwing en ook na de heroverweging voldoende tijd moet krijgen om zijn bezwaren kenbaar te maken, en omdat iemand pas bij het CVZ kan worden aangemeld nadat een beslissing op de heroverweging, een advies van de SKGZ of een beslissing van de rechter formele rechtskracht heeft verkregen. Op zich is het vervelend dat aldus mensen nog enige tijd nadat de schuld tot zes maandpremies is opgelopen buiten het bestuursrechtelijke regiement kunnen blijven. Echter, zeker nu het CVZ slechts marginaal zal toetsen of aanmeldingen voor het bestuursrechtelijke regiement terecht zijn verricht, dient te worden voorzien in een goede rechtsbescherming voor mensen die van mening zijn dat zij ten onrechte dreigen te worden aangemeld. De hiervoor beschreven, zorgvuldige procedure voorziet hierin. Kortere termijnen kunnen, behalve daar waar de zorgverzekeraars, de SKGZ of de burgerlijke rechter zelf tot de conclusie komen dat met behoud van kwaliteit procedures versneld kunnen worden, tot onvoldoende rechtsbescherming leiden.

De leden van de fractie van de PvdA willen weten of het CVZ inhoudelijk toetst of een bij hem aangemelde wanbetaler werkelijk een wanbetaler is met een premieschuld van ten minste zes maanden. Heeft het CVZ in dezen beleidsvrijheid en zo nee, wat houdt de marginale toets die het CVZ verricht dan in?

Het CVZ is verplicht van iedere aangemelde wanbetaler de bestuursrechtelijke premie te heffen zonder dat hij nagaat of die melding terecht

was. Dat wil zeggen: zonder dat hij nagaat of betrokkene daadwerkelijk een achterstand van (ten minste) zes maandpremies heeft. Zou het CVZ dat wel steeds moeten nagaan, dan zou dat in feite betekenen dat het telkens een oordeel zou moeten geven in een kwestie die in wezen in het privaatrechtelijke domein tussen de verzekeringnemer en de privaatrechtelijke verzekeraar speelt, namelijk of de verzekeringnemer werkelijk een premie-achterstand bij zijn zorgverzekeraar heeft en zo ja, of die achterstand de hoogte van zes maandpremies heeft bereikt. De regering is van mening dat verschillen van mening hierover in het privaatrechtelijke domein, en dus niet in het bestuursrechtelijke domein door een bestuursorgaan als het CVZ, moeten worden beslecht. Daarom wordt in het wetsvoorstel voorzien in een zorgvuldige, privaatrechtelijke voorprocedure, waarbinnen iedereen die van mening is dat zijn zorgverzekeraar hem ten onrechte bij het CVZ dreigt aan te melden, voldoende mogelijkheden krijgt om daar tegen op te komen. Zolang een verschil van mening hierover niet is beslecht, mag de melding niet worden verricht.

Als gezegd dient het CVZ ervan uit te gaan dat iedere aangemelde wanbetaler daadwerkelijk een schuld van ten minste zes maandpremies heeft. Het CVZ heeft derhalve niet de beleidsvrijheid om in sommige gevallen wel, en in andere niet na te gaan of die schuld er daadwerkelijk was. Wel zal het CVZ na moeten gaan of bij de melding de verklaring, bedoeld in artikel 18c, derde lid, Zvw is geleverd, dat wil zeggen of de verzekeraar aan heeft gegeven ten aanzien van de aangemelde wanbetaler de voorgeschreven voorprocedure in acht te hebben genomen. Die verklaring vormt onderdeel van de melding, zodat het ontbreken ervan betekent dat er geen geldige melding is gedaan en het CVZ de zorgverzekeraar zal meedelen dat deze alsnog de voorprocedure moet volgen dan wel, als deze wel is gehouden maar de verzekeraar vergeten heeft de verklaring af te geven, de verklaring dient te leveren.

De marginale toets die het CVZ dient te verrichten gaat niet zozeer over de vraag of iemand een premie-achterstand van zes maanden heeft, maar of hij deze al dan niet zou *kunnen* hebben. Personen onder de achttien jaar, bijvoorbeeld, kunnen een dergelijke premie-achterstand niet hebben, omdat zij voor hun verzekering in het geheel niet premieplichtig zijn.

