

Bijlage 4

Collectieve Zorgverzekering

Administratief Protocol

Datum; 3 september 2021



Gemeente Maastricht

Administratief Protocol

Collectieve Ziektekostenverzekering voor ten behoeve van inwoners van de gemeenten Zuid Limburg

I. Algemeen

Het contract Collectieve Zorgverzekering ten behoeve van inwoners van de gemeenten Zuid-Limburg met een laag inkomen is in 2015 aanbesteed. De collectieve zorgverzekering is bedoeld voor burgers met een laag inkomen. De inkomensgrens wordt jaarlijks bevestigd. Het nieuwe contract is gegund aan de zorgverzekeraar VGZ en is per 1 januari 2016 ingegaan.

Dit administratief protocol en plan van aanpak betalingsachterstanden maken onderdeel uit van de Collectieve Zorgverzekering gesloten tussen VGZ en de gemeenten Zuid Limburg.

Definities:

In dit protocol wordt verstaan onder:

1. De verzekeraar: De gecontracteerde zorgverzekeraar die een collectief zorgverzekeringscontract heeft gesloten met 17 gemeenten in Zuid Limburg ten behoeve van inwoners van deze gemeenten met een laag inkomen;
2. de gemeenten Zuid Limburg: de 17 gemeenten, te weten: Beek, Beekdaelen (voorheen Nuth, Onderbanken en Schinnen), Brunssum, Eijsden-Margraten, Gulpen-Wittem, Heerlen, Kerkrade, Landgraaf, Maastricht, Meerssen, Simpelveld, Sittard-Geleen, Stein, Vaals, Valkenburg aan de Geul en Voerendaal, die gezamenlijk een contract collectieve zorgverzekering hebben afgesloten.

II. Aanmeldingen

a. Iedere verzekeringnemer/deelnemer die wenst deel te nemen aan de Collectieve Zorgverzekering dient zich aan te melden. Dit kan via een aanmeldingsformulier of digitaal (www.gezondverzekerd.nl)

b. Met de ondertekening tekent de verzekeringnemer/deelnemer voor:

- deelname aan de verzekering
- opzegging oude verzekeraar
- automatisch incasso door de verzekeraar
- aanvaarding van de verzekeringsvoorwaarden

c. De doelgroep is gesplitst in: -

- Bekenden van de gemeente: dit zijn bijstandsgerechtigden en overige sociale minima waarvan de gemeente weet dat zij recht hebben op deelname aan de collectieve verzekering
- Onbekenden van de gemeente: dit zijn onbekenden van de gemeente waarbij de verzekeringnemer/deelnemer een inkomensverklaring ondertekent waarbij hij/zij een inkomen verklaart waarbij het volgende onderscheid in inkomen wordt gehanteerd:
 - Verzekerden met een inkomen tot 110% van het sociaal minimum
 - Verzekerden met een inkomen vanaf 110% van het sociaal minimum tot 150% van het sociaal minimum

- d. Een gemeente kan zelfstandig besluiten om af te zien van een beoordeling of om een beoordeling achteraf te doen (na inschrijven). Indien de gemeente achteraf constateert dat de verzekeringnemer/deelnemer onterecht deelneemt, dan wordt inschrijving per 1 januari van het daaropvolgende kalenderjaar beëindigd en ontvangt verzekeringnemer een aanbod conform de afspraak VGZL van de verzekeraar.
- e. De verzekerde kan een bijdrage in de premie krijgen van de gemeente. Het wel of niet bijdragen in de premie en de mate van bijdrage verschilt per gemeente.
- f. Iedere verzekeringnemer/deelnemer die verzekerd is, blijft ingeschreven bij de verzekeraar tot 1 januari van het volgend jaar. Tussentijdse opzeggingen, behoudens uitzonderingen, zijn niet mogelijk.
- g. In januari, februari, juli en november ontvangt de gemeente van de verzekeraar een overzicht van de betalende verzekerden (verzekeringnemers/deelnemers) naast de niet-betalende verzekerden.
- h. Aan een inschrijving van de verzekeringnemer/deelnemer zal terugwerkende kracht worden verleend (max. 4 maanden), voor zover een en ander niet strijdig is met de Zorgverzekeringswet. De gemeente administreert iedere deelnemer in hun eigen systeem.
- i. De verzekeraar stelt een format op met als doel om op eenduidige wijze mutaties door te geven aan de verzekeraar. Deze mutaties kunnen betrekking hebben op afmeldingen, verhuizing, wijze van incasso, e.d.

