

Wijziging Regeling zorgverzekering ter bepaling omvang bijdrage aan zorgverzekeraars die wanbetalers verzekerd houden

Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 30 augustus 2007, nr. Z/F-2792352, houdende wijziging van de Regeling zorgverzekering ter bepaling van de omvang van de bijdrage, te verlenen aan zorgverzekeraars die wanbetalers verzekerd houden

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Gelet op artikel 38, tweede lid, van de Zorgverzekeringswet en artikel 3.18 van het Besluit zorgverzekering;

Besluit:

Artikel I

De Regeling zorgverzekering wordt als volgt gewijzigd:

A

Na artikel 3.15 wordt een artikel ingevoegd, luidende:

Artikel 3.15a

De bijdrage, bedoeld in artikel 3.18 van het Besluit zorgverzekering, is gelijk aan een twaalfde van de nominale rekenpremie voor iedere premie die per maand vanaf het moment waarop het recht op de bijdrage is ontstaan, niet volledig is betaald, verminderd met het bedrag dat de zorgverzekeraar tot en met het kalenderjaar, volgende op het jaar waarvoor de bijdrage wordt betaald, alsnog in verband met de desbetreffende verzekering heeft ontvangen en met het bedrag van een no-claimteruggave over het bijdragejaar.

B

Artikel 3.18, eerste lid, wordt als volgt gewijzigd:

1. De onderdelen f en g worden gelet-terd g en h.

2. Er wordt een onderdeel ingevoegd, luidende:

f. of hij het Protocol incassotraject wanbetalers Zorgverzekeringswet is nagekomen, en zo nee, welke onderdelen niet, waarom niet, en wat hij in plaats van die onderdelen aan incassowerkzaamheden heeft verricht.

Artikel II

1. Deze regeling treedt in werking met ingang van de tweede dag na de dagtekening van de Staatscourant waarin zij wordt geplaatst.

2. Artikel I, onderdeel A, werkt terug tot en met 1 januari 2006.

3. Artikel I, onderdeel B, is voor het eerst van toepassing op het verslagjaar 2007.

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

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

Toelichting

Algemeen

1. Inleiding

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 mijn ambtsvoorganger 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 door wanbetalers intensief te (laten) benaderen, hun best zullen doen om de wanbetalers zoveel mogelijk van de premies alsnog te laten betalen. 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 mijn ambtsvoorganger toegezegd enkele flankerende maatregelen te zullen nemen. Voorliggende wijziging van de Regeling zorgverzekering betreft daar één van. De regeling voorziet in een 'compensatiepremie' voor iedere verzekerde van

achttien jaar of ouder die de zorgverzekeraar ondanks een premie-achterstand, onder de dekking van de zorgverzekering houdt. De eerste zes maanden dat de premie niet wordt betaald komen niet voor compensatie in aanmerking.

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-premieregime komen te vallen, verzekerd zullen houden, zal ook na inwerkingtreding van de structurele maatregel – welke om uitvoeringstechnische redenen overigens niet voor 1 januari 2009 te verwachten is – compensatie van de verzekeraars nodig zijn. Ook een voorgenomen, tot de inwerkingtreding van de structurele maatregel, te regelen tijdelijke stopzetting van de zorgtoeslag, laat de noodzaak van compensatie onverlet.

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, waartegenover de hier bedoelde compensatie ook over de periode van 1 juli 2007 tot de inwerkingtreding van de aanvullende maatregelen zal worden uitgekeerd. Zorgverzekeraars Nederland heeft bij brief van 4 juni 2007 laten weten aan dit verzoek te zullen voldoen.

2. Hoogte en wijze van uitkeren van de compensatie

De compensatiepremie is gelijk aan de nominale rekenpremie over iedere maand nadat een achterstand van zes maandpremies is bereikt. Het begrip 'nominale rekenpremie' wordt in artikel

1 van het Besluit zorgverzekering gedefinieerd. Van de compensatie worden bedragen die de verzekeraar tot en met het jaar na het jaar waarover de compensatie wordt verstrekt alsnog bij de verzekeraar weet te innen, afgetrokken.

