

Vergaderjaar 2018–2019

35 000 XVI

Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2019

Nr. 125

BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 10 april 2019

Met mijn brief¹ van 24 januari 2018 heb ik gereageerd op de motie van het lid Ellemeet² waarin de regering is verzocht onderzoek te doen naar de voor- en nadelen van het standaard overmaken van zorgtoeslag naar zorgverzekeraars. In mijn brief heb ik aangegeven dat het direct overmaken van de zorgtoeslag voor alle 4,4 miljoen huishoudens die zorgtoeslag ontvangen disproportioneel is gezien vanuit de aspecten «privacy» en «uitvoering». Ik heb aangegeven verder onderzoek te doen naar twee varianten: 1. omleiding van zorgtoeslag bij drie maanden betalingsachterstand en 2. het vrijwillig overmaken van zorgtoeslag. Dit zijn varianten in aanvulling op de omleiding zorgtoeslag die nu al plaatsvindt voor verzekerden in de wanbetalersregeling. De Belastingdienst, het CJIB, het CAK, zorgverzekeraars, Zorgverzekeraars Nederland en VWS hebben deze varianten in 2018 met elkaar (technisch) verkend. De hoofdpunten van deze brief zijn:

- Zorgverzekeraars zijn tot het gezamenlijke standpunt gekomen dat de (maatschappelijke) baten van de omleiding van zorgtoeslag bij drie maanden betalingsachterstand niet opwegen tegen de kosten. De voornaamste redenen hiervoor zijn dat de zorgtoeslag pas met de vijfde maand zorgpremie kan worden gesaldeerd terwijl de wanbetalersregeling een maand later (na 6 maanden) ingaat. Daarnaast is de afgelopen jaren veel geïnvesteerd in andere preventieve maatregelen. Ik volg de redenering van dit standpunt.
- Eén zorgverzekeraar heeft aangegeven het vrijwillig overmaken van zorgtoeslag verder te willen verkennen. Het vrijwillig overmaken van de zorgtoeslag gaat rechtstreeks van de Belastingdienst naar de zorgverzekeraar en vergt een convenant tussen de zorgverzekeraar en de Belastingdienst.

¹ Kamerstuk 34 775 XVI, nr. 122.

² Kamerstuk 34 725 XVI, nr. 10.

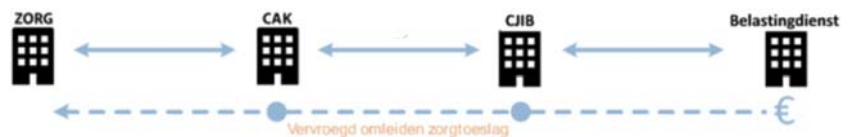
De technische analyse is ook opgenomen in het actieplan brede schuldenaanpak als onderdeel van de actielijn ontzorgen en ondersteunen. Ik ga ook in op de gevolgen voor mensen met (het risico op) problematische schulden en welke stappen ik in dat kader wil zetten.

Uitkomsten verkenning «verplichte omleiding zorgtoeslag»

Het verplicht omleiden van de zorgtoeslag bij drie maanden betalingsachterstand is mogelijk op basis van artikel 18aa, Zvw. In dit artikel is opgenomen dat, in afwijking van artikel 25, eerste lid, van de Algemene wet inkomensafhankelijke regelingen, 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. Ik ga hieronder in op enkele belangrijke uitkomsten van de uitgevoerde verkenning.

Raming aantal verzekerden: Zorgverzekeraars geven aan dat jaarlijks circa 175.000 verzekeringnemers een achterstand hebben in de premiebetaling van twee of meer maanden, maar minder dan vier volle maandpremies. Naar schatting heeft van deze groep 70% een zorgtoeslag. De verwachting is dat jaarlijks circa 120.000 burgers in aanmerking komen voor een omleiding van de zorgtoeslag.

De keten: Alle partijen hebben de voorkeur uitgesproken voor het scenario waarin het CAK, naast het CJIB, wordt ingezet als koppelorganisatie, omdat het CAK de check kan doen of een verzekerde al in de wanbetalersregeling zit en reeds een gegevensuitwisseling (ICT-structuur) heeft met de zorgverzekeraars. Het CAK zou dan verantwoordelijk worden voor het versturen van de beschikkingen waarop beroep en bewaar mogelijk is. Hieronder een weergave van de keten.



Het proces: In de verkenning is gekeken naar een proces bestaande uit drie stappen: 1. uitvragen zorgtoeslagbetrokkenheid en aanmelden, 2. financiële afhandeling en 3. afmelden. Het uitgangspunt daarbij is dat de gehele zorgtoeslag van een huishouden wordt omgeleid naar de zorgverzekeraar die zich als eerst meldt. De zorgtoeslag wordt ingezet voor de opkomende premie en het restant voor het aflossen van de betalingsachterstand. Als de gehele betalingsachterstand is opgelost volgt een afmelding. Het kan voorkomen dat er geen zorgtoeslag wordt omgeleid, omdat een ander lid van het huishouden is aangemeld voor de wanbetalersregeling (deze omleiding kent een preferentie).

Het proces zou starten bij de zorgverzekeraar die circa twee weken na de vervaldatum van de derde maande zorgpremie een signaal stuurt. Dit signaal komt via het CAK en het CJIB na verschillende checks bij de Belastingdienst terecht. Het gebruik van het BSN hierbij is noodzakelijk. Een eventuele realisatie van de omleiding van zorgtoeslag vergt daarom nog een Privacy Impact Analyse. In de onderstaande tabel zijn de verschillende stappen in de tijd weergegeven.

