

---

## 332

### **Besluit van 4 september 2007, houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met het opnemen van een bepaling op grond waarvan zorgverzekeraars die wanbetalers verzekerd houden een bijdrage in de daaruit voortvloeiende premiederving kan worden verstrekt**

---

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

Op de voordracht van Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 17 juli 2007, Z/F-2784456;

Gelet op artikel 34 van de Zorgverzekeringswet;

De Raad van State gehoord (advies van 30 juli 2007, no. W13.07.0237/I);

Gezien het nader rapport van Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 28 augustus 2007, Z/F-2791877;

Hebben goedgevonden en verstaan:

#### **ARTIKEL I**

Na artikel 3.17 van het Besluit zorgverzekering wordt een artikel toegevoegd, luidende:

#### **Artikel 3.18**

1. In aanvulling op de bijdrage, bedoeld in artikel 3.13, verstrekt het College zorgverzekeringen een bijdrage voor het onder de dekking van de zorgverzekering houden van verzekerden ten aanzien van wie niet aan de premieplicht, bedoeld in artikel 16 van de wet, is voldaan.

2. De bijdrage, bedoeld in het eerste lid, wordt slechts verstrekt indien:

a. een premieschuld bestaat van zes maal de premie op maandbasis of meer;

b. de zorgverzekeraar ten aanzien van verzekerden met premieschuld handelt volgens de terzake door de zorgverzekeraars vastgestelde regels dan wel anderszins aantoonbaar voldoende te hebben ingespannen om te komen tot inning van de verschuldigde premie en

c. de zorgverzekering, nadat de onder a bedoelde situatie is ontstaan, gedurende het resterende deel van het kalenderjaar niet door de zorgverzekeraar is opgezegd of ontbonden, noch de dekking ervan is geschorst of beperkt.

3. De omvang van de bijdrage wordt bij ministeriële regeling bepaald.

## **ARTIKEL II**

In afwijking van artikel 3.18, tweede lid, onderdeel c, van het Besluit zorgverzekering verstrekt het College voor zorgverzekeringen voor de kalenderjaren 2006 en 2007 slechts de in dat artikel bedoelde bijdrage indien de zorgverzekering tot 1 januari 2008 niet door de zorgverzekeraar is opgezegd of ontbonden, noch de dekking ervan is geschorst of beperkt.

## **ARTIKEL III**

Dit besluit treedt in werking met ingang van de dag na de datum van uitgifte van het Staatsblad waarin het wordt geplaatst en werkt terug tot en met 1 januari 2006.

Lasten en bevelen dat dit besluit met de daarbij behorende nota van toelichting in het Staatsblad zal worden geplaatst.

's-Gravenhage, 4 september 2007

Beatrix

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

Uitgegeven de *twintigste* september 2007

De Minister van Justitie,  
E. M. H. Hirsch Ballin

## NOTA VAN TOELICHTING

### Algemeen

Op 1 januari 2006 trad de Zorgverzekeringswet (Zvw) in werking. Krachtens die wet dienen de meeste inwoners van Nederland een privaatrechtelijke zorgverzekering met een zorgverzekeraar te sluiten. Voor de zorgverzekering van verzekerden van achttien jaar of ouder is een nominale premie aan de zorgverzekeraar verschuldigd. Wordt die premie niet betaald, dan heeft de zorgverzekeraar in principe het recht de zorgverzekering te beëindigen (royement wegens wanbetaling). De wanbetaler kan zich dan, gezien de in de Zvw neergelegde acceptatieplicht, bij een andere zorgverzekeraar verzekeren.

De zorgverzekeraars en de vorige minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) hebben een aantal maatregelen afgesproken om het aantal onverzekerden wegens royement zo klein mogelijk te houden respectievelijk om te voorkomen dat verzekeringsplichtigen zich bij de ene na de andere verzekeraar, telkens met achterlating van een premieschuld, verzekeren (wanbetalerscarrousel).

In de eerste plaats is afgesproken dat de zorgverzekeraars wanbetalers intensief (laten) benaderen, om zoveel mogelijk van de premies alsnog te kunnen incasseren. De zorgverzekeraars hebben de activiteiten die zij in dit verband zullen verrichten, neergelegd in het «Protocol incassotraject wanbetalers Zorgverzekeringswet» van oktober 2006 (Protocol). Voorts hebben de zorgverzekeraars toegezegd tot 1 juli 2007 geen wanbetalers te royeren, noch de dekking van de verzekering te beperken.