III. Afmeldingen

- a. Verzekeringnemers/deelnemers kunnen hun deelname aan het contract zelfstandig en rechtstreeks beëindigen bij de verzekeraar.
- b. In juli van ieder kalenderjaar stuurt de verzekeraar een overzicht met deelnemers op basis waarvan gemeente binnen 4 weken dient aan te geven of de deelnemers nog steeds recht hebben op deelname in de collectieve verzekering:
 - Indien een deelnemer geen recht meer heeft op deelname, zal de verzekeraar aan die deelnemer een aanbod conform de afspraak VGZL doen.
 - Indien een deelnemer wel recht heeft op deelname, zal de verzekeraar aan die deelnemer een aanbieding doen in de vorm van een nieuw polisblad voor het nieuwe kalenderjaar per 1 januari zoals overeengekomen met gemeente.
 - Indien er geen reactie wordt ontvangen van gemeente, mag de verzekeraar ervan uit gaan dat een deelnemer recht heeft op deelname aan het collectieve contract per eerstkomende 1 januari.

IV. Incasso

- a. De premie voor de verzekering zal door de verzekeraar automatisch worden geïncasseerd. Het tijdstip van automatische incasso is afhankelijk van het betaalmoment van de gemeente.
- b. Indien premie niet geïncasseerd kan worden door de verzekeraar, zal de verzekeraar een aanmaning met acceptgiro sturen naar verzekeringnemer/deelnemer.
 - Indien na 2 maanden de premie niet is geïncasseerd zal de verzekeraar een overzicht met betalingsachterstanden aan de deelnemende gemeenten van het collectieve contract sturen. Op dit overzicht worden alle betalingsachterstanden vermeld die langer dan 2 maanden zijn waarbij het aantal maanden van de betalingsachterstanden wordt vermeld.
- c. Ingeval van een achterstand in premie zal deze conform het onder VIII vermelde plan van aanpak worden afgewikkeld.
- d. Indien de gemeente bij betalingsachterstand de premie doorbetaalt aan de verzekeraar zal altijd de volledige premie worden doorbetaald aan de verzekeraar.
- e. Jaarlijks voor 1 november geven de gemeenten aan de verzekeraar de betaalmomenten voor het komende kalenderjaar aan de verzekeraar door. Indien de gemeente de premie namens de

verzekerde doorbetaalt aan de verzekeraar zal de verzekeraar de verzekerde geen acceptgirokaart meer sturen van de door de gemeente betaalde premies.

V. Overig

a. *Echtscheiding*

De verzekeraar ontvangt van de betreffende verzekeringnemer/deelnemer een verzoek tot opsplitsing van de polis. De verzekeraar handelt dit verzoek zonder tussenkomst van de gemeente met de verzekeringsnemer af, conform de daarvoor geldende standaardprocedure. Er wordt dus niet opnieuw getoetst door de gemeente. De splitsing van de polis wordt per datum scheiding doorgevoerd wanneer deze datum niet verder dan 30 dagen in het verleden ligt. Anders wordt de splitsing van de polis doorgevoerd per de eerste van de opvolgende maand volgend op de echtscheiding.

b. *Detentie*

De verzekeraar ontvangt van verzekeringsnemer/deelnemer een rechtsgeldige verklaring om verzekering op te schorten. Gemeente hoeft hiervoor geen initiatief te ondernemen. Gemeente geeft instructie aan consulenten om verzekeringnemers/deelnemers hierop te wijzen.

