

Vergaderjaar 2003–2004

29 623

Wijziging van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998 en de Ziekenfondswet in verband met invoering van een identificatieplicht bij het verkrijgen van zorg, invoering van het Sofi-nummer in de Wtz 1998, elektronisch berichtenverkeer in de Ziekenfondswet en enige andere wijzigingen (fraudebestrijding zorgverzekeringswetten)

Nr. 5

ADVIES RAAD VAN STATE EN NADER RAPPORT

Hieronder zijn opgenomen het advies van de Raad van State d.d. 27 februari 2004 en het nader rapport d.d. 28 mei 2004, aangeboden aan de Koningin door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Het advies van de Raad van State is cursief afgedrukt.

Bij Kabinetsmissive van 23 oktober 2003, no. 03.004355, heeft Uwe Majesteit, op voordracht van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, bij de Raad van State ter overweging aanhangig gemaakt het voorstel van wet houdende wijziging van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998 en de Ziekenfondswet in verband met invoering van een identificatieplicht bij het verkrijgen van zorg, maatregelen voor het tegengaan van declaratiefraude door verzekerden, invoering van het Sofi-nummer in de Wtz 1998, elektronisch berichtenverkeer in de Ziekenfondswet en enige andere wijzigingen (fraudebestrijding zorgverzekeringswetten), met memorie van toelichting.

Dit wetsvoorstel beoogt de fraude in de zorg door verzekerden tegen te gaan door vier maatregelen in te voeren:

- 1) een identificatieplicht in de Ziekenfondswet (Zfw) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ);*
- 2) een bestuurlijke boete in geval van fraude met declaraties;*
- 3) regelgeving over de administratieve processen in de Zfw;*
- 4) invoering van het sofi-nummer in de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998 (Wtz). Daarnaast worden nog enkele andere wijzigingen in de Zfw en Wtz voorgesteld.*

De Raad van State maakt naar aanleiding van het wetsvoorstel een aantal opmerkingen. Deze betreffen de analyse van het probleem van de zorgpas- en declaratiefraude, de noodzaak, doelstelling en uitvoering van de voorgestelde maatregelen en enkele andere onderwerpen. Hij is van mening dat het voorstel in verband daarmee grotendeels dient te worden heroverwogen.

Blijkens de mededeling van de Directeur van Uw Kabinet van 23 oktober 2003, no. 03.004355, machtigde Uwe Majesteit de Raad van State zijn advies inzake het bovenvermelde voorstel van wet rechtstreeks aan mij te doen toekomen. Dit advies, gedateerd 27 februari 2004, nr. W13.03.0440/III, bied ik U hierbij aan.

De Raad van State heeft naar aanleiding van het wetsvoorstel de nodige opmerkingen gemaakt. Deze betreffen de analyse van het probleem van de

zorgpas- en declaratiefraude, de noodzaak, doelstelling en uitvoering van de voorgestelde maatregelen en enkele andere onderwerpen. De Raad van State is van mening dat het voorstel in verband daarmee grotendeels dient te worden heroverwogen.

De Raad van State heeft met betrekking tot de bestuurlijke boete geconcludeerd dat vanwege gebrek aan opportuniteit en overtuigende motivering, de maatregel zou dienen te worden heroverwogen. De Raad heeft daarbij opgemerkt, dat het in het wetsvoorstel gaat om uitvoering door privaatrechtelijke zorgverzekeraars, die zijn toegelaten om de Ziekenfondswet (Zfw) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) uit te voeren. De Raad voegt daar aan toe dat dit andere organen zijn dan de bij wet ingestelde organen die in de socialezekerheids sfeer bevoegd zijn om een bestuurlijke boete op te leggen.