Hiertegenover heeft de vorige minister van VWS toegezegd enkele flankerende maatregelen te zullen nemen. Allereerst betreft het de opnemings van een artikel 8a in de Zvw, krachtens welk de zorgverzekering van een wanbetaler niet door de verzekeringnemer kan worden opgezegd. Dit is verwerkt in het wetsvoorstel tot Wijziging van de Zorgverzekeringswet en andere wetten met het oog op het verzwaren van het premie-incassoregime en andere maatregelen om de werking van het met die wet en de Wet op de zorgtoeslag in het leven geroepen stelsel te optimaliseren (verzwaren incassoregime premie en andere maatregelen zorgverzekering, Kamerstukken II 2006/07, 30 918, nrs. 1–3 e.v.). Daarnaast betrof het het opnemen van een aantekening op het uitschrijfbewijs bij het einde van een zorgverzekering, indien de premie wél volledig was betaald. Deze maatregel is echter bij nota van wijziging (Kamerstukken II 2006/07, 30 918, nr. 9) geschrapt, omdat het met deze maatregel beoogde doel beter met een door verzekeraars in te richten database kan worden bereikt. De derde maatregel, ten slotte, betreft het regelen van een gedeeltelijke compensatie voor het feit dat de zorgverzekeraars, ondanks wanbetaling, de wanbetalers volledig verzekerd houden. Deze compensatie zal, gezien de memorie van toelichting op eerdergenoemd wetsvoorstel, betaald worden vanaf het moment waarop een verzekerde een betalingsachterstand ter hoogte van zes maandpremies heeft bereikt. Gederfde inkomsten ter hoogte van zes maandpremies zijn namelijk als een normaal bedrijfsrisico van de zorgverzekeraars te beschouwen.

De compensatie zal ook na 1 juli 2007 worden uitbetaald. Gewerkt wordt namelijk aan aanvullende maatregelen om de wanbetalersproblematiek op te lossen, waarvan de compensatie deel uitmaakt.

De belangrijkste aanvullende maatregel (ook wel «structurele maatregel» genoemd) zal zijn, dat de premieplicht die de verzekeringnemer jegens zijn zorgverzekeraar heeft, bij het bereiken van een premie-achterstand van zes maandpremies eindigt, en dat in plaats

daarvan een premie jegens het College zorgverzekeringen (CVZ) verschuldigd wordt. In dat verband wordt nagegaan of het mogelijk en doelmatig is, te regelen dat de jegens het CVZ verschuldigde premie op basis van een signaal van het CVZ op het loon of een uitkering wordt ingehouden en aan het CVZ wordt afgedragen. Voorts wordt nagegaan of en in welke gevallen de zorgtoeslag direct aan het CVZ kan worden overgemaakt. Aangezien de zorgverzekeraars wanbetalers met een schuld van zes maandpremies ook nadat zij onder het vervangende-premie-regime komen te vallen, verzekerd zullen houden, zal ook na inwerking-treding van de structurele maatregel – welke om uitvoeringstechnische redenen overigens niet voor 1 januari 2009 te verwachten is – compensatie van de verzekeraars nodig zijn.

De zorgverzekeraars is gevraagd om tot het moment waarop bovenbedoelde aanvullende maatregelen in werking zullen zijn getreden wanbetalers niet te royeren en het Protocol te blijven volgen.

Voorliggende wijziging van het Besluit zorgverzekering bepaalt allereerst dat de hier bedoelde compensatie wordt verstrekt en regelt de voorwaarden waaronder dat geschiedt.

Een eerste voorwaarde voor de ontvangst van de compensatie is, dat de premieachterstand de hoogte heeft bereikt van zes maanden van de nominale premie behorend bij de voor de verzekerde geldende zorgpolis. Dit bedrag kan bereikt worden in zes maanden – als sinds het sluiten van de zorgverzekering geen enkele premie is betaald – of in meer dan zes maanden, als de verzekerde premies gedeeltelijk heeft betaald. Voor een bedrag aan achterstallige premies ter hoogte van zes maandpremies ontvangt de zorgverzekeraar geen compensatie, aangezien deze tot zijn normale bedrijfsrisico worden gerekend.

De tweede voorwaarde is dat de zorgverzekeraar volgens het Protocol werkt of aantoonde dat hij voldoende heeft gedaan om incasso van de achterstallige premie te bewerkstelligen.