c. *Verhuizing*

De verzekeraar ontvangt via GBA deze wijziging. Indien verhuizing naar buiten de gemeente, dan wordt verzekeringnemer/deelnemer per 31 december van lopende jaar uitgeschreven uit collectiviteit en ontvangt einde jaar een individueel aanbod. Indien verzekeringnemer/deelnemer verhuist naar een gemeente die deelnemer is aan het collectieve contract Zuid-Limburg wordt de verzekering automatisch overgezet naar het contractnummer van de nieuwe gemeente per 1ste opvolgende maand.

d. *18-jarigen*

1. De verzekeraar stuurt twee maanden voorafgaand aan de 18e verjaardag de verzekerde een brief.
2. De verzekeraar doet in deze brief de aanstaand 18 jarige een individueel aanbod.
3. Het collectieve aanbod uit de productreeks van verzekeraar wordt omgezet in een voortzetting VGZ Zuid Limburgpakket indien de 18 jarige kan aantonen dat hij recht heeft op deelname. De toets op deelname geschiedt aan de hand van het ingediende inschrijfformulier en niet door de gemeente. De gemeente controleert 1 keer per jaar aan de hand van de lijsten.

e. *Overlijden*

De verzekeraar ontvangt via GBA deze beëindiging / wijziging op de polis. De verzekeraar verwerkt mutatie zonder tussenkomst van de gemeente.

f. *Wijzigingen in verzekering*

Mutaties betrekking tot o.a. afmelding, aanmelding, wijziging incasso, verhuizing, e.d. worden door de verzekeraar zo spoedig mogelijk verwerkt. In bijlage 3 is een schema opgenomen met betrekking tot de uiterste aanleverdatum van mutaties door de contractgemeenten. Mutaties ontvangen vóór deze uiterste aanleverdatum zijn verwerkt bij de prolongatie van de eerstvolgende prolongatiemaand na de uiterste aanleverdatum.

VI. Service Level Agreement

De verzekeraar zal tijdens de looptijd van het contract voldoen aan de volgende service afspraken.

- a. Een daartoe ingerichte dedicated helpdesk zal toegankelijk zijn voor deelnemers van het contract. Een aparte helpdesk wordt ingericht voor klantconsulenten en contactpersonen van de gemeente. Zie Bijlage 1 communicatiematrix
- b. Voornoemde helpdesk zal op werkdagen, met uitzondering van erkende feestdagen, minimaal tussen 08.00 en 17.30 uur bereikbaar zijn.
- c. De verzekeraar zal toezien dat wachttijden bij deze helpdesk op een acceptabel niveau ligt; proces telefonie: bereikbaarheid van $\geq 95\%$ (m.u.v. 4 weken in periode van november, december van jaar T en januari van jaar T+1.).
- d. Polismutaties worden in minimaal $\geq 90\%$ van de gevallen verwerkt binnen 7 werkdagen.
- e. Nieuwe polissen worden in $\geq 90\%$ van de gevallen verwerkt binnen 7 werkdagen.
- f. Schades die betrekking hebben op niet gecontracteerde zorg worden in $\geq 90\%$