December	Betaling zorgpremie januari
14 januari	Vaststelling betalingsachterstand van één maand
14 februari	Vaststelling betalingsachterstand van twee maanden
14–18 maart	Vaststelling betalingsachterstand van drie maanden
18–22 maart	«Startsignaal» omleiding zorgtoeslag vanuit zorgverzekeraar
25–29 maart	Verwerken signaal, administreren en uitvoeren noodzakelijke checks
20 april	Zorgtoeslag wordt overgemaakt naar CJIB
26 april	Zorgtoeslag wordt overgemaakt naar CAK
27 april	Zorgverzekeraar ontvang zorgtoeslag voor de maand mei

Een belangrijk gegeven is dat de elfde van iedere maand de uiterste dag is bij Belastingdienst voor het aanpassen van de ontvanger van de zorgtoeslag. Dat betekent dat het moment waarop een betalingsachterstand van drie maanden wordt vastgesteld later is dan de uiterste datum bij de Belastingdienst om de zorgtoeslag voor de vierde maand zorgpremie om te leiden. De zorgtoeslag die voor het eerst wordt ontvangen is ter verrekening met de vijfde maand zorgpremie. Bij een zesde maand achterstand begint de wanbetalersregeling. Daardoor is het effect van de omleiding zorgtoeslag veel beperkter. In de technische analyse is geconcludeerd dat het eerder versturen van het signaal (dan het moment dat de drie maanden betalingsachterstand wordt geconstateerd) tot teveel herstelwerkzaamheden leidt (herstelbrieven en herstelbetalingen). Dit komt doordat vlak voor de vervaldatum nog veel betalingen worden gedaan.

ICT en uitvoeringskosten: De Belastingdienst en het CJIB kunnen vrijwel volledig de reeds aanwezige ICT gebruiken die ook wordt gebruikt bij de omleiding van zorgtoeslag in de wanbetalersregeling. Bij het CAK en de zorgverzekeraars zijn wijzigingen en enkele nieuwe ICT-systemen nodig. Voor het Rijk komen de totale implementatiekosten uit op circa € 3,2 mln en de totale jaarlijkse uitvoeringskosten op circa € 3,5 miljoen. De kosten voor de individuele zorgverzekeraars zijn niet in beeld gebracht.

Uitkomsten verkenning «vrijwillig overmaken van zorgtoeslag»

Het rechtstreeks overmaken van de toeslag naar de organisaties waarvoor de toeslag is bedoeld is een oplossingsrichting die de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving noemt in haar rapport «eenvoud loon» om schulden te voorkomen bij mensen voor wie de samenleving te complex is. Daarom vind ik het goed dat in ieder geval één zorgverzekeraar heeft aangegeven deze mogelijkheid serieus met de Belastingdienst te willen verkennen.

Het vrijwillig overmaken van zorgtoeslag naar de zorgverzekeraar is mogelijk (met een convenant) op basis van artikel 6, lid 1 Uitvoeringsregeling Algemene wet inkomensafhankelijke regelingen. Het vrijwillig overmaken van de zorgtoeslag gaat rechtstreeks van de Belastingdienst naar de zorgverzekeraar op verzoek van de burger, en vergt een convenant tussen de zorgverzekeraar en de Belastingdienst. De meeste zorgverzekeraars zien af van deze mogelijkheid. De gedachte van de zorgverzekeraars is dat hiermee naar verwachting alleen die mensen worden bereikt die ook gewoon de premie zullen betalen. Zorgverzekeraar CZ heeft wel aangegeven op korte termijn in gesprek te willen met de Belastingdienst.³

³ Zorgverzekeraar CZ is een speler in de schuldeiserscoalitie die betrokken is bij de brede schuldenaanpak.

Ik volg de gesprekken tussen deze zorgverzekeraar en de Belastingdienst met belangstelling. Waar mogelijk zal ik dit proces faciliteren en ook andere zorgverzekeraars stimuleren om van deze mogelijkheid gebruik te maken.

Tot slot

Hoewel het verplicht omleiden van zorgtoeslag bij drie maanden betalingsachterstand maatschappelijke voordelen kent, laat deze technische analyse zien dat de voordelen te beperkt zijn. Zeker als deze beperkte voordelen worden afgezet tegen de publieke middelen die moeten worden ingezet. Ik zie veel meer winst in persoonlijk contact door zorgverzekeraars en betalingsregelingen op maat. En op de vrijwillige omleiding van de zorgtoeslag van Belastingdienst naar zorgverzekeraars.

Het aantal wanbetalers is inmiddels gedaald van circa 325.000 eind 2014 naar circa 220.000 nu. Veel wanbetalers in deze groep hebben te maken met multiproblematiek. Met name bij deze groep is persoonlijk contact en maatwerk van belang. Dit vraagt samenwerking met andere schuldeisers, gemeenten en hulpverleners. Om die reden hebben het Ministerie van VWS en SZW in 2018 de Ombudsman Amsterdam (en het CAK) een subsidie verstrekt om 150 wanbetalers thuis te bezoeken en de geleerde lessen in beeld te brengen. De volgende stap is om de kosten en baten hiervan in beeld te brengen en de geleerde lessen te vertalen naar praktische instrumenten voor andere gemeenten.

Tot slot wil ik u in dit verband melden dat ik verwacht uw kamer voor de zomer een nieuwe uitstroomberegeling aan te bieden voor wanbetalers die onder bewind staan.

De Minister voor Medische Zorg,
B.J. Bruins