



Regeling van de Minister voor Medische Zorg van 30 november 2020, kenmerk 1782923-214367-Z, houdende wijziging van de Regeling zorgverzekering in verband met het vereenvoudigen van de wanbetalersbijdrage

De Minister voor Medische Zorg,

Gelet op de artikelen 18bb, tweede lid, 18c, vijfde lid, en 34a, tweede lid, van de Zorgverzekeringswet;

Besluit:

ARTIKEL I

De Regeling zorgverzekering wordt als volgt gewijzigd:

A

Het opschrift van hoofdstuk 6 komt te luiden:

Hoofdstuk 6 Het Zorginstituut en het CAK.

B

De artikelen 6.5.4 en 6.5.5 komen te luiden:

Artikel 6.5.4

1. De inspanningen tot inning van de premie, bedoeld in artikel 18bb, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet, bestaan uit:
 - a. het uiterlijk vanaf tien werkdagen na de uiterste datum voor betaling van de premie treffen of, indien noodzakelijk, door derden laten treffen van maatregelen tot inning en incasso van de premie die betamelijk zijn en in redelijkheid verlangd kunnen worden en waarbij kosten voor de verzekeringnemer zoveel mogelijk voorkomen worden door:
 - 1°. de verzekeringnemer te informeren indien een automatische incasso van de premie niet slaagt;
 - 2°. de verzekeringnemer kosteloos een aanmaning te sturen;
 - 3°. de verzekeringnemer een tweede en derde aanmaning te sturen;
 - 4°. niet elke premiefactuur afzonderlijk te verzwaren met incassokosten;
 - b. de verzekeringnemer die in verzuim verkeert tot nakoming van een betalingsregeling bedoeld in artikel 18a, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet, ten minste eenmalig in staat te stellen dit verzuim te herstellen;
 - c. communicatiemiddelen in te zetten die zijn afgestemd op de verzekeringnemers ten behoeve waarvan de inspanningen worden geleverd.
2. De medewerking, bedoeld in artikel 18c, vierde lid, van de Zorgverzekeringswet, bestaat uit:
 - a. het bevorderen dat verzekeringnemers niet langer de bestuursrechtelijke premie, bedoeld in artikel 18d, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet verschuldigd zullen zijn door:
 - 1°. het periodiek, doch ten minste jaarlijks, aanbieden en vervolgens uitvoeren van een redelijke, op de omstandigheden van de verzekeringnemer afgestemd betalingsregeling waarin alle uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden van de verzekeringnemer aan de zorgverzekeraar zijn betrokken, met kwijtschelding van eventuele restschulden, ten behoeve van de verzekeringnemers die naar verwachting van de zorgverzekeraar aan de betalingsregeling zullen kunnen voldoen;
 - 2°. het verlenen van medewerking aan het tot stand brengen en uitvoeren van betalingsregelingen en schuldsanering die ten minste in overeenstemming zijn met de door de Vereniging voor schuldhulpverlening en sociaal bankieren gehanteerde richtlijnen;
 - 3°. het in overleg met gemeenten verlenen van medewerking aan de uitvoering van artikel 6.5.6;
 - b. het inzetten van communicatiemiddelen die zijn afgestemd op de verzekeringnemers ten behoeve waarvan de medewerking wordt geleverd.