- van de schades binnen 8 werkdagen beoordeeld en uitbetaald.
- g. Klachten zullen conform de klachtenprocedure zoals deze bij de verzekeraar geldt en bij de Gemeenten Zuid-Limburg bekend is, in behandeling worden genomen. De gemeente krijgt periodiek, 1 keer per maand, inzicht in de aard en de afhandeling van de klachten.
 - h. De verzekeraar zal 1 x per 2 jaar (te rekenen vanaf het contractjaar 2017) een specifiek onderzoek doen naar de behoeften van de deelnemers om te bekijken of het zorgaanbod en de dienstverlening aangepast dienen te worden.
 - i. Gemeente kan verzoeken aan de verzekeraar inzicht te geven in de resultaten van bovenstaande service afspraken. Gemeente heeft het recht om een externe audit op haar performance te laten uitvoeren waaraan de verzekeraar haar medewerking zal geven. Indien een externe audit moet plaats vinden zal de verzekeraar een externe accountant aanwijzen.
 - j. De verzekeraar erkent de mogelijkheid van de melding van onregelmatigheden in het kader van deze SLA bij de Zorgautoriteit.
 - k. De dedicated helpdesk heeft het mandaat om vraagstukken van onder meer in- en excasso (w.o. het accorderen van betalingsregelingen) in overleg met de gemeente Den Haag af te wikkelen. De helpdesk dient tevens als front-office indien sprake is van incasso door een externe partij.
 - l. De verzekeraar zal desgewenst en indien noodzakelijk minimaal éénmaal per twee maanden operationeel overleg met de gemeenten Zuid-Limburg voeren over alle zaken die het contract en de collectieve zorgverzekering betreffen.
 - m. De verzekeraar evalueert in het eerste jaar per kwartaal met de gemeenten Zuid-Limburg de gang van zaken met betrekking tot het contract en de collectieve zorgverzekering. Daarna vindt evaluatie jaarlijks plaats. De verzekeraar neemt daartoe het initiatief.

VII. Gegevensuitwisseling

- a. *Bestandsvergelijk*
De geautomatiseerde bestandvergelijking vindt maandelijks in een beveiligde omgeving plaats volgens bijgevoegd format
- b. *Betalingskenmerken*
Bij betalingsachterstanden kan Zuid Limburg de premie inhouden op de uitkering van verzekerde en deze direct betalen aan de verzekeraar. Zuid Limburg gebruikt hierbij de volgende betalingskenmerken als vermeld onder VIIIe werkafspraken. Het betalingskenmerk blijft maandelijks ongewijzigd. De verzekeraar herkent betalingen onder vermelding van vorengenoemd kenmerk conform de onder VIIIe vermelde werkafspraken.
- c. *Premie/schadestatistieken*
De verzekeraar rapporteert Zuid Limburg tweemaal per jaar over de premie/schadestatistiek.
 - De eerste rapportage is in juni opvolgend op enig tekenjaar en handelt over de definitieve premie/schadecijfers van de aanvullende verzekering ten laste van het voorafgaande tekenjaar
 - De tweede rapportage is in september van het lopende tekenjaar en vermeldt de premie/schadeprognose van de aanvullende verzekering van het nog lopende tekenjaar
- d. *Rapportage SLA*
De verzekeraar rapporteert Zuid Limburg tweemaal per jaar over het niveau van uitvoering van de service level afspraken.
Zuid Limburg heeft het recht een audit op de performance van de service level afspraken door een Derde (accountant) te laten uitvoeren. De verzekeraar geeft hieraan zijn volledige medewerking.
- e. *Zorgmonitor*
De verzekeraar geeft Zuid Limburg door middel van een zorgmonitor zicht op de toegang tot de zorg van verzekerden. Daartoe verstrekt de verzekeraar eenmaal per kwartaal een opgave van de gegevens over de zorgconsumptie bij verzekerden, gespecificeerd naar zorgdisciplines (1e en 2e lijnszorg, medicijngebruik, etc.).

g. Schriftelijke informatie verstrekking.

In bijlage 4 is een schema opgenomen welke informatie de verzekeraar periodiek aan de gemeenten verstrekt. In deze bijlage is ook detailinformatie over de te leveren informatiedocumenten opgenomen.

h. Opvragen Eigen Risico

Verzekeraar verstrekt de Gemeenten Zuid Limburg op verzoek voor 1 juli gegevens over de stand van het eigen risico van verzekerden van het voorgaande jaar. De Gemeenten leveren daarvoor vooraf een bestand aan van de betreffende verzekerden met daarbij onderbouwing van de grondslag van het verzoek. Zij dienen te bevestigen dat zij de gegevens gebruiken voor de uitvoering van haar wettelijke taken op grond van de Participatiewet en de grondslag van de “regeling zorgverzekering met betrekking tot uitwisseling van gegevens in verband met schuldpreventie en afmelding uit het bestuursrechtelijk premieregime”.