Hoewel het in beginsel mogelijk zou zijn om het wetsvoorstel zo aan te passen dat de bestuurlijke boete zou worden uitgevoerd door het College voor zorgverzekeringen in plaats van door ziekenfondsen en uitvoeringsorganen AWBZ, in het midden latend of het kabinet de door de Raad van State genoemde bezwaren omtrent de uitvoering door ziekenfondsen of uitvoeringsorganen AWBZ deelt, ziet het kabinet van deze maatregel af en heeft het besloten niet over te gaan tot invoering van een boetesysteem bij declaratiefraude door verzekerden. De belangrijkste overweging daarbij is dat het kabinet voornemens is per 1 januari 2006 een nieuwe standaardverzekering voor curatieve zorg in te voeren die een privaatrechtelijke uitvoeringsstructuur zal hebben. Die private uitvoeringsstructuur verdraagt zich niet met een publiekrechtelijk instrument als de bestuurlijke boete. Het ligt in die situatie meer voor de hand in de verzekeringsovereenkomst een en ander te regelen omtrent declaratiefraude door verzekerden en daarin eventuele sanctiemaatregelen op te nemen. Het kabinet acht het niet opportuun om *ngspolis* m voor de beperkte duur van circa een jaar tot de beoogde inwerkingtreding van de standaardverzekering voor curatieve zorg, een bestuurlijk boetesysteem, uit te voeren door het College voor zorgverzekeringen, in het wetsvoorstel op te nemen. Deze overweging geldt niet ten aanzien van de andere onderdelen van het wetsvoorstel. Met betrekking tot die andere onderdelen merk ik het volgende op.

1. Zorgpasfraude

Gestolen of geleende bewijzen van inschrijving bij een ziekenfonds (zorgpassen) worden door niet-verzekerden gebruikt om zorg te ontvangen. Door dit misbruik ontvangen niet-verzekerden voor rekening van het ziekenfonds en AWBZ-uitvoeringsorganen medische hulp zonder dat daar in de vorm van premiebetaling of eigen betalingen een vergoeding van hun kant tegenover staat. Bovendien ontstaat een risico op niet juiste behandeling van de niet-verzekerde, omdat de betrokken patiënt wordt gezien en behandeld op grond van het medisch dossier dat op naam staat van de bij het ziekenfonds geregistreerde verzekerde. Het tegengaan van misbruik van de Zfw en de AWBZ wordt, volgens de toelichting, gezien als een zwaarwegend maatschappelijk belang, omdat het gaat om uitgaven in de publieke sector.¹ Het voorstel is om zorgpasfraude aan te pakken door een legitimatieplicht voor ziekenfondsen AWBZ-verzekerden in te voeren.

De Raad onderschrijft het uitgangspunt dat zorgpasfraude moet worden tegengegaan en het nut van een legitimatieplicht voor de verzekerden, gelet op het maatschappelijk belang dat in de toelichting beschreven wordt. De Raad gaat hierna echter in op verschillende aspecten van de (aanpak van) zorgpasfraude en komt op grond daarvan tot het oordeel dat het tegengaan van zorgpasfraude in de eerste plaats een verantwoordelijkheid is van ziekenfondsen en uitvoeringsorganen AWBZ, en dat de voorgestelde maatregel daarom heroverweging behoeft.

a. Aard en omvang van het probleem.

Uit de toelichting blijkt niet hoe vaak zorgpasfraude voorkomt, door wie deze wordt gepleegd, noch welke bedragen met deze fraude zijn gemoeid. Evenmin is duidelijk hoe vaak zorgpasfraude in de praktijk tot een niet juiste behandeling van de niet-verzekerde leidt.

¹ Memorie van toelichting, onderdeel 1, fraude met zorgpassen door verzekerden.

De Raad is van mening dat de toelichting over deze feitelijke gegevens van de zorgpasfraude meer duidelijkheid dient te geven.

Daarnaast ontbreekt in de toelichting een grondige analyse van de vraag welk onderdeel van de uitvoering van de Zfw en AWBZ deze vorm van fraude vooral mogelijk maakt.

Het blijkt dat de kans dat zorgpasfraude wordt gepleegd waarschijnlijk het grootst is bij de curatieve zorg, die in een «anonieme»¹ omgeving plaats vindt en dat deze fraude vooral wordt gepleegd door onverzekerden, in het bijzonder illegaal in Nederland verblijvende vreemdelingen.² Het voorstel ziet op zorgpasfraude in de Zfw én in de AWBZ, maar de toelichting besteedt bijna uitsluitend aandacht aan de situatie in ziekenhuizen. Het risico van zorgpasfraude in de AWBZ is echter van een andere orde dan in de Zfw, omdat bijna iedereen in Nederland van rechtswege verzekerd is ingevolge de AWBZ.³ De zorgpas is het middel waarmee de zorgpasfraude kan worden gepleegd. Deze zorgpas is veelal niet meer dan een bewijs van inschrijving bij een ziekenfonds, dat jaarlijks wordt verstrekt en dat moet kunnen worden overgelegd. Hij is niet bedoeld als legitimatiebewijs. Er staat in de regel geen vervaldatum op en de pas hoeft niet te worden ingeleverd als de verzekering beëindigd wordt. Bij diefstal of verlies wordt vaak zonder overlegging van een kopie van aangifte bij de politie een nieuwe pas verstrekt.