Artikel 6.5.5

1. Het CAK verstrekt een zorgverzekeraar per kalenderjaar een bijdrage voor het onder de dekking van de zorgverzekering houden van verzekerden voor wier zorgverzekering de bestuursrechtelijke premie verschuldigd is.
2. De bijdrage wordt berekend met de formule $(A + B) * C$ waarbij wordt verstaan onder:
 - A: de som van het aantal maanden per verzekerde waarin ter zake van de zorgverzekering de bestuursrechtelijke premie verschuldigd was in het kalenderjaar;
 - B: de som van het aantal maanden per verzekerde waarvoor de bestuursrechtelijke premie in het kalenderjaar niet verschuldigd was omdat de melding, bedoeld in artikel 18c, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet ten gevolge van de toepasselijkheid van het tweede lid, onderdeel b, c of d, van dat artikel nog niet kon worden gedaan;
 - C: de standaardpremie als bedoeld in artikel 4 van de Wet op de zorgtoeslag, gedeeld door twaalf.
3. Het CAK verleent maandelijks ambtshalve een voorschot op de bijdrage dat wordt berekend op basis van het aantal verzekerden waarop het tweede lid in de periode tot en met de desbetreffende maand van toepassing is.
4. De bijdrage en het maandelijks voorschot worden berekend aan de hand van de volgende gegevens:
 - a. het bestand van personen die op grond van een zorgverzekering verzekerd zijn;
 - b. het bestand van personen ten aanzien waarvan het CAK de bestuursrechtelijke premie heft naar aanleiding van de meldingen, bedoeld in de artikelen 18c, eerste lid, en 18d, derde lid, van de Zorgverzekeringswet, en rekening houdend met de toepassing van de artikelen 6.5.6 en 6.5.7.
5. De zorgverzekeraar administreert:
 - a. zijn meldingen, bedoeld in de artikelen 18c, eerste lid, en 18d, derde lid, van de Zorgverzekeringswet;
 - b. het aantal maanden per verzekerde waarvoor de bestuursrechtelijke premie in het kalenderjaar niet verschuldigd was omdat de melding, bedoeld in artikel 18c, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet ten gevolge van de toepasselijkheid van het tweede lid, onderdeel b, c of d, van dat artikel nog niet kon worden gedaan;
 - c. de toepassing van de artikelen 6.5.6 en 6.5.7 op zijn verzekeringsnemers;
 - d. de verzekerden die de bestuursrechtelijke premie verschuldigd zijn en hij onverminderd onder de dekking van de zorgverzekering heeft gehouden.
6. Het CAK kan bepalen dat de zorgverzekeraar uiterlijk 1 mei van het jaar volgende op het kalenderjaar ten behoeve waarvan de bijdrage is verstrekt op door het CAK te bepalen wijze opgave per kalendermaand doet uit de administratie, bedoeld in het vijfde lid. Daarbij kan het CAK bepalen dat de opgave is voorzien van een assurancerapport van een accountant als bedoeld in artikel 393 van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek, opgesteld overeenkomstig een door het CAK vastgesteld model met inachtneming van een door het CAK vastgesteld accountantsprotocol.
7. Uiterlijk 1 september van het jaar volgende op het kalenderjaar ten behoeve waarvan de bijdrage is verstrekt stelt het CAK de bijdrage ambtshalve vast.
8. Het CAK is bevoegd het verschil tussen de vastgestelde bijdrage en de bevoorschotte bijdrage te verrekenen met over een later kalenderjaar te verstrekken voorschotten op de bijdrage.

ARTIKEL II

Op de bijdragen, bedoeld in artikel 34a, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet, waarop het CAK in de kalenderjaren 2019 en 2020 voorschotten heeft verstrekt, blijft de Regeling zorgverzekering van toepassing zoals deze luidde op 31 december 2020.

ARTIKEL III

Deze regeling treedt in werking met ingang van 1 januari 2021.



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

*De Minister voor Medische Zorg,
T. van Ark*



TOELICHTING

Algemeen

Vereenvoudiging

De Zorgverzekeringswet (Zvw) wordt met ingang van 1 januari 2021 gewijzigd ter vereenvoudiging van de wijze van verstrekking van de wanbetalersbijdrage aan zorgverzekeraars en het toezicht op de verplichtingen van zorgverzekeraars gericht op het verminderen van het aantal wanbetalers.

De vereenvoudiging bestaat uit twee onderdelen. Ten eerste wordt de wanbetalersbijdrage door het CAK voortaan uitsluitend verstrekt aan de zorgverzekeraar voor het in stand houden van de verzekeringsdekking voor de wanbetaler.

Ten tweede worden de overige voorwaarden voor de wanbetalersbijdrage omgezet in verplichtingen, voor zover ze dat al niet waren. De koppeling met de wanbetalersbijdrage van het CAK wordt daarmee losgelaten. Wel is in de Zvw een grondslag opgenomen om de verplichtingen bij ministeriële regeling uit te werken. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) houdt toezicht op de naleving van deze verplichtingen en kan zo nodig handhavend optreden.