VIII. Plan van Aanpak betalingsachterstanden

Aanleiding

In dit plan van aanpak betalingsachterstanden bij zorgverzekeraar wordt de werkwijze van de gemeenten Zuid-Limburg en de gecontracteerde zorgverzekeraar met betrekking tot betalingsachterstanden beschreven. Deze werkafspraken kunnen per gemeente verschillen.

Betalingsachterstand

Een betalingsachterstand kan op verschillende manieren ontstaan. Het niet betalen van de premie voor de basisverzekering en/of de aanvullende verzekering is de meest voorkomende. Verder kan een achterstand ontstaan als een klant de eigen bijdrage bij medische kosten of het geconsumeerd verplicht eigen risico niet betaalt. Een betalingsachterstand kan verder opgehoogd worden met administratieve kosten en incassokosten.

In het plan van aanpak betalingsachterstanden bij zorgverzekeraar wordt onderscheid gemaakt tussen twee vormen van betalingsachterstand.

1. Betalingsachterstand in tijd. Na het uitblijven van (een deel van) de betaling start het incassotraject bij de zorgverzekeraar. Ongeacht de hoogte van het bedrag worden op vaste tijdstippen interne betalingsherinneringen verstuurd, wordt de aanvullende verzekering geroyeerd en de vorderingen ter incasso overgedragen aan het incassobureau en/of deurwaarder.;
2. Betalingsachterstand in geld. Voor de bestuursrechtelijke premieheffing (verder benoemd als bronheffing) wordt niet uitgegaan van een betalingsachterstand in tijd, maar in volledig openstaande maandpremies. Het is mogelijk dat een betalingsachterstand van zes maandpremies pas na 1 jaar wordt bereikt (als een klant een gedeelte van de premie nog wel betaalt).

Doelstellingen

Voor het plan van aanpak zijn de volgende doelstellingen geformuleerd:

- Verminderen betalingsachterstanden bij de deelnemers aan de collectieve verzekering ;
- Voorkomen royementen van de aanvullende verzekering;
- Voorkomen en verminderen van bronheffing bij alle uitkeringsgerechtigden.
- Minimaal stabilisatie maar streven is afname van het aantal deelnemers met een lopende bronheffingsclausule

Betrokken partijen en verplichtingen

Drie partijen zijn bij het plan van aanpak betalingsachterstanden bij zorgverzekeraar betrokken. Bij elke partij is hieronder de rol en de bijhorende verantwoordelijkheden beschreven.

Gemeenten Zuid-Limburg

De gemeenten Zuid-Limburg zijn op dit moment op twee manieren betrokken bij betalingsachterstanden bij de zorgverzekeraar

1. Als inkomensverstrekker bij de wet bronheffing;

2. Als opdrachtgever van de collectieve ziektekostenverzekering voor mensen met een inkomen tot het overeengekomen percentage van het sociaal minimum.

De gemeenten Zuid-Limburg nemen de onderstaande verantwoordelijkheden:

1. Daar waar nodig de volledige premie automatisch doorbetalen uit de Bijstandsuitkering, mits er voldoende financiële ruimte is;
2. Bij bronheffing op verzoek van het Centraal Administratie Kantoor (CAK) de basispremie inhouden op de uitkering en doorbetalen het CAK (wettelijke verplichting);
3. Begeleiden van deelnemers bij het treffen van een betalingsregeling;
4. Bij een problematische schuldensituatie actief doorverwijzen naar financiële dienstverlening voor schuldhulpverlening.

De gemeenten Zuid-Limburg behouden zich het recht voor bij derden betalingen te streven naar een beveiligde gegevensuitwisseling tussen de gemeenten de verzekeraar. De verzekeraar wordt gehouden hier zijn medewerking aan te verlenen en indien nodig haar systemen hierop aan te passen. Hierover wordt tijdig overleg gevoerd met de verzekeraar.