Het Protocol kent twee fasen. De eerste fase is een regulier incasso-regime. Tot het moment waarop een verzekeringnemer een betalingsachterstand heeft ter grootte van een bedrag dat gelijk is aan de nominale premie voor zes maanden, past de zorgverzekeraar de reguliere incasso-maatregelen toe. De tweede fase betreft een verzwamd incassoregime. Als blijkt dat de verzekeringnemer door betalingsachterstand een bedrag ter grootte van de nominale premie over zes maanden verschuldigd is, wordt hij onder een verzwamd incassoregime gebracht. Dit houdt in dat de zorgverzekeraar verplicht is de incasso uit te laten voeren door derden, die zich beroepshalve met incassoactiviteiten bezighouden, zoals externe incassobureaus en deurwaarders. Iedere zorgverzekeraar zal hiertoe zelf de contacten leggen en afspraken maken over de wijze waarop die derden de incassoactiviteiten vorm geven. Deze werkwijze, vastgelegd in het Protocol, bewerkstelligt dat de verzekeringnemers met een betalingsachterstand, ongeacht hun zorgverzekeraar, op eenzelfde wijze geconfronteerd worden met de gevolgen van een steeds zwaarder wordend incassoregime.

Voorwaarde is ten slotte, dat de compensatie wordt verstrekt onder de voorwaarde dat de verzekeraar de wanbetaler gedurende het desbetreffende kalenderjaar verzekerd houdt. Wordt iemand die sinds 1 januari 2006 geen premie heeft betaald, derhalve in maart 2008 geroyeerd, dan zal de zorgverzekeraar compensatie ontvangen voor de periode 1 juli 2006–1 januari 2008, maar niet over de periode 1 januari 2008–1 maart 2008.

De omvang van de bijdrage zal in de Regeling zorgverzekering worden bepaald, en wel zodanig dat de compensatie neer zal komen op een bedrag gelijk aan de rekenpremie over iedere extra maand van wanbetaling, verminderd met wat de verzekeraar alsnog aan nominale premies bij de wanbetaler weet te innen.

De behoefte aan compensatie is mede ingegeven door het feit dat het aantal wanbetalers zeer scheef verdeeld is over zorgverzekeraars. Deze scheve verdeling komt voort uit historisch gegroeide verschillen in verzekerdenportefeuilles, en zijn weinig beïnvloedbaar door verzekeraars. Er zijn zorgverzekeraars met nagenoeg geen wanbetalers maar ook verzekeraars waarvan een kleine vijf procent van hun premieplichtige verzekerden een betalingsachterstand heeft. Omdat verzekeraars niet na een half jaar overgaan tot royeren van wanbetalers worden verzekeraars zodanig gecompenseerd, dat ze zo min mogelijk in een ongelijke uitgangspositie worden geplaatst.

De maatregel is niet aan te merken als staatssteun in de zin van artikel 87, eerste lid, van het Verdrag tot oprichting van de Europese Gemeenschap aangezien er geen sprake is van het begunstigen van de zorgverzekeraars. De zorgverzekeraars ontvangen een compensatie ter hoogte van de nominale rekenpremie. Doordat de nominale rekenpremie aanzienlijk lager is dan de gemiddelde nominale premie die de verzekeringnemer verschuldigd is en de zorgverzekeraars niet gecompenseerd worden voor de eerste zes maanden waarin de verzekeringnemer niet heeft betaald, is er geen voordeel voor de zorgverzekeraar en dus geen sprake van staatssteun.

## **Artikelsgewijs**

### *Artikel I*

Artikel 3.18 van het Besluit zorgverzekering regelt dat het College voor zorgverzekeringen (CVZ), nadat de vereveningsbijdragen op basis van de artikelen 3.8 tot en met 3.13 van het Besluit zorgverzekering na het jaar waarop zij betrekking hebben, zijn herberekend en vastgesteld, een aanvullende bijdrage verleent voor iedere verzekerde die, ondanks het feit dat de verschuldigde premie niet is voldaan, onder de zorgverzekeringsdekking is gehouden. Zoals ook al kan worden afgeleid uit de plaats waar het nieuwe artikel in het Besluit zorgverzekering is opgenomen – in de paragraaf over de vereveningsbijdrage – zal dit echter niet per individuele wanbetaler, maar tegelijk met de afrekening van de vereveningsbijdragen gebeuren. Uitgegaan zal worden van een nacaalculatorische aanpak, met een voorlopige en een definitieve afrekening.

Het tweede lid van het voorgestelde artikel 3.18 van het Besluit zorgverzekering bepaalt dat een zorgverzekeraar recht heeft op een aanvulling op de vereveningsbijdrage voor verzekerden voor wier verzekering een premieachterstand bestaat vanaf het moment dat die achterstand meer dan zes maandpremies bedraagt. Is de premie vanaf het sluiten van de zorgverzekering in het geheel niet betaald, dan ontstaat het recht derhalve na zes maanden, is de premie gedeeltelijk betaald, dan ontstaat het recht op het moment waarop de niet betaalde delen, bij elkaar opgeteld, een bedrag ter grootte van de premie voor zes maanden beslaan. Bij het maken van deze berekening blijven door de verzekeringnemer verschuldigde incassokosten en de wettelijke rente over het verschuldigde bedrag buiten beschouwing. De premie waarmee gerekend wordt, is de nominale premie, behorende bij de zorgpolis van de verzekerde.