De achtergrond van de vereenvoudiging van de wanbetalersbijdrage en de wijze waarop de NZa toezicht en de handhaving op de verplichtingen verricht, zijn uiteengezet in de parlementaire documenten over de wetwijziging, in het bijzonder de memorie van toelichting (Kamerstukken II 2019/20, 35 362, nr. 3). Kortheidshalve wordt hier volstaan met een verwijzing naar die stukken, met dien verstande dat de NZa voornamelijk geen specifiek toetsingskader opstelt voor de uitoefening van het toezicht op de onderhavige verplichtingen. Het algemene beleid volstaat. Hierbij wordt uit gegaan van 'principle based' toezicht. Dit houdt in dat het gewenste gedrag wordt bevorderd door de nadruk te leggen op de (achterliggende) principes en niet door middel van gedetailleerde beleidsregels. Ter uitvoering van de wetwijziging wordt met deze regeling de Regeling zorgverzekering (Rzv) aangepast. De aan de wanbetalersbijdrage verbonden voorwaarden met betrekking tot de inspanningen tot inning van de premie voorafgaand aan de aanmelding van de wanbetaler bij het CAK en met betrekking tot het na de aanmelding verlenen van medewerking aan aflossing van de uit de zorgverzekering voortvloeiende schuld door de wanbetaler, zijn geschrapt. In plaats daarvan zijn die inspanningen en medewerking in de Rzv opgenomen als uitwerking van de desbetreffende, nieuwe verplichtingen in de Zvw. Bij deze omzetting van voorwaarden naar verplichtingen zijn geen inhoudelijke wijzigingen aangebracht. Mocht uit toezicht en handhaving van de NZa blijken dat wijzigingen nodig zijn, dan zal de Rzv worden aangepast.

Consultatie, toetsing en regeldruk

De consultatie bij zorgverzekeraars en Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de toetsing door het CAK en de NZa en de advisering van het Adviescollege toetsing regeldruk (ATR) hebben reeds plaatsgevonden in het kader van de voorbereidingen van de bovengenoemde wijziging van de Zvw. Wel is bij deze organisaties, met uitzondering van het ATR, in de herfst van 2020 geverifieerd of de beoogde datum van inwerkingtreding van de wetwijziging, 1 januari 2021, nog steeds haalbaar werd geacht. Dat bleek het geval.

Artikelsgewijs

Artikel I

Artikel 6.5.4 Rzv bevat in het eerste lid de uitwerking van de op grond van artikel 18bb Zvw vereiste inspanningen van de zorgverzekeraar tot inning van de premie voorafgaand aan de aanmelding van de wanbetaler bij het CAK.

In onderdeel a staat wat zorgverzekeraars moeten doen voor inning en incasso van de premies. De zorgverzekeraar zal uiterlijk 10 werkdagen na de premievervaldag de openstaande premie constateren. De premievervaldag kan per zorgverzekeraar verschillen afhankelijk van het moment van factureren. Vanaf de premievervaldag start het incassotraject dat minimaal zes maanden in beslag zal nemen voordat een wanbetaler wordt aangemeld voor de bestuursrechtelijke premie (artikel 18c Zvw).

De zorgverzekeraar treft incasso-activiteiten die betamelijk zijn en in redelijkheid verlangd kunnen worden. Maatregelen tot inning en incasso dienen een redelijk doel te dienen, teneinde te voorkomen dat de verzekeringnemer met onnodige kosten wordt geconfronteerd. Niet in alle gevallen is het zinvol bijvoorbeeld een (gerechtelijk) deurwaarderstraject in te zetten. Welke middelen al dan niet worden



ingezet, is afhankelijk van de omstandigheden in het concrete geval, waarbij de zorgverzekeraar, of degene die namens hem deze maatregelen uitvoert, zich er eveneens van dient te vergewissen dat deze activiteiten niet bij voorbaat zinloos zijn. Dit kan in voorkomende gevallen ook betekenen dat bepaalde maatregelen achterwege zijn gelaten.

Voor gerechtsdeurwaarders zijn de Verordening beroeps- en gedragsregels gerechtsdeurwaarders en gedragsregels inzake kwaliteitsnormen van toepassing. Leden van de Nederlandse Vereniging van gecertificeerde Incasso-Ondernemingen (NVI) en hun personeel zijn onderworpen aan diverse gedragscodes en het NVI Incassokeurmerk, die ertoe dienen dat gewerkt wordt overeenkomstig algemeen aanvaarde beginselen van zorgvuldigheid en deskundigheid, waarbij rekening wordt gehouden met de (zwakkere) positie van de debiteur.

Voor zover zorgverzekeraars al gebruik maken van de diensten van andere incassopartners dan een deurwaarder of leden van de NVI, is verlangd dat ook deze derden dergelijke algemeen aanvaarde beginselen van zorgvuldigheid en deskundigheid onderschrijven en in de uitvoeringspraktijk toepassen.