Uit het voorgaande zal duidelijk zijn dat ik zorgverzekeraars niet volledig voor de gedeerde premie-inkomsten compenseer. Er moet een prikkel blijven bestaan om de premie ook daadwerkelijk te incasseren. Allereerst worden zoals gezegd de eerste zes maandpremies betalingsachterstand niet gecompenseerd. Voor de periode waarover wel gecompenseerd wordt, vindt slechts gedeeltelijke compensatie plaats, doordat niet de nominale premie, maar de rekenpremie vergoed wordt. De rekenpremie is lager dan de gedeerde nominale premie (in 2006 was de rekenpremie € 60 per jaar lager dan de gemiddelde nominale premie, in 2007 scheelt het, uitgaande van begroting 2007, € 83). Ten derde compenseer ik niet de uitvoeringskosten van het incassotraject. Deze kosten beschouw ik als bedrijfsrisico waar verzekeraars bij de vaststelling van de nominale premie rekening mee moeten houden.

In de uitvoering van de maatregel sluit ik aan bij het afrekeningscyclus van de vereveningsbijdragen voor zorgverzekeraars door het CVZ. Ik ga uit van een nacalculatorische aanpak met een voorlopige en een definitieve afrekening. Om de uitvoeringslast te beperken, bezie ik het aantal wanbetalers waarvoor een verzekeraar compensatie ontvangt dus jaarlijks, en niet per individuele verzekerde na afloop van het verzwaarde incassoregime conform het Protocol.

In het hiernavolgende wordt uiteengezet hoe de compensatiepremie over het jaar 2006 zal worden berekend. De wijze waarop de berekening over 2007 zal plaatsvinden wijkt daar niet structureel van af. Wel zal het bedrag aan compensatiepremie over 2007 hoger zijn, aangezien pas vanaf 1 juli 2006 sprake kan zijn van een premie-achterstand van zes maandpremies.

Allereerst vraagt het CVZ bij zorgverzekeraars ten behoeve van de voorlopige afrekening van de vereveningsbijdrage 2006 – naast de informatie voor de afrekening van de vereveningsbijdrage 2006 – ook het aantal wanbetalers over 2006 op waarvoor een verzekeraar in aanmerking komt voor compensatie. Het betreft dus een opgave van de zorgverzekeraar van het aantal verzekerden met een betalingsachterstand van meer dan zes maandpremies in 2006 en de gemiddelde achterstand in maanden. Het CVZ keert vervolgens in oktober 2007 een voorlopig bedrag uit ter compensatie van de gedeerde premie-inkomsten gecorrigeerd voor de eerste zes maanden premie-achterstand, die voor rekening van de zorgverzekeraar komen.

Alle verzekerden met een betalingsachterstand van meer dan zes maandpremies vallen onder het verzwaarde incassoregime van het Protocol. Om te voorkomen dat verzekeraars gecompenseerd worden voor verzekerden die door een succesvol incassoregime uiteindelijk toch geheel of gedeeltelijk aan hun betalingsverplichting voldoen, vindt er in augustus 2008 een definitieve afrekening plaats van de compensatie die de verzekeraar voor 2006 al heeft ontvangen. Het CVZ vraagt hiertoe opnieuw het aantal verzekerden met een betalingsachterstand van meer dan zes maandpremies in 2006 en de gemiddelde achterstand in maanden op. Verzekerden die hun betalingsachterstand geheel hebben voldaan, vallen niet meer onder deze aanlevering van zorgverzekeraars en verzekerden die deze gedeeltelijk hebben voldaan, verlagen de gemiddelde achterstand. Het CVZ bepaalt op basis van deze gegevens de definitieve compensatie voor 2006. Tussen de eerste afrekening per oktober 2007 en de definitieve per augustus 2008 heeft de NZa bovendien de mogelijkheid het CVZ te melden of de verzekeraar het Protocol wel volgt dan wel anderszins voldoende incasso-inspanningen verricht. Is dat niet het geval, dan zal het CVZ de definitieve afrekening op nul stellen.