Het is daarom volgens de Raad niet onaannemelijk dat het probleem van het misbruik primair wordt veroorzaakt door de fraudegevoeligheid van het inschrijvingsbewijs van de ziekenfondsverzekerden. In de toelichting wordt onvoldoende duidelijk gemaakt waarom de oplossing niet wordt gezocht in de invoering van een zorgpas waaruit de identiteit van de verzekerde blijkt. Ook is niet duidelijk of, ingeval met een zorgpas gefraudeerd wordt, de rechthebbende van deze pas wordt aangesproken.

De Raad meent dat ten onrechte geen aandacht is besteed aan de mogelijkheid de zorgpas met meer waarborgen te omgeven. Daarbij kan gedacht worden aan de het opnemen van meer identificerende gegevens van de rechthebbende op de zorgpas en het stellen van striktere regels rond de verstrekking van die pas.

Op grond van het hiervoor gestelde is de Raad van mening dat een meer omvattende analyse met betrekking tot de omvang en oorzaken van de zorgpasfraude nodig is. Daarbij dient tevens te worden ingegaan op de vraag waarom deze fraude niet door de ziekenfondsen zelf kan worden tegengegaan. In het voorstel wordt de uitvoering van en verantwoordelijkheid voor het tegengaan van de zorgpasfraude gelegd bij de behandelaars en zorginstellingen. De zorg voor de kwaliteit van de zorgpas is naar het oordeel van de Raad primair een verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen. Dat laat echter onverlet dat het tegengaan van fraude een gezamenlijke verantwoordelijkheid is van ziektekostenverzekeraar en zorginstelling, omdat zij daarbij beide (hetzij financieel, hetzij zorginhoudelijk) een groot belang hebben. Met het oog op de voorgenomen stelselherziening, waarin het onderscheid tussen ziekenfondsen en particulier verzekerden zal verdwijnen, kan ook worden overwogen om de zorgpasfraude in dat bredere perspectief te plaatsen.

b. Identificatieplicht

De voorgestelde aanpak van zorgpasfraude houdt in dat iedere zorgvrager zich bij de instelling of zorgverlener moet legitimeren met een identiteitsbewijs als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet op de identificatieplicht (paspoort, Nederlandse identiteitskaart of vreemdelingendocument) of een ander bij ministeriële regeling aan te wijzen document (artikel I onder A). Als de zorgvrager geen identiteitsbewijs wil of kan tonen, kan deze geen zorg op kosten van het ziekenfonds of de AWBZ krijgen. Legitimatie kan eventueel tot twee weken na verleende zorg plaatsvinden.

Als de zorgverlener nalaat de identiteit te controleren, kan deze de verleende zorg bij het ziekenfonds niet declareren en daarmee krijgt de zorgverlener een rechtstreeks financieel belang bij de identiteitscontrole. In de overeenkomsten tussen de ziekenfondsen/uitvoeringsorganen en zorgaanbieders zal een verplichting tot identiteitscontrole worden opgenomen. De ziekenfondsen kunnen daar toezicht op houden door feitelijk te controleren of de identiteitscontrole plaatsvindt of door naar de administratieve procedures te vragen. Dit betekent dat zorgverleners die controle aantoonbaar moeten uitvoeren.

¹ Anoniem in zin dat de hulpverlener de patiënt niet persoonlijk (her)kent.

² Frauderisico-analyse gezondheidszorg. Universiteit Twente, 28 maart 2003, bladzijden 38–39.

³ Risico's op misbruik in Ziekenfonds en AWBZ, CTZ, maart 2003, bladzijde 34. Zo ook in de Frauderisico-analyse gezondheidszorg, bladzijde 26.