Onnodige incassokosten kunnen zoveel mogelijk worden voorkomen door in ieder geval de volgende maatregelen:

1. De zorgverzekeraar zal in de situatie dat een automatische incasso niet slaagt de verzekeringnemer hierover informeren. De praktijk wijst uit dat een automatische incasso soms niet geïnd kan worden bijvoorbeeld in verband met een tekort op de rekening waarvan geïnd wordt. In dat het geval kan bijvoorbeeld een stornobericht worden gestuurd.
2. De zorgverzekeraar neemt de premie-achterstand waar en zendt de verzekeringnemer een kosteloze betalingsherinnering c.q. aanmaning.
3. Indien de premie nog niet betaald wordt, zendt de zorgverzekeraar de verzekeringnemer in ieder geval een tweede en derde buitengerechtelijke betalingsherinnering- c.q. aanmaningsbrief. Hieraan kunnen kosten voor de verzekeringnemer verbonden zijn. De kosten worden bepaald overeenkomstig het Besluit vergoeding voor buitengerechtelijke incassokosten.
4. Gedurende het traject zal de zorgverzekeraar niet elke premiefactuur afzonderlijk verzwaren met buitengerechtelijke incassokosten.

Onderdeel b heeft betrekking op de situatie dat een verzekeringnemer in verzuim verkeert tot nakoming van een betalingsregeling. In artikel 18a Zvw is geregeld dat de zorgverzekeraar bij een premieachterstand van twee maanden een betalingsregeling aanbiedt. Wanneer een betalingsregeling tot stand is gekomen en de verzekeringnemer in verzuim verkeert tot nakoming daarvan, biedt de zorgverzekeraar hem minimaal eenmalig de gelegenheid dit verzuim te herstellen.

In onderdeel c staat een algemeen vereiste dat de zorgverzekeraar in acht dient te nemen bij alle inspanningen. Het betreft de wijze van benadering van wanbetalers. De zorgverzekeraar maakt voor zijn contacten met wanbetalers gebruik van de verschillende kanalen die specifiek aansluiten op de doelgroep die het betreft. Dit wordt gedaan op basis van beschikbare klantgegevens. Voorbeelden van kanalen zijn telefoon, sms, e-mail en andere digitale communicatiemiddelen.

Artikel 6.5.4 Rzv bevat in het tweede lid de uitwerking van de na de aanmelding bij het CAK op grond van artikel 18c Zvw door de zorgverzekeraar te verlenen medewerking aan aflossing van de uit de zorgverzekering voortvloeiende schuld door de wanbetaler.

In onderdeel a staan de volgende eisen met het oog op de uitstroom van wanbetalers uit het bestuursrechtelijke premiereregime.

1. Teneinde de uitstroom te bevorderen en hernieuwde instroom tegen te gaan benadert de zorgverzekeraar ten minste jaarlijks op basis van een doelgroepen analyse kansrijke wanbetalers om een maatwerkoplossing aan te bieden voor hun schulden. Bij een maatwerkoplossing wordt rekening gehouden met de (persoonlijke) omstandigheden van de verzekeringnemer. Teneinde een structurele uitstroom mogelijk te maken is het vaak noodzakelijk dat de zorgverzekeraar openstaande schulden deels kwijtscheldt vanwege de beperkte financiële ruimte waarover de verzekeringnemer (ook op termijn) beschikt. Verder is van belang dat de zorgverzekeraar de uitvoering van de betalingsregeling monitort om te voorkomen dat de verzekeringnemer deze blijvend niet nakomt en terugvalt in het bestuursrechtelijke premiereregime.
2. De zorgverzekeraar werkt gedurende het incassotraject mee aan schuldhulpverlening en betalingsregelingen. Deze medewerking vindt plaats in de fase waarin de verzekeringnemer zich heeft gewend tot een schuldhulpverlener en – in de regel – later in het proces dan in de eerste maanden van een beginnende betalingsachterstand. De schuldhulpverlener kan dan een voorstel doen aan de zorgverzekeraar. Betalingsregelingen en schuldsanering zijn daarbij ten minste in overeenstemming met de door de Vereniging voor schuldhulpverlening en sociaal bankieren (NVVK) gehanteerde richtlijnen. De premisse is dat een voorstel van een schuldhulpverlener die lid is van de



