

Vergaderjaar 2017–2018

**34 775 XVI**

## **Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2018**

**Nr. 122**

### **BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 24 januari 2018

Bij motie Ellemeet<sup>1</sup> heeft uw Kamer de regering verzocht onderzoek te doen naar de voor- en nadelen van het standaard overmaken van zorgtoeslag naar de zorgverzekeraar.

Bij de motie is de overweging gemaakt dat veel mensen door het complexe toelagensysteem van het Rijk het overzicht kwijtraken en daardoor geconfronteerd kunnen worden met onverwacht hoge boetes. Deze overweging komt ook terug in het rapport «*Eenvoud loont*» van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving<sup>2</sup>. Het kabinet herkent deze problematiek en wil het aantal mensen met problematische schulden terugdringen en mensen met schulden effectiever helpen. Daarom wil de Staatssecretaris van SZW samen met de meest betrokken collega's in het kabinet komen tot een brede overkoepelende schuldenaanpak voor deze kabinetsperiode<sup>3</sup>. Het vervolg op dit onderzoek en een verdere uitwerking van de onderzochte varianten kunnen daarbij betrokken worden.

In mijn brief van 25 september 2017<sup>4</sup> heb ik aangegeven dat ik uw Kamer de uitkomsten van dit onderzoek voor het einde van het jaar zou toesturen. Verder heb ik aangegeven onderscheid te maken tussen drie varianten:

1. alle zorgtoeslag overmaken naar de zorgverzekeraar («volledig»);
2. overmaken van zorgtoeslag naar de zorgverzekeraar bij drie maanden betalingsachterstand zorgpremie via een tussenpartij («drie maanden»);
3. vrijwillig overmaken van de zorgtoeslag naar de zorgverzekeraar («vrijwillig»).

<sup>1</sup> Kamerstuk 34 725 XVI, nr. 10

<sup>2</sup> De kabinetsreactie op het rapport wordt in het eerste kwartaal aan uw Kamer gezonden

<sup>3</sup> Kamerstuk 24 515, nr. 410

<sup>4</sup> Kamerstuk 34 775 XVI, nr. 10

## **De hoofdpunten van deze brief zijn:**

- VWS heeft drie varianten van het direct overmaken van zorgtoeslag onderzocht door experts van zorgverzekeraars, de Belastingdienst en het CAK te raadplegen.
- Het direct overmaken van de zorgtoeslag voor alle 4,4 miljoen huishoudens is gezien vanuit de aspecten «privacy» en «uitvoering» disproportioneel. De varianten 2 (drie maanden) en 3 (vrijwillig) zijn serieuze opties om technisch verder uit te werken.
- Varianten 2 (drie maanden) en 3 (vrijwillig) kennen reeds een wettelijke grondslag. Voor variant 1 (volledig) ontbreekt een wettelijke grondslag.

Voor dit onderzoek heeft het Ministerie van VWS gesproken met experts van zorgverzekeraars, het CAK (als mogelijke tussenpartij) en de Belastingdienst.

Ook is gebruik gemaakt van reeds uitgebrachte uitvoeringstoetsen van Zorginstituut Nederland, het CAK en de Belastingdienst over de uitvoeringsaspecten van variant 2 (drie maanden). Over deze variant 2 is op 15 april 2015 in uw Kamer gesproken<sup>5</sup> wat heeft geresulteerd in een verruiming van de Zorgverzekeringswet. Met variant 3 (vrijwillig) zijn al ervaringen opgedaan. De mogelijkheid om vrijwillig de zorgtoeslag over te laten maken naar de zorgverzekeraar is bij de inwerkingtreding van lid 1 van artikel 25 van de Algemene wet inkomensafhankelijke regelingen komen te vervallen. Op dat moment maakten circa 40.000 verzekerden bij twee zorgverzekeraars gebruik van deze mogelijkheid.

Ik zal in deze brief ingaan op drie aspecten: 1. wettelijke grondslag, 2. privacy en 3. uitvoering.

### **1. Wettelijke grondslag**

Lid 1 van artikel 25 van de Algemene wet inkomensafhankelijke regelingen (Awir) bepaalt dat de belanghebbende van een voorschot of een tegemoetkoming door de Belastingdienst/Toeslagen uitsluitend plaatsvindt op een daartoe door de belanghebbende bestemde bankrekening die op naam staat van de belanghebbende. De belanghebbende kan niet meer dan één bankrekening bestemmen voor de uitbetaling van een voorschot of een tegemoetkoming en voor de uitbetaling van inkomstenbelasting. Op basis van lid 3 van artikel 25 van de Awir kan hiervan bij of krachtens ministeriële regeling aan te wijzen gevallen worden afgeweken. Dit is verder uitgewerkt in de Uitvoeringsregeling Awir. Artikel 6, lid 1 van deze uitvoeringsregeling maakt het mogelijk om zorgtoeslag direct over te maken naar de zorgverzekeraar. De wet stelt daarbij de eis dat instanties daarover een convenant sluiten met de Belastingdienst.