Voor 2007 en latere jaren geldt een zelfde afrekeningcyclus, zij het dat de voorlopige afrekeningen zo mogelijk per 1 augustus van het jaar volgende op het jaar waarover de bijdragen worden verstrekt, zullen plaatsvinden. De compensatie in 2007 kan zowel betrekking hebben op bestaande wanbetalers voor wie een verzekeraar ook al voor 2006 een compensatie ontvangt, als op wanbetalers die in 2007 voor het eerst een premie-achterstand van zes maandpremies bereiken.

Voorbeelden

Verzekerde A betaalt vanaf 1 januari 2006 geen nominale premie aan zijn zorgverzekeraar. Voor 2006 ontvangt de zorgverzekeraar dan vanaf 1 juli 2006 een compensatie middels de rekenpremie. De compensatie bedraagt voor 2006: $\frac{1}{2} \times € 970 = € 485$. Voor 2007 ontvangt de verzekeraar voor het gehele jaar compensatie. De compensatie bedraagt voor 2007 de gehele nominale rekenpremie over 2007 (die hoger is dan de nominale rekenpremie 2006 van € 970), te weten: € 1051.

Verzekerde B betaalt ook vanaf 1 januari 2006 geen nominale premie aan zijn verzekeraar, maar onder druk van het verzwaarde incassoregime lost hij zijn schuld volledig af op 1 maart 2007. Bij de voorlopige afrekening 2006 die gebaseerd is op betalingsgegevens per ultimo 2006 staat de betreffende verzekerde (nog) te boek als wanbetaler. De zorgverzekeraar ontvangt voorlopig in

augustus 2007 voor 2006 € 485 compensatie. Maar omdat de verzekerde de schuld heeft ingelost, dient de zorgverzekeraar deze compensatie bij de definitieve afrekening (augustus 2008) terug te betalen. De verzekerde is immers per ultimo 2007 – met terugwerkende kracht tot en met 1 januari 2006 – geen wanbetaler meer. In 2007 ontvangt de zorgverzekeraar geen compensatie.

Verzekerde C betaalt vanaf 1 oktober 2006 zijn nominale premie niet meer. Over 2006 bouwt hij dan een betalingsachterstand op van drie maandpremies. De zorgverzekeraar dient deze betalingsachterstand in 2006 voor eigen rekening te nemen. In 2007 bouwt deze verzekerde nog twaalf maandpremies betalingsachterstand op. Dan ontvangt de verzekeraar over 2007 een compensatie van $\frac{9}{12}$ van de rekenpremie. De eerste zes maanden waarvan er drie betrekking hadden op 2006 zijn voor eigen rekening zorgverzekeraar.

Financiering

Onlangs heeft het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) het aantal wanbetalers gepubliceerd op basis van gegevens van verzekeraars. Uit deze publicatie blijken er circa 190 000 verzekerden te zijn met een betalingsachterstand van meer dan zes maandpremies. De totale premieachterstand van deze groep wanbetalers bedraagt circa € 155 miljoen. De gemiddelde premieachterstand komt neer op ruim negen maanden, (uitgaande van een gemiddelde nominale premie van € 1030 in 2006). De verzekeraars moeten de eerste zes maanden voor eigen rekening nemen. Voor de overige maanden compenseer ik de verzekeraar door een vergoeding te geven ter hoogte van de rekenpremie. Dit komt (voorlopig) neer op ongeveer € 53 miljoen (drie maanden vermenigvuldigd met de rekenpremie van € 970 per jaar vermenigvuldigd met het aantal wanbetalers) in 2006. De definitieve hoogte van de compensatie is afhankelijk van het aantal wanbetalers na het verzwaarde incassoregime bij definitieve afrekening en van de vraag of de verzekeraar volgens de NZa voldoende incasso-inspanningen heeft verricht.

Het totale bedrag van de compensatie komt volledig ten laste van het Zorgverzekeringsfonds. Dit betekent ten gevolge van de zogenoemde 50/50-regel (art. 45, vierde lid, Zvw), dat de helft van het bedrag wordt gefinancierd uit een hogere inkomensafhankelijke bijdrage en de andere helft door minder beschikbare middelen voor de vereveningsbijdrage en dus door een hogere – voor alle verzekeraars gelijke – rekenpremie.