Zowel de leden van de VVD-, als de leden van de PvdA-fractie vragen in de paragraaf «consultatie en advies» naar mijn verschil van inzicht over de werklastraming met de Raad voor de Rechtspraak. Ik deel overigens de hoofdlijnen van de analyse dat het beroep op de civiele rechtspraak door de wetswijziging zal afnemen en dat het beroep op de bestuurlijke rechtspraak zal toenemen. Voor het te verwachten beroep op de bestuurlijke rechtspraak heb ik, mede naar aanleiding van de forse werklastraming van de Raad, het CVZ geraadpleegd. Het CVZ verwacht, vanuit haar ervaring met bezwaren in het kader van de wetstoepassing voor verdragsgerechtigden (zie art. 69 van de Zvw), dat het mogelijk zal zijn om met voorbeeldzaken te werken. Dat wil zeggen dat het CVZ bezwaarden voorstelt het nemen van beslissingen op bezwaar aan te houden totdat in een beperkt aantal, op de zaken van deze bezwaarden lijkende zaken een besluit door de (hoogste) bestuursrechter zal zijn genomen. Vervolgens handelt het CVZ de aangehouden bezwaren conform de lijn van de uitspraken af. De ervaring van het CVZ bij de uitvoering van artikel 69 van de Zorgverzekeringswet is dat de meeste bezwaarden instemmen met het aanhouden van het bezwaar totdat er een rechterlijke uitspraak is. Eenzelfde werkwijze geldt voor de procedures in hoger beroep. Er is dus geen sprake van een beperking van de rechtsgang zoals de VVD vreest, deze blijft voor iedereen volledig open. Vanwege het aanhouden (met toestemming van betrokkene) van gelijklopende bezwaren totdat er in enkele van deze zaken een gerechtelijke uitspraak is, zal het aantal zaken dat voorligt bij de bestuursrechter naar verwachting beperkt kunnen zijn. De Raad heeft de werklust echter geraamd op basis van het wetsvoorstel

zonder de werkwijze bij het CVZ mee te hebben kunnen wegen. Hoe groot het extra beroep op de rechtspraak straks werkelijk is, zal uit de praktijk moeten blijken. De kosten voor het daadwerkelijke extra beroep op de rechtspraak zullen door VWS worden gedragen.

Consultatie en advies en administratieve lasten

De leden van zowel de CDA-, PvdA-, VVD- als SP-fracties hebben vragen gesteld over de administratieve lasten van de wetswijziging voor de werkgevers en vragen zich af of de werkgeversorganisaties zijn geconsulteerd en of het voorstel voor advies is voorgelegd aan Actal.

Het wetsvoorstel is begin 2008 aan diverse adviesorganen voorgelegd, waaronder aan Actal. Actal heeft het wetsvoorstel beoordeeld en aangegeven dat een toename voor werkgevers elders gecompenseerd diende te worden. Verder heeft Actal geconstateerd dat er aandacht is besteed aan het verkennen van mogelijke alternatieven om administratieve lasten zo laag mogelijk te houden en dat er gekozen is voor het minst belastende alternatief. Een nader advies achtte Actal, gegeven zijn selectiecriteria, niet nodig.

Bij de voorbereidingen voor het wetsvoorstel is óók met de werkgeversorganisaties Vereniging VNO-NCW (VNO-NCW) en de Brancheorganisatie voor Midden- en Kleinbedrijf (MKB Nederland) gesproken. Het is mij van het begin af aan duidelijk geweest dat werkgevers liever geen rol spelen als hun werknemers de rekeningen niet betalen. Het MKB heeft in augustus van dit jaar zijn mening en zijn zorgen over de structurele maatregelen tegen de wanbetalers van de nominale zorgpremie ook in een brief aan mij verwoord. Deze brief heb ik in september uitgebreid beantwoord. Blijkbaar is het MKB hierdoor nog niet overtuigd geraakt. De kritiek van het MKB speelde ook al bij de introductie van de Zvw.