Voor variant 1 (volledig) dient een wettelijke grondslag te worden opgenomen in de zorgverzekeringswet (Zvw). Voor variant 2 (drie maanden) bestaat deze wettelijke grondslag in de Zvw reeds. In artikel 18aa, Zvw<sup>6</sup>, is opgenomen dat, in afwijking van artikel 25, eerste lid, van de Awir, bij AmvB de zorgtoeslag direct of door tussenkomst van het CAK aan de zorgverzekeraar wordt uitbetaald indien een achterstand in de betaling van de verschuldigde premie ter hoogte van drie maandpremies is ontstaan. Variant 3 (vrijwillig) vereist geen aanpassing van de Zvw. Deze variant kan worden gerealiseerd met een convenant tussen zorgverzekeraars en de Belastingdienst. Zorgverzekeraars willen hierover in gesprek met de Belastingdienst.

<sup>5</sup> Amendement van het lid Bruins Slot Kamerstuk 33 683, nr. 43.

<sup>6</sup> Amendement Bruins Slot Kamerstuk 33 683, nr. 43

## 2. Privacy

Voor alle drie de varianten geldt dat er sprake is van verwerking van persoonsgegevens, zoals het Burger Service Nummer (BSN) en het gegeven dat iemand recht heeft op een bepaald bedrag aan zorgtoeslag. Uit het laatst genoemde gegeven kan inkomensinformatie van de verzekerde worden afgeleid.

De verwerking van persoonsgegevens moet altijd voldoen aan de voorwaarden van de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) en artikel 8 Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens. Dat betekent onder meer dat die verwerking noodzakelijk moet zijn voor het verwerkingsdoel, namelijk het voorkomen van achterstanden bij de betaling van de zorgpremie. Onderdeel van de vereiste noodzakelijkheid is dat de maatregelen niet verder gaan dan noodzakelijk is voor het verwerkingsdoel (proportionaliteit).

Het is niet proportioneel dat zorgverzekeraars (en eventueel CAK als tussenschakel) extra persoonsgegevens over de ontvangen zorgtoeslag gaan verwerken van de verzekerden die hun zorgpremie op tijd betalen. Variant 2 (drie maanden) of 3 (vrijwillig) liggen uit privacy-oogpunt daarom meer voor de hand.

## 3. Uitvoering

De uitvoeringsaspecten van de drie varianten zijn op hoofdlijnen besproken met experts van zorgverzekeraars, het CAK en de Belastingdienst. Een meer technische uitwerking van de uitvoeringsaspecten vereist uitvoeringstoetsen van alle zorgverzekeraars, de eventuele tussenpartij (bijvoorbeeld het CAK) en de Belastingdienst. Daarnaast is een uitvoeringstoets op de gegevensuitwisseling in keten van betrokken partijen vereist. Het CAK en de Belastingdienst hebben reeds een uitvoeringstoets uitgebracht voor variant 2 (drie maanden) naar aanleiding van de in de Zorgverzekeringswet daartoe opgenomen mogelijkheid.

Voor het uitvoeren van elke variant moeten in de keten van de Belastingdienst, het CAK (als eventuele tussenpartij) en de zorgverzekeraars gegevensstromen (persoonsgegevens BSN en UZOVI-code) en geldstromen (toeslag) worden opgezet. Daarnaast dient iedere partij interne aanpassingen door te voeren in onder andere de ICT, het debiteurenbeheer en in de klantcontactcentra. Het zijn vooral de complicerende factoren die hierbij een impact hebben op de uitvoering.

Hieronder loop ik de complicerende factoren langs die experts naar voren hebben gebracht.

- *De aanvrager van de zorgtoeslag is niet altijd de verzekeringnemer bij de zorgverzekeraar. De verzekeringnemer is degene die de verzekering afsluit en de premie betaalt. De verzekering kan afgesloten worden voor meerdere verzekerden.*
- *De zorgtoeslag wordt verstrekt per (fiscaal) huishouden, terwijl binnen een huishouden verzekeringnemers bij verschillende zorgverzekeraars verzekerd kunnen zijn.*
- *Door het overstappen naar een andere zorgverzekeraar kan de zorgtoeslag in de overstapperiode worden overgemaakt naar de verkeerde zorgverzekeraar.*

Deze zaken kunnen vaak niet opgelost worden in de geautomatiseerde processen. De «uitval» die kan ontstaan door deze complicerende factoren dient handmatig te worden gecorrigeerd. Zorgverzekeraars, CAK en

Belastingdienst schatten de kans dat de toeslag aan de verkeerde zorgverzekeraar wordt uitbetaald op 5% à 10%. Dit betekent dat volume een rol speelt in de afweging. Bij variant 1 (volledig) wordt de zorgtoeslag van circa 4,4 miljoen huishoudens verwerkt. Bij variant 2 (drie maanden) gaat het naar schatting om circa 240.000 personen. Bij de vrijwillige variant is dit probleem veel kleiner, omdat de aanvrager van de zorgtoeslag ook het verzoek doet voor het overmaken van de zorgtoeslag aan de zorgverzekeraar.