Zorgverzekeraar:

De inwoners van gemeenten Zuid-Limburg hebben een vrije keuze bij welke zorgverzekeraar zij zich willen verzekeren. Het verzekeren voor de basisverzekering is een wettelijke verplichting. De zorgverzekeraars hebben de volgende verantwoordelijkheden ten aanzien van premiebetalingen:

1. Innen van de maandpremie voor de basisverzekering (wettelijke verplichting) en de maandpremie aanvullende verzekering;
2. Bij twee en vier maandpremies achterstand signaleringsbrieven aan de klant sturen en verwijzen naar schuldhulpverlening (wettelijke verplichting);
3. In het kader van vroegsignalering vindt er gegevensuitwisseling plaats van verzekerden met 30 – 100 dagen achterstand van uitkeringsgerechtigden (premieachterstand) door de verzekeraar;
4. Het actief aanbieden en meewerken aan betalingsregelingen;
5. Bij zes maandpremies achterstand melding bij het Centraal Administratie Kantoor (CAK);
6. Bij het afsluiten van een betalingsregeling over de gehele achterstand (incl. incassokosten) wordt de bronheffing opgeschort (ook wel volledige betalingsregeling genoemd);
7. Verzekerde die een bijstandsuitkering ontvangen met 6 of meer maanden premie achterstand waardoor er een actieve aanmelding bij het CAK is. Voor deze verzekerde is er de mogelijkheid om toe gelaten te worden aan de uitredingsregeling WUB. Hierbij zijn er diverse opties:
 - Een opschortingsjaar waarbij de achterstanden worden opgeschort, geen afbetaling van de schuld.
 - Een regeling waarbij wij 36 maanden €35,00 ontvangen en het restant na 3 jaar kwijtgescholden zal worden.

Bij beide opties is er sprake van een opschorting van de aanmelding bij het CAK en een aanvullende verzekering met herverzekeren eigen risico via het minimacontract van de gemeente. Dit is de uitredingsregeling WUB.

Gecontracteerde zorgverzekeraar

8. De gemeenten Zuid-Limburg hebben gezamenlijk bij 1 gecontracteerde zorgverzekeraar een collectief zorgcontract gesloten. Naast de hierboven genoemde verantwoordelijkheden zijn in het contract de volgende aanvullende verplichtingen opgenomen:
 1. Vanaf twee maanden achterstand (ongeacht de hoogte van het bedrag) bij alle verzekerden melding bij de gemeente;
 2. Toegankelijke helpdesk voor klanten;
 3. Aparte helpdesk voor klantconsulenten en contactpersonen van de gemeente;
 4. Aanmanen conform incassoprotocol en ZvW art 18.

Werkafspraken

In deze paragraaf wordt de werkwijze van de gemeenten Zuid-Limburg en de zorgverzekeraar met betrekking tot bronheffing beschreven. De aanvullende afspraken met de gecontracteerde verzekeraar staan apart beschreven.

Maandelijkse premie-inning

De zorgverzekeraar is in eerste instantie verantwoordelijk voor de inning van de maandelijkse premie.

Afspraken met de verzekeraar

- De verzekeraar verplicht zich bij verzekerden die een machtiging hebben afgegeven dat de maandelijkse premie met een revolverende incasso standaard vanaf de 24 ste van de maand tot uiterlijk de 3^e van de opeenvolgende maand wordt geïnd. Per gemeenten gelden verschillende afspraken;
- De gemeente informeert de verzekeraar jaarlijks op welke data de uitkeringen op de rekening van de verzekerden worden bijgeschreven;
- Onder voorwaarde dat er voldoende financiële ruimte is, draagt de gemeente zorg voor tijdige doorbetalingen op het juiste rekeningnummer. Dit gebeurt bij verzekerden met een premie-achterstand van 2 maanden of meer. Daarnaast beoordelen de gemeenten uit Zuid-Limburg of zij bij andere verzekerden op individuele basis doorbetalen;
- De gemeente geeft aan voor welke klanten er doorbetaald kan worden.