Werkgevers verwachten extra lasten door de bronheffing en komen door die heffing bovendien op de hoogte van betalingsproblemen van hun werknemers. Die extra lasten acht ik niet waarschijnlijk. Als er nu op verzoek van een verzekeraar loonbeslag wordt gelegd moeten werkgevers dat immers ook uitvoeren. Bovendien komen zij ook in die situatie op de hoogte van betalingsproblemen van medewerkers. Er is geen sprake van dat werkgevers zelf de betalingsachterstanden van hun medewerkers voor de zorgpremie moeten gaan bijhouden, zoals de VVD vreest. Bovendien is de bronheffing zó vorm gegeven, dat hij aansluit op de manier waarop werkgevers hun loonadministratie voeren. De inhouding is steeds hetzelfde bedrag en vindt plaats op het nettoloon, net als de inhouding voor de bijdrage aan de personeelsvereniging. Alle salarissystemen zijn hierop al ingericht, dus ik verwacht geen initiële kosten. De last voor de werkgever blijft beperkt tot één actie bij de aanmelding en één actie bij de afmelding. De informatie-uitwisseling van aan- en afmelding verloopt zo mogelijk elektronisch. Ik verwacht daarom dat de lasten voor het bedrijfsleven beperkt zullen zijn. Per saldo verwacht ik overigens helemaal geen effect op de administratieve lasten als gevolg van dit wetsvoorstel, omdat verzekeraars in totaal minder incassokosten hoeven te maken dan nu het geval is en omdat de last bij werkgevers als gevolg van beslaglegging ten behoeve van verzekeraars als schuldeiser sterk zal verminderen. Ik zie dan ook geen conflict met het kabinetsbeleid om de administratieve lasten met 25% te reduceren.

Ik wil niet onvermeld laten dat het óók in het belang van werkgevers is dat wanbetaling van de nominale zorgpremie structureel wordt opgelost. Het eerste belang is dat ook werknemers verzekerd blijven voor zorgkosten, ook de zorgkosten die worden veroorzaakt door bedrijfsongevallen en beroepsziekten. Het tweede belang is direct van financiële aard. Tekorten in de financiering door te weinig nominale premies worden door verzeke-

raars opgevangen door de premie te verhogen. Een verhoging van de premie zal zo weer leiden tot een verhoging van de inkomensafhankelijke bijdrage, waarvoor de rekening in veel gevallen weer bij de werkgevers komt te liggen. Kortom: het structureel oplossen van betalingsproblemen bij de nominale zorgpremie is óók in het belang van werkgevers.

De leden van de VVD-fractie vragen zich voorts af of de uitvoeringsinstanties voor uitkeringen en pensioen voldoende zijn toegerust om de wetgeving uit te kunnen voeren.

Uit de analyses van het CBS is af te leiden dat er een aantal uitvoeringsorganisaties zijn die grotere aantallen wanbetalers in hun cliëntenbestand kunnen hebben. Het betreft dan het Uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen (UWV), de gemeenten – voor de bijstandsgerechtigden – en de Sociale verzekeringsbank (SVB). Daarom heb ik deze organisaties, via mijn collega bij SZW, deze zomer om een uitvoeringstoets gevraagd, ervan uitgaande dat de regelgeving per 1 januari 2009 van kracht zou zijn. Zowel gemeenten, het UWV als de SVB hebben aangegeven dat de regelgeving uitvoerbaar is. Ze hebben daarnaast aangegeven dat ze tijd nodig hebben voor het verwerken van het stuwmeer. Naar het zich nu laat aanzien is de regelgeving niet eerder dan 1 maart 2009 van kracht en zullen de eerste bronheffingen vanaf 1 juli 2009 kunnen plaatsvinden. Ik ga ervan uit dat dit voldoende tijd geeft voor de voorbereidingen. Het CVZ werkt, samen met het UWV, de SVB en het shared service center voor de vier grote steden al enkele maanden aan de voorbereiding van een elektronische gegevensuitwisseling.