NVVK of een andere schuldhulpverlener die de uitgangspunten van de NVVK hanteert, voldoet aan de uitgangspunten voor een redelijke afbetalings- of schuldenregeling, waarbij rekening wordt gehouden met inkomen, draagkracht en beslagvrije voet. De zorgverzekeraar wordt geacht in beginsel positief te reageren op dergelijke schuldsaneringsvoorstellen. Wel mag hij verlangen dat de nieuw verschuldigde betalingsverplichtingen ingevolge de zorgverzekering volledig worden voldaan. De zorgverzekeraar handelt overeenkomstig het convenant dat NVVK met Zorgverzekeraars Nederland op 12 januari 2010 heeft gesloten.

3. De Zvw geeft de Minister de bevoegdheid groepen aan te wijzen die onder, door de Minister gestelde voorwaarden, geen bestuursrechtelijke premie verschuldigd zijn. De bedoeling is een zorgvuldig tot stand gekomen en structurele uitstroom te bewerkstelligen. Een dergelijke uitstroom kan in de praktijk alleen tot stand komen in samenwerking tussen zorgverzekeraar en gemeenten en dient aan de in artikel 6.5.6 Rzv gestelde voorwaarden te voldoen. Het gaat om feitelijke medewerking aan eventuele activiteiten van gemeenten gericht op schuldenproblematiek en de uitstroom van een wanbetaler met een bijstandsuitkering ingevolge de Participatiewet. Gemeenten zijn op basis van de Wet gemeentelijke schuldhulpverlening verantwoordelijk voor de schuldhulpverlening aan hun inwoners. Zorgverzekeraars kunnen gemeenten hierbij helpen bijvoorbeeld door gemeenten desgevraagd te informeren over betalingsachterstanden, zodat gemeenten kunnen interveniëren. De mogelijkheid deze gegevens te verstrekken is geregeld in artikel 7b.1 Rzv. Ook andere afspraken kunnen helpen bij het voorkomen en oplossen van betalingsachterstanden, zoals een collectieve zorgverzekering voor minima waarbij de premie wordt ingehouden op de bijstandsuitkering.

In onderdeel b staat een algemeen vereiste dat de zorgverzekeraar in acht dient te nemen bij alle medewerking. Het betreft de wijze van benadering van wanbetalers. De zorgverzekeraar maakt voor zijn contacten met wanbetalers gebruik van de verschillende kanalen die specifiek aansluiten op de doelgroep die het betreft. Dit wordt gedaan op basis van beschikbare klantgegevens. Voorbeelden van kanalen zijn telefoon, sms, e-mail en andere digitale communicatiemiddelen.

Artikel 6.5.5 Rzv regelt de verstrekking van de wanbetalersbijdrage door het CAK aan de zorgverzekeraar.

Ingevolge het eerste lid wordt de zorgverzekeraar per kalenderjaar één wanbetalersbijdrage verstrekt. De bijdrage wordt toegekend ten behoeve van alle wanbetalers van een zorgverzekeraar tezamen.

In het tweede lid staat de wijze van berekening van de wanbetalersbijdrage. De hoogte van de bijdrage is afhankelijk van het aantal verzekerden waarvoor de bestuursrechtelijke premie verschuldigd is en de periode waarin hun zorgverzekering in stand wordt gehouden. Inbegrepen zijn degenen die een bestuursrechtelijke premie verschuldigd zouden zijn, ware het niet dat zij nog niet daarvoor aangemeld konden worden. Op jaarbasis is de bijdrage per verzekerde gelijk aan de standaardpremie.

Het derde lid draagt het CAK op maandelijks een voorschot te betalen. Het totaalbedrag van de maandelijkse voorschotten is gelijk aan de te verstrekken bijdrage over de periode waarvoor de voorschotten worden verleend.