- De gemeente gebruikt de volgende betalingskenmerken:
 - Relatienummer A BSNnummer (voor aflossingsbedragen)
 - Relatienummer P BSNnummer (voor premiebetaling)
- De verzekeraar herkent de betalingen met deze kenmerken en boekt de premiebetaling af op de jongste vordering en de aflossingsbedragen op de oudste vordering.
- De verzekeraar zoekt maandelijks de uitvalbak uit op het rekeningnummer van de gemeente en signaleert foutieve doorbetalingen.
- Bij een niet herkenbare betaling stort de verzekeraar de betaling terug aan de gemeente.

Vanaf twee maanden achterstand

De verzekeraar heeft een eigen incassoprocedure. Ongeacht de hoogte van het bedrag worden op vaste tijdstippen de betalingsherinneringen verstuurd, wordt het incassobureau en/of deurwaarder ingeschakeld en de aanvullende verzekering geroyeerd.

Afspraken met de verzekeraar

- De verzekeraar verzorgt maandelijks de lijst met betalingsachterstanden. Deze lijst bevat onder andere de NAW-gegevens, polisnummer, BSNnummer, bedragen en datum ontstaan vordering. Deze gegevens worden via een beveiligd kanaal gedeeld.
- Met de achterstandslijst informeert de verzekeraar de gemeente ook over de aanstaande royeringen en de overdracht aan het incassobureau en/of deurwaarder.
- De gemeente draagt zorg voor een maandelijkse verwerking van de achterstandslijst. Voor vorderingen zonder kwijtschelding wordt getracht een betalingsregeling te treffen.
- De verzekeraar kan de aanvullende verzekering royeren. VGZ royeert de aanvullende verzekering per de eerste van de volgende maand, na de 2e aanmaning met premieachterstand.
- De helpdesk is het aanspreekpunt voor alle vorderingen en draagt zorg voor betalingsafspraken.
- De verzekeraar draagt bij een lopende betalingsregeling de inning van de betalingsachterstanden niet over aan het incassobureau (tenzij de betalingsregeling niet wordt nagekomen).
- De verzekeraar royeert geen aanvullende verzekeringen bij een lopende betalingsregeling (tenzij de betalingsregeling niet wordt nagekomen).
- De verzekeraar schort een eventueel lopende bronheffing op na het tot stand komen van een volledige betalingsregeling.

Bij twee maandpremies achterstand

De verzekeringsnemer krijgt bij een achterstand van twee maandpremies bericht van de verzekeraar. De verzekeraar biedt een betalingsregeling aan en wijst op de mogelijkheid van schuldhelpverlening. Via de verzekeraar ontvangt de gemeente ook het signaal als een bijstandsgerechtigde een premieachterstand heeft.

Bij vier maandpremies achterstand

Verzekeringsnemers die geen betalingsregeling treffen of zich er niet aan houden, worden gewaarschuwd door de verzekeraar. Zij worden gewezen op het feit dat zij in de bronheffing terecht zullen komen zodra de schuld tot zes maandpremies is opgelopen.

Bij zes maandenpremies achterstand

Wanneer de premieschuld is opgelopen tot zes maandpremies, meldt de verzekeraar de verzekerde aan bij het Centraal Administratie Kantoor (CAK). Vanaf dat moment is de verzekerde geen nominale premie meer aan de verzekeraar verschuldigd. In plaats daarvan int het Centraal Administratie Kantoor (CAK) een bestuursrechtelijke premie bij de verzekerde. De basisverzekering van de verzekerde loopt gewoon door. De klant houdt de verplichting om de bestaande schuld en het wettelijk eigen risico aan de verzekeraar te betalen. De gemeente is als inkomensverstrekker verplicht om de basispremie in te houden op de uitkering en door te betalen aan het Centraal Administratie Kantoor (CAK). De bronheffing stopt als de totale achterstand (inclusief kosten) is ingelopen of maximaal zes weken na de ontvangst van een stabilisatieovereenkomst aangaande schuldhelpverlening. Daarnaast kan de bronheffing opgeschort worden bij volledige betalingsregeling.