Het UWV heeft daarnaast geadviseerd om bronheffing niet toe te passen op overlijdensuitkeringen en kortdurende ZW-uitkeringen. Ook hebben UWV en SVB beide om nadere uitleg gevraagd over de preferentie van de bestuursrechtelijke premie in relatie tot andere inhoudingen. De besluitvorming op de adviezen wordt in de Regeling en de beleidsregels verwerkt.

Het UWV is, samen met de Belastingdienst, ook ketenpartner van het CVZ. Het UWV levert de gegevens uit de polisadministratie aan het CVZ voor het bepalen van de bron. Het UWV heeft aangegeven deze gegevens te kunnen leveren, onder voorbehoud van de ontwikkelingen in het kader van Walvis/loonaangifteketen. Op dit moment zijn er geen aanwijzingen dat het leveren van de gegevens per 1 juli 2009 problemen gaat opleveren.

De Belastingdienst levert een bijdrage als ketenpartner waar het gaat om het omleiden van de zorgtoeslag naar het CVZ voor de gevallen waarin er geen (toereikende) bron beschikbaar is. Hiervoor zijn aanpassingen aan het toelagensysteem én het betaalsysteem nodig. Staatsecretaris De Jager heeft de Kamer onlangs geïnformeerd dat het toelagensysteem niet eerder dan 1 januari 2010 klaar is. Dat betekent dat in het begin de zorgtoeslag nog niet tot de mogelijke bronnen behoort en dat het CVZ in deze gevallen op een andere manier moet innen, via bronheffing of incasso en beslag.

Artikelsgewijs

Naar aanleiding van de vraag van de leden van de fractie van de PvdA bij artikel 18c, eerste lid, over het verwerken van het burgerservicenummer (bsn) door het CVZ en de gegevensuitwisseling tussen het CVZ en andere instanties kan worden verwezen naar het voorgestelde artikel 18f, eerste en tweede lid. Dat artikel regelt het gebruik van het bsn door het CVZ, alsmede de gegevensuitwisseling met andere instanties bedoeld in artikel 18e, 88 en 89 Zvw.

De leden van de PvdA-fractie lezen in de toelichting op artikel 18e tweede lid dat voor verzekerden tot net boven het sociaal minimum inkomen de

inning van de bestuursrechtelijke premie via bronheffing beperkt blijft tot 100% van de standaardpremie, terwijl de resterende 30% van de bestuursrechtelijke premie op een andere manier, namelijk via beslag, wordt geïnd. Zij vragen op welk moment de beslaglegging wordt gestopt nadat de bronheffing is gestopt omdat er een schuldregeling tot stand is gekomen. Verder vragen zij of het mogelijk is de beslaglegging al te stoppen op het moment dat de wanbetaler zich aanmeldt bij de schuldhulpverlening.

Zoals eerder in de toelichting, bij artikel 18d derde lid, wordt vermeld eindigt de heffing van de bestuursrechtelijke premie onder meer door het overeenkomen van een schuldregeling door tussenkomst van een professionele schuldhulpverlener. Ook het onderdeel van de bestuursrechtelijke premie dat via beslaglegging wordt geïnd stopt dan. Wel kan het zijn dat inmiddels het CVZ nog een bedrag te vorderen heeft van de verzekerde op grond van eerdere bestuursrechtelijke premies. In de toelichting op artikel 18f, derde lid, staat beschreven hoe het CVZ met deze restschuld om gaat. Het CVZ zal deze schuld alsnog proberen te innen. Het mag hierbij echter geen gebruik maken van het instrument bronheffing of van omleiding van de zorgtoeslag.

Aanmelding voor de schuldhulpverlening vindt het kabinet een onvoldoende basis om te concluderen dat de betalingsachterstand wordt opgelost en dat de verzekerde verschuldigde premie voortaan aan zijn zorgverzekeraar betaalt. Een *overeenkomst* van schuldhulpverlening is een noodzakelijke voorwaarde voor dit vertrouwen.