Artikelsgewijs

Artikel I

Onderdeel A

In dit artikel is bepaald dat de hoogte van de bijdrage gelijk is aan de rekenpremie vanaf de maand waarin de achterstand van zes maandpremies is bereikt, verminderd met bedragen die de verzekeraar in het jaar waarover de bijdragen worden verstrekt (t) alsmede in het daaropvolgende kalenderjaar (t + 1) door een goed incassobeleid alsnog van de verzekeringnemer weet te ontvangen én een eventuele no-claimteruggave over t. De eventuele no-claimteruggave wordt hierbij betrokken omdat de verzekerde, door het niet betalen van de nominale premie, ook niet de no-claimteruggave premie (€ 255 per jaar) heeft betaald. De eventuele no-claimteruggave waar de verzekerde bij betaling wel recht op had gehad wordt nu afgetrokken van de premieschuld.

Opgemerkt wordt, dat is geregeld dat alle bedragen die de verzekeraar over het bijdragejaar nog weet te innen, op de compensatiebijdrage in dat jaar in mindering worden gebracht. Indien, derhalve, een bedrag ter hoogte van drie maanden nominale premie binnenkomt, worden deze bij de uiteindelijke vaststelling van het bijdragebedrag over t in mindering gebracht, ook al schrijft de zorgverzekeraar ze in de eigen boeken deels aan de incassokosten en deels aan delging van de schuld over de eerste zes maanden premieachterstand (waarover geen recht op compensatie bestaat) toe. Dit zorgt ervoor dat de verzekeraar een groter belang bij volledige premie-inning houdt. Bovendien zou het niet in mindering brengen van de van de verze-

kerde nog binnenkomende gelden op de compensatie vaker tot 'knipperlichtsituaties' leiden. Een verzekerde die een bedrag ter hoogte van zes maandpremies plus de incassokosten (of meer) maar niet zijn gehele schuld jegens de zorgverzekeraar voldoet, zou indien dit bedrag niet op de compensatie in mindering zou worden gebracht zijn verzekeraar immers geen compensatie meer opleveren. De compensatie zou dan vervolgens weer in moeten gaan zodra de totale premieachterstand weer tot zes maandpremies is opgelopen.

Om te grote administratieve lasten voor de zorgverzekeraars te voorkomen worden bedragen die na t + 1 binnenkomen, voor de bijdrage over t buiten beschouwing gelaten. De definitieve afrekening over het jaar t vindt derhalve in augustus van het jaar t + 2 plaats, op basis van het aantal maanden achterstand na de zesde maand, minus de tot en met 31 december van t + 1 binnengekomen bedragen.

De wijze waarop de compensatiepremie daadwerkelijk door het CVZ zal worden uitbetaald (niet op het niveau van de individuele wanbetaler maar 'macro' tegelijk met de afrekening van de vereveningsbijdragen, en wel in twee fases) is reeds in het algemeen deel van deze toelichting beschreven.

Onderdeel B

Deze wijziging bewerkstelligt dat de zorgverzekeraar in zijn jaarlijkse uitvoeringsverslag moet aangegeven of hij volgens het Protocol heeft gewerkt, en zo nee, welke delen hij niet heeft gevolgd, waarom hij dat niet heeft gedaan en welke incasso-inspanningen hij daarvoor in de plaats heeft verricht

of heeft laten verrichten. Net als in het kader van de Code Tabaksblat geldt hier dus: volg de Code, of leg uit waarom deze niet is gevolgd (en wat daarvoor in de plaats is gedaan). De zorgverzekeraar dient zijn uitvoeringsverslag over het jaar t ingevolge artikel 38 Zvw uiterlijk op 1 juli van t + 1 aan de NZa te zenden. De NZa zal op basis daarvan nagaan of de zorgverzekeraar voldoende activiteiten heeft verricht om alsnog tot incasso van achterstallige premies bij wanbetalers te komen. Is dat niet het geval, dan zal het het CVZ daarvan op de hoogte stellen. Het CVZ zal vervolgens de compensatiepremie op nul stellen.

Artikel II

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 mijn ambtsvoorganger, 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 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. De verplichting om in het uitvoeringsverslag over de naleving van het Protocol te rapporteren, kan pas voor het eerst voor het huidige verslagjaar, te weten 2007, gelden.

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