De Raad merkt op dat in veel instellingen de inschrijvingen en de afspraken door de administratie worden gedaan. Als de administratie de identiteit van de zorgvrager heeft gecontroleerd, heeft de instelling aan haar verplichting voldaan. Echter in de tijd die ligt tussen de inschrijving en de daadwerkelijke behandeling of verrichting is er voor degenen die echt anders willen, voldoende gelegenheid tot persoons-/plaatsverwisseling. Dit betekent feitelijk dat hulpverleners voor iedere behandeling of verrichting bij alle patiënten ook zélf zouden moeten controleren. Uit de toelichting blijkt niet of aan dit punt is gedacht. Dat geldt ook voor de vraag of bij vervolgspraken steeds opnieuw om een identiteitsbewijs moet worden gevraagd. Onduidelijk is ook wat de ratio is achter de mogelijkheid dat een zorgvrager tot twee weken na het ontvangen van zorg het identiteitsbewijs ter inzage kan verstrekken en hoe dit in de praktijk zou moeten verlopen. Als iemand fraude wil plegen acht de Raad het niet aannemelijk dat deze zorgvrager binnen 14 dagen zal terugkomen om alsnog een identiteitsbewijs over te leggen. Nu het voorstel op dit punt juist voor deze categorie zorgvragers is geschreven, rijst de vraag of het voorstel door deze mogelijkheid zijn doel niet voorbijschiet. Volgens de toelichting staat de voorgestelde maatregel overigens niet in de weg aan het uitgangspunt dat in Nederland zorgaanbieders medisch noodzakelijke zorg moeten verlenen, ongeacht de vraag of iemand verzekerd is. Gewezen wordt op de Beleidsregel afschrijvingskosten dubieuze debiteuren, die ziekenhuizen in staat stelt om in overleg met de ziektekostenverzekeraars in hun budget een post voor oninbare vorderingen op te nemen. In dit verband moet beseft worden dat meestal ten minste onderzoek nodig zal zijn om vast te stellen of al dan niet «medisch noodzakelijk zorg» moet worden geboden. Uit de toelichting blijkt niet zonder meer welke de praktische en financiële consequenties van de voorgestelde maatregel zijn. Tot slot is niet duidelijk of en hoe de daadwerkelijke controle door ziekenfondsen zal plaatsvinden, of ziekenfondsen en uitvoeringsorganen de meest aangewezen instanties zijn om deze controle uit te voeren, en wie er op toeziet dat deze controle daadwerkelijk plaatsvindt. Duidelijkheid hieromtrent is van belang.

c. Lasten/neveneffecten

Het Adviescollege toetsing administratieve lasten (Actal) is van mening dat «met de onduidelijkheden over de omvang van de zorgfraude, het ontbreken van een kwantificering van de gevolgen voor de administratieve lasten die voortvloeien uit de voorgenomen identificatieplicht en het ontbreken van enig cijfermatig inzicht in de opbrengsten als gevolg van het terugdringen van de fraude een objectieve kosten-batenanalyse ontbreekt.»¹ Actal adviseert deze analyse alsnog uit te voeren om aan te kunnen tonen dat gekozen is voor het minst belastende alternatief. In de toelichting wordt opgemerkt dat niet bij voorbaat onmiskenbaar vast te stellen is dat deze verplichting tot een toename van de administratieve lasten leidt, omdat het hier niet om een administratieve last, maar om een inhoudelijke verplichting zou gaan.² Met Actal is de Raad van mening dat de identificatieverplichting niet alleen een inhoudelijke, maar ook een administratieve verplichting inhoudt. Ook al zou het voorstel voor het minst belastende alternatief zijn gekozen, dan nog moet de Raad constateren dat in de toelichting de baten en de lasten niet duidelijk zijn gemaakt. Er is niet uitgewerkt hoeveel kosten de extra administratieve verplichtingen met zich mee brengen, noch wie deze kosten moet dragen of op welke wijze ze worden vergoed. Ook is niet duidelijk hoe deze kosten zich verhouden tot de te verwachten opbrengst ten gevolge van het tegengaan van de zorgpasfraude.

d. Overige punten

Volgens de toelichting is het de bedoeling de identificatieplicht stapsgewijs in te voeren, namelijk eerst bij ziekenhuizen en poliklinieken. De effecten hiervan zullen worden geëvalueerd, waarna kan worden gezien of en zo ja, hoe deze maatregel naar andere vormen van zorg wordt uitgebreid. Uit de tekst van het wetsvoorstel blijkt dit evenwel niet en in de toelichting ontbreekt een plan van aanpak.

In de toelichting wordt opgemerkt dat artikel I, onderdeel A, en Artikel III, onderdeel B, van het wetsvoorstel zes maanden na publicatie in het Staatsblad in werking treden, teneinde ziekenhuizen en het publiek een gewenningsperiode te gunnen.³ Deze artikelen zien op de verplichtingen van verzekerden

¹ Brief van het Adviescollege toetsing administratieve lasten aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, d.d. 18-09-2003, kenmerk:RL/PL/2003/194.