De leden van de PvdA-fractie vragen of gemeenten niet preventief collectieve contracten voor hun minima kunnen afsluiten, zoals nu ook al gebeurt. Is het niet wenselijk dat bijstandsgerechtigden met een betalingsachterstand automatisch worden verzekerd. Zoals eerder al aangegeven kunnen gemeenten hun inwoners niet dwingen zich bij de voorkeursverzekeraar van de gemeente aan te sluiten. De keuzevrijheid van de verzekerde is een belangrijk element in het zorgverzekeringsstelsel.

De leden van de PvdA-fractie vragen hoe zorgverzekeraars worden gestimuleerd om mee te werken aan een schuldregeling. Verder vragen ze om een nadere concretisering van de gewenste medewerking.

In de eerste plaats worden zorgverzekeraars verplicht (artikel 18a eerste lid) om een verzekerde bij een betalingsachterstand van twee maanden een betalingsregeling aan te bieden. Dit voorkomt in de meeste gevallen dat de betalingsachterstand uitgroeit tot een betalingsprobleem. Een zorgverzekeraar heeft er daarnaast belang bij dat hij een goede relatie met zijn verzekerden opbouwt. Hier hoort ook de betalingsrelatie bij. Als er verstoringen in de betalingsregelmaat optreden die te wijten zijn aan incidentele problemen bij een verzekerde, zal de zorgverzekeraar meedenken over een oplossing. Wil hij deze positieve grondhouding waar kunnen maken in een concurrerende omgeving, dan zal de zorgverzekeraar ook van zijn concurrenten vragen dat ze hun problemen zelf oplossen en niet op andere verzekeraars afwentelen – bijvoorbeeld door royement – om daarmee een voordeel te verkrijgen. Om zekerheid te krijgen van een gelijk speelveld leggen zorgverzekeraars hun werkwijze ten opzichte van betalingsachterstand vast in een zogenaamd wanbetalersprotocol. Doordat een zorgverzekeraar wordt gecompenseerd voor premieverlies door wanbetaling blijft zijn verlies bij schuldsanering beperkt en zal hij eerder tot overeenstemming komen.

De leden van de PvdA-fractie constateren dat helaas regelmatig de zorgtoeslag foutief wordt vastgesteld en vragen op welke wijze het CVZ hiermee rekening houdt. Ook vragen ze mij om in te gaan op de samenhang tussen de invulling van de open norm «voldoende medewerking» en

de jurisprudentie die zich de afgelopen tijd gevormd heeft rond de gedwongen schuldregeling?

De voorschotten zorgtoeslag worden vastgesteld op basis van de aanvraag van de zorgtoeslaggerechtigde. De zorgtoeslag zal in de meeste gevallen elke maand hetzelfde zijn. Door wijzigingen in de persoonlijke situatie van de zorgtoeslaggerechtigde kan een ander maandbedrag ontstaan. Het voorschot wordt aangepast na elke wijziging van de aanvrager. Bij de voorbereidingen voor het omleiden van de zorgtoeslag is door Belastingdienst/Toeslagen en het CVZ afgesproken dat de hoogte van de zorgtoeslag die de Belastingdienst/Toeslagen naar het CVZ zal omleiden gelijk is aan wat aan de toeslaggerechtigde zou zijn overgemaakt. Dit bedrag kan als gevolg van verrekeningen door de Belastingdienst/Toeslagen per maand verschillen. Onterecht toegekende zorgtoeslag die al aan het CVZ is overgemaakt zal niet bij het CVZ, maar bij de persoon die het betreft door de Belastingdienst/Toeslagen worden gevorderd.

