



H. (Hugo) Vlierhuis (links)

Trainer Zorgverzekeringslijn¹ Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen

Mr. E.L. (Edwin) Niezen (rechts)

Stafjurist bij de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen

HANDVATTEN OM AANMELDING ALS WANBETALER TE VOORKOMEN

Premieachterstand zorgverzekering tot 6 maanden

Nog steeds hebben veel mensen moeite met het betalen van hun zorgkosten. Zo ook met het betalen van de nominale premie voor de zorgverzekering. Toch daalt het aantal personen in de regeling wanbetalers. Dit komt door wijzigingen in wet- en regelgeving die het makkelijker maken uit deze regeling te stromen en door de inzet van gemeenten en zorgverzekeraars. Zo waren er in februari van het jaar 2015 ruim 330.000 personen die aangemeld waren bij het CAK voor de regeling wanbetalers en de bestuursrechtelijke premie moesten betalen. Op 1 mei 2018 waren dat er nog 235.988. Dit betekent dat er momenteel ruim 90.000 personen minder de bestuursrechtelijke premie moeten betalen dan 3 jaar geleden.

Daarentegen is het aantal mensen met een betalingsachterstand bij de zorgverzekeraar tot en met 5 maanden door de jaren heen niet afgenomen en zelfs licht gestegen. In 2016 waren er gemiddeld door het jaar 143.032 mensen met een achterstand van 2 tot 4 maandpremies en 155.011 mensen met een achterstand van 4 tot 6 maandpremies.² In deze bijdrage beschrijven we hoe het incassoprotocol van de zorgverzekeraars eruitziet voor een achterstand tot maximaal 6 maandpremies.

Een zorgverzekeraar heeft de mogelijkheid om de zorgverzekering te beëindigen wanneer de premie niet betaald wordt. Artikel 934 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek is namelijk ook van toepassing op de nominale premie die voor een zorgverzekering moet worden betaald. Als dat zich voordoet dan raakt iemand onverzekerd. Diegene zou zich kunnen aanmelden bij ieder andere zorgverzekeraar. De Zorgverzekeringswet (Zvw) kent een acceptatieplicht, daarom zal de nieuwe zorgverzekeraar deze persoon moeten verzekeren. Bij de nieuwe zorgverzekeraar zou deze persoon weer een achterstand in de premie kunnen oplopen en kan de nieuwe zorgverzekeraar weer de verzekering beëindigen. Deze situatie is niet wenselijk omdat het de werking van het zorgstelsel ondermijnt. Daarom hebben zorgverzekeraars met elkaar afgesproken dat ze mensen met premieachterstanden in beginsel niet zullen royeren. In de Zvw is bovendien geregeld dat een verzekeringsnemer zelf de verzekering niet kan beëindigen wanneer er sprake is van een achterstand in de maandelijkse premie.

Niet royeren bij achterstand

Doordat verzekeraars met elkaar hebben afgesproken dat ze niet royeren bij een achterstand in de premie en doordat verzekeringsnemers het recht ontzegd wordt om hun verzekering te beëindigen, zijn twee grote problemen aangepakt. Er ontstaan geen onverzekerden en er ont-

staat geen carrousel van niet betalende verzekerden. Toch blijft het een probleem als de premie onbetaald blijft omdat dit het stelsel onder druk zet en kan zorgen voor premiestijging.

In de artikelen 18a en 18b van de Zvw is beschreven wat zorgverzekeraars moeten doen op het gebied van het incasseren van vorderingen en het voorkomen van grotere achterstanden in de fase tot en met 6 maanden ten aanzien van de nominale premie. Daarnaast hebben de zorgverzekeraars daar met elkaar afspraken over gemaakt. Zo zullen zij uiterlijk 10 werkdagen na de premievervaldag de openstaande premie constateren en de verzekeringsnemer een betalingsherinnering zenden.

Tweedemaandsbrief - Betalingsregeling en 'polis splitsen'

In artikel 18a Zvw staat onder meer dat uiterlijk tien werkdagen nadat een achterstand in de betaling ter hoogte van twee maandpremies is geconstateerd de zorgverzekeraar de verzekeringsnemer het aanbod moet doen tot het treffen van een betalingsregeling. Bij dat aanbod moet ook worden medegedeeld dat als de verzekeringsnemer een ander dan zichzelf heeft verzekerd, de verzekering van deze verzekerde(n) kan worden opgezegd als deze verzekerde(n) een andere zorgverzekering heeft (hebben) afgesloten.