Het vierde lid benoemt de bestanden aan de hand waarvan de bijdrage en de voorschotten worden berekend. De belangrijkste informatiebron zijn de aan- en afmeldingen van de zorgverzekeraar voor de bestuursrechtelijke premie. Bij de aanmelding van wanbetalers doet de zorgverzekeraar een opgave van de periode waarin de wanbetaler gelet op artikel 18c, tweede lid, onderdeel b, c of d, Zvw nog niet aangemeld kon worden. Deze meldingen worden in behandeling genomen door het CAK. Daarbij kan het CAK nagegaan of betrokkene daadwerkelijk verzekerd is. Hiervoor raadpleegt het CAK een centrale database, die wordt aangeduid als het Referentiebestand Verzekerden Zorgverzekeringwet (RBVZ). Verder houdt het CAK rekening met degenen die voldoen aan de voorwaarden voor uitstroom van bijstandsgerechtigden of onder bewind gestelden uit het bestuursrechtelijk premieregime (artikelen 6.5.6 en 6.5.7 Rzv). Tezamen genomen, levert dit voor elke kalendermaand een bestand op van verzekerden waarvoor het CAK de bestuursrechtelijke premie heft. De hoogte van de wanbetalersbijdrage en van de voorschotten daarop wordt op basis daarvan bepaald.

Het vijfde lid verplicht de zorgverzekeraar een administratie bij te houden van de aan- en afmeldingen van de wanbetalers alsmede van de uitstroom uit het bestuursrechtelijk premieregime van verzekerde bijstandsgerechtigden en onder bewind gestelden. De zorgverzekeraar registreert per kalendermaand voor welke wanbetalers de zorgverzekering in stand wordt gehouden. Indien van toepassing maakt hij daarbij aantekening van de voorafgaande maanden waarin de wanbetaler nog niet aangemeld kon worden bij het CAK vanwege tijdsige betwisting door de wanbetaler van de aanmelding, vanwege tijdsige voorlegging door de wanbetaler van het geschil met de zorgverzekeraar aan een onafhankelijke instantie of aan de burgerlijke rechter dan wel vanwege toepassing van schuldhulpverlening (artikel 18c, tweede lid, onderdelen b, c en d, Zvw).



In het zesde en zevende lid staat de laatste stap van de procedure voor het verstrekken van de wanbetalersbijdrage: de definitieve vaststelling door het CAK. Ook hiervoor is geen aanvraag van de zorgverzekeraar nodig. In de praktijk wordt de bijdrage vastgesteld op het totaalbedrag van de verleende voorschotten. De uitvoering van de wettelijke voorschriften omtrent wanbetalers bevat immers voldoende waarborgen dat de bijdrage verstrekt wordt ten behoeve van de verzekerden waarvoor deze bedoeld is. In uitzonderlijke gevallen kan er aanleiding zijn voor het CAK om van de zorgverzekeraar te verlangen uiterlijk binnen vier maanden na afloop van het kalenderjaar waarvoor de wanbetalersbijdrage wordt verstrekt een – eventueel door een accountant gecontroleerde – opgave te doen uit zijn administratie. Het CAK kan bepalen waaraan de opgave en de accountantscontrole moeten voldoen. Op die manier kan het CAK voldoende zekerheid krijgen over de juistheid en volledigheid van de relevante gegevens van de zorgverzekeraar. Aan de hand van deze gegevens in combinatie met de eigen administratie kan het CAK de correcte hoogte van de wanbetalersbijdrage vaststellen. Dat de zorgverzekeraar slechts in uitzonderlijke gevallen verantwoording hoeft af te leggen, is een verdere vereenvoudiging ten opzichte van de toevoeging van deze informatie aan het uitvoeringsverslag, waar in de memorie van toelichting op het wetsvoorstel nog van uit werd gegaan. De definitieve vaststelling van de wanbetalersbijdrage zal plaatsvinden uiterlijk binnen acht maanden na het kalenderjaar waarvoor de bijdrage wordt verstrekt. Deze termijn kan worden opgeschort indien – voor zover van toepassing – de correcte en volledige opgave en het bijbehorende assurancerapport niet tijdig zijn ontvangen.

Het achtste lid geeft het CAK de bevoegdheid tot verrekening wanneer er meer is bevoorschot dan het bedrag waarop de wanbetalersbijdrage is vastgesteld.

Artikel II

Dit artikel regelt dat het oude recht van toepassing blijft op de wanbetalersbijdragen die het CAK in 2019 en 2020 heeft bevoorschot. Die bijdragen zijn immers nog niet vastgesteld. Dat geschiedt uiterlijk in april van het tweede jaar volgende op het kalenderjaar ten behoeve waarvan de bijdrage is verleend.

Artikel III

Deze wijzigingsregeling treedt in werking op 1 januari 2021, tegelijk met de aanpassing van de Zvw waarop deze wijzigingsregeling is gebaseerd.

*De Minister voor Medische Zorg,
T. van Ark*