Om te voorkomen dat de inning van de bestuursrechtelijke premie er toe leidt dat mensen, ook al hadden ze het kunnen voorkomen, onder het niveau van het bestaansminimum komen, heb ik in overleg met de bewindslieden van SZW besloten om de bronheffing bij uitkeringen op het niveau van het minimuminkomen te beperken tot 100% van de standaardpremie. De leden van de PvdA-fractie vragen hoe met de inning van de overige 30% door het CVZ wordt omgegaan. De rest van de bestuursrechtelijke premie wordt geïnd via een acceptgiro, en, als niet wordt betaald, een aanmaning. Als dan nog niet wordt betaald kan het CVZ een dwangbevel uitbrengen en beslag leggen. Hiervoor is gekozen, omdat in de uitkering altijd ruimte is voor betaling van de zorgpremie. Die kan dus zonder probleem worden ingehouden als ze niet door de gerechtigde zelf wordt betaald. Bij beslaglegging wordt altijd rekening gehouden met een beslagvrije voet, zodat alleen geïnd wordt wat kan. Als er geen betalingsafspraken kunnen worden gemaakt en als het restant van de bestuursrechtelijke premie oninbaar blijkt te zijn kan het CVZ gebruik maken van zijn bevoegdheid om deze schuld kwijt te schelden. Hoe het deze bevoegdheid hanteert, werkt het CVZ uit in een beleidsregel. Het zal hierbij de werkwijze van andere uitkeringsinstanties als voorbeeld nemen. Bij mensen die langdurig een uitkering ontvangen op grond van de Wwb zal de restschuld na verloop van enige tijd worden kwijtgescholden.

Op grond van artikel 18f, derde lid, Zvw krijgt het CVZ de bevoegdheid een verzekeringnemer die weer in het normale, privaatrechtelijke premieregime is terechtgekomen, eventuele restschulden aan bestuursrechtelijke premie kwijt te schelden. Het CVZ zal in zijn beleidsregels neerleggen hoe het met deze bevoegdheid om zal gaan. Dit in antwoord op een vraag dienaangaande van de leden van de fractie van de PvdA.

De leden van de PvdA-fractie wensen te vernemen hoe artikel 306 van de Faillissementswet (Fw) zich tot voorliggend wetsvoorstel verhoudt. Artikel 306 Fw luidt: «Een betaling ten laste van niet tot de boedel behorende goederen van de schuldenaar verricht, op vorderingen ten aanzien waarvan de schuldsaneringsregeling werkt, is nietig.» Een direct verband tussen dat artikel en voorliggend wetsvoorstel zie ik niet. Voor het geval de leden van de PvdA-fractie beogen te refereren aan een passage in het advies van de Raad voor de Rechtspraak over voorliggend wetsvoorstel, wordt opgemerkt dat het wetsvoorstel ten opzichte van de aan de Raad voorgelegde versie in die zin is veranderd, dat het van toepassing worden van de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen leidt tot het einde van het bestuursrechtelijke premieregime (art. 18d, derde lid, onderdeel b, Zvw).

De leden van de CDA-fractie vragen naar de inhoud van de ministeriële regeling, bedoeld in artikel 18f, vierde lid, Zvw.

In die regeling zal in ieder geval worden opgenomen dat op minimumloongerelateerde uitkeringen slechts een deel van de bestuursrechtelijke premie mag worden ingehouden, te weten (maximaal) 100% van de standaardpremie, bedoeld in de Wzt, en dat in dat geval ook de zorgtoeslag met rust zal worden gelaten. De reden hiervoor is dat het periodieke inkomen van betrokkenen (netto-uitkering plus zorgtoeslag tezamen) anders beneden het sociale minimum zou komen. Niet alleen vindt de regering dat voor betrokkenen ongewenst, ook zou dit kunnen leiden tot een hausse aan aanvragen van aanvullende bijstand voor kleine bedragen. Aangezien mensen met een ander inkomen op minimumniveau dan socialezekerheidsuitkeringen niet gemakkelijk traceerbaar zijn, zal voor hen een «piepsysteem» gelden: zij zullen het CVZ kunnen vragen niet meer dan 100% van de standaardpremie op hun inkomen te laten inhouden. In alle gevallen zal het CVZ de resterende 30% proberen te innen door middel van het verzenden van een acceptgiro, en, indien daarop niet wordt gereageerd, een aanmaning, waarna indien ook op de aanmaning niet betaald wordt een dwangbevel kan worden uitgebracht en beslag kan worden gelegd.