Zorgverzekeraars hebben afgesproken dat zij dit uitvoe-

ren door het zenden van een zogenoemde tweedemaandsbrief. In deze brief vermelden zij het volgende:

- Een aanbod tot een betalingsregeling.
- Een vermelding van de consequenties van het niet betalen van de achterstallige premie en het niet meewerken aan de aangeboden betalingsregeling.
- Wat er gebeurt als de achterstand in de premie oploopt tot 6 maanden premie.
- Een vermelding van de mogelijkheid van schuldhulpverlening via de gemeente of een erkende schuldhulpverlener en dat het sluiten van een stabilisatieovereenkomst aanmelding bij het CAK voorkomt.
- Dat andere verzekerden op de polis zelf verzekeringsnemer kunnen worden en dat die verzekerden hier ook van op de hoogte gesteld worden.

Deze tweedemaandsbrief zenden verzekeraars dus zowel naar de verzekeringsnemer als naar de meerderjarige verzekerden die door de verzekeringsnemer verzekerd zijn. De verzekeringsnemer heeft een termijn van vier weken om op het aanbod van de zorgverzekeraar in te gaan.

Polis ‘splitsen’: zelf verzekeringsnemer worden

Bij financiële problemen in een gezin is het altijd raadzaam om te kijken hoe de zorgverzekering is geregeld. Er kan in een gezin sprake zijn van 1 verzekeringsnemer en meerdere verzekerden. Alleen de verzekeringsnemer is verantwoordelijk voor het betalen van premie en eigen risico. Alle rekeningen staan dan ook op naam van de verzekeringsnemer. Zorgverzekeringslijn ziet dat gezinnen en hulpverleners vaak niet weten dat verzekerden op elk moment van het jaar kunnen veranderen van verzekering door zelf verzekeringsnemer te worden. Hiervoor moet de verzekering van de verzekerde worden opgezegd door de verzekeringsnemer, en moet de verzekerde een andere zorgverzekering afsluiten. Men kan zelf verzekeringsnemer worden bij de huidige verzekeraar, maar zelf verzekeringsnemer worden bij een andere zorgverzekeraar is ook mogelijk. In het geval van schulden kan het wat opleveren om de polis te ‘splitsen’. Een meerderjarig kind zou zelf verzekeringsnemer kunnen worden en bijvoorbeeld kunnen kiezen voor een ‘internetpolis’ of ‘budgetpolis’ met een lagere premie, omdat hij of zij gewend is digitaal zaken te doen en weinig zorgkosten heeft. Dit kan voor het gezin een flinke besparing in de maandlasten opleveren. Schulden worden er niet mee opgelost, deze blijven namelijk staan op naam van de verzekeringsnemer. Maar de maandelijkse premiekosten worden lager en dit biedt ruimte om de schulden die er zijn af te lossen via een betalingsregeling. Voor kinderen onder de 18 hoeft geen premie betaald te worden.

“Zorgverzekeringslijn ziet dat gezinnen en hulpverleners vaak niet weten dat verzekerden op elk moment van het jaar kunnen veranderen van verzekering door zelf verzekeringsnemer te worden.”

Vierdemaandsbrief - Betwisten bestaan of hoogte van de schuld

Wanneer de premieachterstand van twee naar vier maanden premie is opgelopen, dan sturen verzekeraars de zogenoemde vierdemaandsbrief. Zo geven ze uitvoer aan artikel 18b van de Zvw.

In deze brief zetten ze het volgende:

- De gevolgen van het niet betalen van de premie en wat er gebeurt als de achterstand oploopt tot zes maanden premie.
- De mogelijkheden om het bestaan van de schuld of de hoogte ervan te betwisten en de daarvoor geldende termijnen alsmede de gevolgen daarvan.

Ook deze brief wordt zowel naar de verzekeringsnemer gezonden als naar verzekerden op de polis. Als een verzekeringsnemer of verzekerde de achterstand of de hoogte van de achterstand binnen 4 weken na de vierdemaandsbrief betwist, dan mag de zorgverzekeraar niet aanmelden bij het CAK zolang deze zijn standpunt daarover niet kenbaar heeft gemaakt.

Als de zorgverzekeraar bij tijdige betwisting na onderzoek zijn standpunt handhaaft dan deelt deze de verzekeringsnemer of de verzekerde dit mee. Wanneer binnen 4 weken na deze mededeling het geschil wordt voorgelegd aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) of aan de burgerlijke rechter, dan mag de verzekeraar niet aanmelden bij het CAK zolang op het geschil niet onherroepelijk is beslist.

Zesdemaandsbrief - Aanmelding als wanbetaler

Wanneer er 6 maanden premieachterstand is geconstateerd informeert de zorgverzekeraar de verzekeringsnemer en verzekerden hierover middels een zesdemaandsbrief. Hierin staat dat er aanmelding gedaan wordt bij het CAK.