Er bestaat slechts recht op een aanvulling van de bijdrage voor de verzekering van verzekerden voor wie niet (of niet volledig) aan de premieplicht, bedoeld in artikel 16 Zvw is voldaan. Dit betekent allereerst, dat er geen recht op een bijdrage kan bestaan voor de verzekering van personen jonger dan achttien jaar. Hun zorgverzekering is premievrij, zodat er geen sprake kan zijn van een achterstand in het betalen van de premie, noch ook van het, ondanks een premie-achterstand, onder de dekking van de zorgverzekering houden van deze personen. Ook bestaat recht op een bijdrage in het geval waarin iemand een andere volwassene dan zichzelf – bijvoorbeeld zijn partner – heeft verzekerd, verzekeringnemer is geworden, en vervolgens de premie voor die verzekerde niet voldoet. De incasso-activiteiten dienen in dit geval gericht te zijn op de verzekeringnemer, aangezien die, en niet de verzekerde, premieplichtig is. Om die reden staat in artikel 3.18, eerste lid «ten aanzien van wie niet aan de premieplicht (...) is voldaan» in plaats van «die niet aan de premieplicht (...) heeft voldaan». Ook indien niet de verzekerde zelf wanbetaler is, maar «diens» verzekeringnemer, heeft de zorgverzekeraar echter na het bereiken van een achterstand ter hoogte van zes maandpremies recht op de bijdrage.

Het derde lid bepaalt dat de omvang van de bijdrage bij ministeriële regeling wordt bepaald. Hiertoe zal de Regeling zorgverzekering worden aangepast.

#### *Artikel II*

Voorwaarde voor de ontvangst van de compensatie voor premiederving over de jaren 2006 (tweede helft) en 2007 is, dat de verzekerde vanaf het ontstaan van het premieverzuim tot aan 1 januari 2008 onder de volledige dekking van de zorgverzekering is gebleven. Dat wil bijvoorbeeld zeggen dat een verzekeraar die een sinds 1 januari 2006 bij hem verzekerde wanbetaler per 1 september 2007 uit de verzekering zet, geen compensatie zal ontvangen. De reden hiervoor is dat de compensatie deel uitmaakt van het pakket afspraken dat aan de kant van de zorgverzekeraars in eerste instantie onder meer inhield dat tot 1 juli 2007 niet geroyeerd zou worden en later zijn gaan inhouden dat niet geroyeerd zal worden totdat de structurele maatregelen in werking zijn getreden. Gegeven deze afspraken ligt het in de rede een verzekeraar niet voor iedere maand dat hij een wanbetaler met een premieachterstand van zes maanden nog extra in verzekering houdt, te compenseren, maar om hem alleen te compenseren indien hij deze wanbetaler tot de datum waarop de structurele maatregelen in werking treden, blijft verzekeren. Aangezien nog onduidelijk is wanneer de structurele maatregelen in werking kunnen treden, is echter voor de compensatie voor de jaren 2006 en 2007 gekozen voor een einddatum tot welke de verzekering in ieder geval moet hebben gelopen, te weten 1 januari 2008. Dat voorkomt ook dat de eindafrekening van de compensatie over 2006, die in najaar 2008 zal plaatsvinden, later nog weer gecorrigeerd zou moeten worden indien iemand na 1 januari 2008 alsnog is geroyeerd.

#### *Artikel III*

Zoals reeds in het algemene deel van deze toelichting uiteen is gezet, zijn de zorgverzekeraars in 2006 volgens het Protocol gaan werken. Daarbij hebben zij er, gezien de toezeggingen van de vorige minister van VWS, op vertrouwd dat zij vanaf het moment waarop een bedrag, gelijk aan zes maandpremies, niet is voldaan, een bijdrage voor de gedeerde premies zullen ontvangen. De Zvw trad op 1 januari 2006 in werking. Vanaf 1 juli 2006 kan er dus sprake zijn van het niet voldaan hebben van zes of meer maandpremies. Er dient echter vanaf 1 januari 2006 te kunnen

worden geteld. Daarom werkt de voorliggende wijziging terug tot en met 1 januari 2006. Ook de ministeriële regeling die op grond van artikel 3.18 van het Besluit zorgverzekering zal worden getroffen, zal tot en met die datum terugwerken.

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