Ik realiseer mij dat het hard kan lijken dat ik ook die 30% nog bij mensen met een inkomen op minimumniveau wil laten innen. Bedacht moet echter worden dat er ook voor betrokkenen een prikkel moet zijn om buiten het bestuursrechtelijke regiem te blijven (hun inkomen is in principe hoog genoeg om hun nominale premie aan de zorgverzekeraar te betalen), terwijl het bovendien niet per definitie zo is dat mensen met een inkomen op minimumniveau de 30% niet kunnen betalen. Zij kunnen immers vermogen hebben.

Voorts zal in de ministeriële regeling worden bepaald dat het CVZ eventuele restschulden aan bestuursrechtelijke premie nadat iemand weer in het privaatrechtelijke premieregime is terechtgekomen, niet via broninhouding of het overmaken van de zorgtoeslag mag innen. De reden daarvoor is dat de regering het belangrijker vindt dat iemand die weer in het privaatrechtelijke regime is terechtgekomen uit zijn periodieke inkomen (inclusief zijn zorgtoeslag) de premie aan zijn zorgverzekeraar betaalt, dan dat daaruit de restschuld aan bestuursrechtelijke premie wordt betaald. Zou voor de restschuld met de bronheffing of het overmaken van de zorgtoeslag worden doorgedaan, dan zou betrokkene's inkomen weleens te laag kunnen blijken te zijn om vervolgens de premie aan de zorgverzekeraar te voldoen, met als gevolg dat hij onmiddellijk weer een premieschuld bij de zorgverzekeraar zou gaan opbouwen. Dat wil ik, door bovengenoemde regel in de ministeriële regeling op te nemen, voorkomen. Het CVZ zal de restschuld aan bestuursrechtelijke premie via de weg van acceptgiro, aanmaning, dwangbevel en beslag kunnen innen en deze, als daar aanleiding toe is, uiteindelijk kunnen kwijtschelden.

De leden van de CDA-fractie vragen zich af om welke bijdrage het gaat in artikel 34a, eerste lid, Zvw.

Het gaat hier om de bijdrage die verzekeraars krijgen na aanmelding van de wanbetaler voor het bestuursrechtelijke premieregime. Gedurende de periode dat de wanbetaler in het bestuursrechtelijke premieregime verkeert mag de verzekeraar immers geen premie meer innen en krijgt de verzekeraar in plaats daarvan een bijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds om de verzekering uit te voeren. De bijdrage heeft dus geen relatie met de zorgkosten.

In het kader van artikel 34a, tweede lid, onderdeel c, Zvw vragen leden van de CDA-fractie om nadere toelichting.

Het artikel is bedoeld om hier aan te geven dat de bijdrage aan verzekeraars mede afhankelijk is van de wijze waarop de verzekeraar omgaat met initiatieven van verzekeringnemers die hun betalingsachterstand willen aflossen. De aflossing van de schuld is immers reden voor afmelding uit het bestuursrechtelijke regiem en het kan niet zo zijn dat een verzekeraar zonder aanleiding iedere medewerking aan aflossing weigert zodat de betrokkene in het bestuursrechtelijke regiem blijft. Een verzekeraar dient in ieder geval mee te denken over oplossing van de schuldproblematiek als sprake is van schuldsanering of schuldhelpverlening. Wat «voldoende medewerking» nog meer inhoudt is onderwerp van afspraken tussen verzekeraars onderling in het wanbetalersprotocol.

Zoals de leden van de CDA-fractie veronderstellen is de periode waarover de bijdrage aan verzekeraars wordt verstrekt in principe gelijk aan de periode die de wanbetalende verzekeringnemer nodig heeft om zijn schuld af te lossen. Er is echter een uitzondering in het geval dat het bestuursrechtelijke regiem later ingaat dan het moment waarop de premieschuld zes maandpremies heeft bereikt en dit niet aan de zorgverzekeraar te verwijten is. Dat kan bijvoorbeeld het geval zijn als een geschillenprocedure meer tijd vraagt. Als het geschil vervolgens in het voordeel van de verzekeraar wordt beslist, wordt de bijdrage met terugwerkende kracht aan de verzekeraars verstrekt.

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