Zorgverzekeraars ontvangen een bijdrage voor het onderdekking houden van verzekerden voor wier zorgverzekering de bestuursrechtelijke premie verschuldigd is. Zij bieden immers nog dekking, maar ontvangen geen premie meer voor die verzekerden. Deze bijdrage wordt al-

leen verstrekt als de zorgverzekeraar voldoet aan een aantal voorwaarden die beschreven zijn in de Regeling Zorgverzekering artikel 6.5.4. Een aantal van die voorwaarden zien op de inspanning tot inning van de eerste zes maandpremies.

"Het treffen van een betalingsregeling zorgt namelijk voor opschorting van de aanmelding als wanbetaler."

Betalingsregeling

In de tweedemaandsbrief doet de zorgverzekeraar het aanbod tot het treffen van een betalingsregeling, zoals in artikel 18a van de Zvw verplicht wordt gesteld. In de praktijk is het natuurlijk niet alleen op het moment dat deze tweedemaandsbrief wordt gestuurd mogelijk om een betalingsregeling te treffen. Dat kan op elk moment, dus ook bij bijvoorbeeld 3 of 4 maanden premieachterstand. En zeker ook nog als de achterstand is opgelopen tot 6 maanden en er aanmelding gedaan is als wanbetaler. Het treffen van een betalingsregeling zorgt namelijk voor opschorting van de aanmelding als wanbetaler (artikel 18d lid 2 onderdeel c Zvw). Als de betalingsachterstand is opgelopen, dan kan het wel zo zijn dat er door de zorgverzekeraar een externe incasso partij is ingeschakeld. Mogelijk moet de betalingsregeling dan met die partij getroffen worden.

Aanvullende ziektekostenverzekeringen

Aanvullende ziektekostenverzekeringen worden bij betalingsachterstanden in de regel beëindigd. Zorgverzekeraars beschrijven in de voorwaarden van deze verzekeringen wanneer dat gebeurt. Wanneer we in deze bijdrage spreken over een achterstand in de premie, dan bedoelen wij daarmee de nominale premie die betaald moet worden voor de basisverzekering.

De stabilisatieovereenkomst

Een stabilisatieovereenkomst (hierna SOVK) is een overeenkomst tussen een schuldhulpverlener en een schul-

ONVZ

Zorgverzekeraar ONVZ beëindigt de basisverzekering wel bij een betalingsachterstand. Hij doet dit bij 4 maanden premieachterstand. Deze verzekeraar is de enige uitzondering op het proces dat wij in deze bijdrage beschrijven.

denaar. De SOVK is onderdeel van een convenant tussen de NVVK en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Wanneer een stabilisatieovereenkomst naar een zorgverzekeraar wordt gestuurd dan zal de zorgverzekeraar zijn incassomaatregelen opschorten en niet verder verzwaren met rente en kosten. De schuldenaar en schuldhulpverlener beloven dat de lopende maandelijkse premie weer betaald wordt. Vaak wordt de SOVK door een schuldhulpverlener ingezet wanneer de achterstand in de premie bij de zorgverzekeraar 6 maanden heeft bereikt en de schuldenaar is aangemeld bij het CAK als wanbetaler. Daardoor wordt de aanmelding bij het CAK opgeschort. Een SOVK is echter ook in te zetten wanneer de achterstand in de premie nog geen 6 maanden is. Zo wordt aanmelding voor de regeling wanbetalers voorkomen.

Het is hierbij wel zaak om op te letten. De SOVK dient namelijk enkel ter voorbereiding op een minnelijke schuldregeling. De verleiding kan groot zijn om de overeenkomst altijd in te sturen, omdat aanmelding als wanbetaler en bronheffing kan worden voorkomen of opgeschort. Dit is niet de bedoeling omdat een SOVK slechts éénmaal per 10 jaar kan worden ingezet. De overeenkomst moet alleen naar de zorgverzekeraar worden gestuurd wanneer het vrijwel zeker is dat er binnen 8 maanden een akkoord met alle schuldeisers kan worden bereikt. Ook moet binnen zes weken de betaling van de maandelijkse premie worden hervat. Wanneer dit niet gebeurt, of de termijn van acht maanden wordt overschreden dan is de kans op een minnelijke regeling een stuk kleiner.

1 Zorgverzekeringslijn is een initiatief van het Ministerie van VWS en onderdeel van de SKGZ. Zorgverzekeringslijn (www.zorgverzekeringslijn.nl) geeft trainingen in het sociaal domein over het herkennen en oplossen van zorgverzekeringsschulden en het bieden van een oplossing aan onverzekerde mensen. De SKGZ (www.skgz.nl) behandelt klachten van consumenten over hun zorgverzekeraar.

2 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2017). VWS Verzekerenmonitor 2017