Betalingsregelingen

Administratief protocol

In dit plan van aanpak betalingsachterstanden bij zorgverzekeraar wordt onderscheid gemaakt tussen twee vormen van betalingsregelingen.

1. Betalingsregeling met volledige aflossing van de schuld. Bij enkelvoudige of lage schulden kan de klant zelf een betalingsregeling met de zorgverzekeraar afsluiten.
2. Betalingsregeling met onvolledige aflossing van de schuld (met kwijtschelding). Bij een problematische schuldensituatie heeft een klant betalingsachterstanden bij meer schuldeisers en is niet in staat deze schulden (volledig) af te lossen. In die gevallen wordt de klant doorverwezen naar Financiële Dienstverlening, afdeling Schuldhulpverlening. Schuldhulpverlening start eerst het NVVK (minnelijke) traject. In de meeste gevallen wordt ook budgetbeheer opgestart. In de beginfase van het traject ondertekent de klant een stabilisatieovereenkomst. In een stabilisatieovereenkomst worden de afspraken tussen de verzekerde en de gemeente vastgelegd die de inkomsten en uitgaven in evenwicht brengen en houden. Na positieve afronding van het schuldsaneringstraject, wordt de resterende schuld kwijtgescholden.

Mocht het NVVK-traject negatief moeten worden afgesloten, dan kan in specifieke gevallen WSNP worden aangevraagd. Indien een klant niet wordt toegelaten tot de WSNP of het WSNP traject negatief wordt afgesloten, kan een betalingsregeling worden getroffen voor de specifieke schuld.

Aanvullende afspraken met de verzekeraar

- In het geval van een betalingsregeling met kwijtschelding dient eerst het NVVK-traject doorlopen te worden.
- Mocht het NVVK-traject niet tot een betalingsregeling voor alle schuldeisers leiden, dan wordt op basis van de in de aanbesteding afgesproken betalingsregeling een aparte betalingsregeling met de verzekeraar afgesproken. Hierbij geldt een maximale looptijd van 36 maanden met een ondergrens van € 25,- per betalende verzekerde en een bovengrens van € 35,- per maand per verzekerde tenzij in een individueel geval een andere bovengrens tussen opdrachtgever, ondernemer en betreffende verzekerde wordt overeengekomen.
- De verzekeraar neemt, indien er sprake is van nog een restschuld, in een schuldhulptraject op dat de resterende premieschuld kwijtscheldt als iemand zich gedurende de looptijd van de schuldregeling aan de in zijn neergelegde afspraken heeft gehouden.
- De verzekeraar schort een lopend bronheffingstraject op na het tot stand komen van een betalingsregeling die de gehele schuld omvat. Indien er een kwijtschelding plaatsvindt wordt door de verzekeraar per casus bekeken of ook in deze gevallen wordt overgegaan tot opschorting van de bronheffing.
- De verzekeraar biedt gedurende het verzekeringsjaar deelnemers eenmalig de mogelijkheid

om na roeyment de aanvullende verzekering weer per de 1^{ste} van de 2^e maand te herstellen nadat er een betalingsregeling is afgesproken dan wel de schuld volledig voldaan/afgelost is, of na het ontvangen van de stabilisatieovereenkomst.

Aanpassingen in het Plan van Aanpak

Op basis van voortschrijdend inzicht en/of op basis van Overheidsbesluiten kunnen wijzigingen in de werkwijze en/of wijzigingen met betrekking tot betalingsachterstanden worden gemeld. In goed overleg en op basis van wederzijds goedvinden kunnen deze worden aangepast in de gezamenlijke werkspraken.

Deze wijzigingen worden gemeld in het reguliere overleg tussen de verzekeraar en de gemeenten Zuid-Limburg. In dit overleg worden ook signalen en knelpunten besproken.