- *De zorgtoeslag is een voorschot dat kan afwijken van de definitieve zorgtoeslag in enig jaar. Er kunnen bijvoorbeeld door het jaar heen wijzigingen zijn in een huishouden die gevolgen hebben voor de hoogte van de zorgtoeslag.*

Er dienen goede afspraken te worden gemaakt tussen zorgverzekeraars en de Belastingdienst over te weinig of teveel ontvangen zorgtoeslag. In de huidige omleiding van zorgtoeslag van de wanbetalers worden deze mutaties binnen het domein van de Belastingdienst afgewikkeld.

- *De zorgtoeslag is bedoeld als bijdrage voor de basispremie en het eigen risico.*

De vraag is of zorgverzekeraars de ontvangen zorgtoeslag uitsluitend dienen af te trekken van de te betalen basispremie of ook van het eventuele eigen risico.

Dit laatste is uitvoeringstechnisch ingewikkelder, omdat debiteurenbeheer (verwerking premie) en de schadekant (eigen risico) verschillende onderdelen zijn van een zorgverzekeraar. Als de zorgtoeslag uitsluitend verrekend wordt met de zorgpremie, dan kan er een restant zijn dat doorgestort moet worden aan de verzekeringnemer. Bij variant 2 (drie maanden) wordt met het restant in ieder geval de betalingsachterstand van drie maanden zorgpremie ingelopen alvorens de verzekeringnemer wordt afgemeld.

- *Aan- en afmelden van verzekerden met een betalingsachterstand van drie maanden.*

Variant twee (drie maanden) kent een specifiek aandachtspunt in de uitvoering. Dit betreft de aan- en afmeldingen van verzekerden. De ervaring leert dat op dit punt altijd handmatige correcties moeten worden uitgevoerd. Dit is een aspect dat in de eventuele verdere technische uitwerking van deze variant moet worden meegenomen.

- *Het aantal klantcontacten zal fors toenemen. Burgers melden zich bij verschillende partijen in de keten.*

Het aantal klantcontacten over de zorgtoeslag zal naar verwachting bij alle drie de varianten toenemen. Variant 1 (volledig) zal logischerwijs de grootste toename veroorzaken. Burgers zullen contact opnemen met de zorgverzekeraar, de eventuele tussenpartij en de belastingdienst over de zorgtoeslag, maar ook over de verrekening met de zorgpremie. Er zullen goede afspraken moeten worden gemaakt over de organisatie van het klantcontact. Dit is een belangrijk aspect in de eventuele verdere uitwerking van een variant.

### **Overige overwegingen**

Vanuit de gedachte van het technisch ontzorgen van de burger en het voorkomen van betalingsachterstanden is het direct overmaken van zorgtoeslag een logisch instrument. De vraag is hoe deze voordelen opwegen tegen de in deze brief genoemde privacyaspecten en uitvoeringsaspecten (inclusief extra bureaucratie). Daarnaast zouden nog gevolgen voor de verzekeringsmarkt kunnen worden gesteld. Een saldering van de zorgtoeslag met de zorgpremie leidt tot minder

transparantie over de premie waardoor verzekerden en de samenleving zich minder bewust zijn van de hoge zorgkosten. Dit kan effect hebben op het overstapedrag en de concurrentie tussen verzekeraars.

De uitgevoerde verkenning laat zien dat het direct overmaken (of omleiden) van zorgtoeslag technisch mogelijk is. Het gaat evenwel om grote volumes, zodat de verwerking van «uitval» per definitie ook relatief grote aantallen betreft. Op basis van dit onderzoek en gekeken naar proportionaliteit, heeft variant 2 (drie maanden, waarvoor al een wettelijke grondslag getroffen is) eventueel samen met variant 3 (vrijwillig) de voorkeur. Zorgverzekeraars staan onverdeeld positief tegenover de verdere (technische) uitwerking van deze varianten 2 en 3. Over de meerwaarde van verdere uitwerking van variant 1 (volledig) zijn zorgverzekeraars verdeeld. Ook de Belastingdienst geeft aan dat vanuit uitvoeringstechnisch perspectief variant 1 (volledig) disproportioneel is.

De Minister voor Medische Zorg,  
B.J. Bruins