² Memorie van toelichting, onderdeel 9.

³ Memorie van toelichting, paragraaf 1, onder «inwerkingtreding en voorlichting».

en zorgaanbieders ten aanzien van de identificatie. Daarmee hangt samen de verplichting tot opnemning van een bepaling over de identificatieverplichting in de overeenkomst tussen ziekenfondsen/uitvoeringsorganen en zorgaanbieders, ingevolge artikel I, onder B, en artikel III, onder E, van het wetsvoorstel. In deze laatste artikelen wordt niet voorzien dat ze zes maanden na publicatie in het Staatsblad in werking treden. Dit verschil is niet toegelicht.

De Raad concludeert aan de hand van het voorgaande dat de toelichting geen inzicht geeft in de omvang en oorzaken van zorgpasfraude. Voorts legt de voorgestelde maatregel de verantwoordelijkheid en uitvoeringslast, en daarmee de uitvoeringskosten, van de aanpak van zorgpasfraude bij de zorgaanbieders. De Raad wijst erop dat het probleem van de zorgpasfraude primair tot de verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen behoort. De Raad acht de gegeven motivering van het voorstel niet overtuigend en adviseert daarom het voorstel voor wat betreft de identificatieplicht te heroverwegen.

1. Zorgpasfraude

De Raad van State onderschrijft het uitgangspunt dat zorgpasfraude moet worden tegengegaan en het nut van een legitimatieplicht voor de verzekerden, gelet op het maatschappelijk belang dat in de toelichting van het wetsvoorstel beschreven wordt. De Raad van State is evenwel van mening dat onvoldoende inzicht wordt verschaft in de omvang van de zorgpasfraude. De Raad van State vindt voorts dat zorgpasfraude vooral wordt veroorzaakt door de fraudegevoeligheid van het inschrijvingsbewijs van ziekenfondsverzekerden. De Raad van State merkt tenslotte op dat hij van mening is dat het tegengaan van zorgpasfraude in de eerste plaats een verantwoordelijkheid is van ziekenfondsen en uitvoeringsorganen AWBZ en meent dat de voorgestelde maatregel om die reden heroverweging behoeft.

Verantwoordelijkheid van ziekenfondsen en uitvoeringsorganen AWBZ

Het stemt het kabinet tot tevredenheid dat de Raad van State op zichzelf nut en noodzaak van het tegengaan van zorgpasfraude onderschrijft. Het kabinet deelt evenwel niet de overige overwegingen van de Raad van State.

Het kabinet merkt vooreerst op, dat de kern van het voorstel om de identificatieplicht in te voeren met name ziet op de verantwoordelijkheid die de zorgaanbieders, en in eerste instantie de ziekenhuizen hebben, om te controleren of iemand die zorg claimt ten laste van de ziekenfondsverzekering, daadwerkelijk een ziekenfondsverzekerde is, alvorens zij de rekening voor die verleende zorg naar het betrokken ziekenfonds sturen.

Dat betekent niet dat de ziekenfondsen zelf geen verantwoordelijkheid dragen voor het zo goed mogelijk controleerbaar maken en controleren van de inschrijving als verzekerde.

Twee ontwikkelingen zijn hierbij in het bijzonder van belang.

In de eerste plaats is door ziekenfondsen uit eigen middelen een systeem ontwikkeld dat zorgverleners in staat stelt om, met gebruikmaking van internet, in zeer korte tijd vast te stellen of een verzekerde daadwerkelijk bij een bepaalde verzekeraar is ingeschreven. Dit zogenaamde VECOZO-systeem – dat overigens ook elektronisch declaratieverkeer mogelijk maakt – heeft in de twee jaar sinds het is opgezet een bijna landelijke dekking gekregen, mede dankzij koppeling aan andere, vergelijkbare systemen.

In de tweede plaats is van belang dat de Europese Commissie heeft besloten tot de invoering van een Europese (zorg)verzekeringskaart, die binnen de gehele Europese Unie kan worden gebruikt om buiten het woonland zorg te krijgen ten laste van de sociale verzekering. Op dit moment staat reeds vast dat een dergelijke kaart in eerste instantie nog geen elektronische informatie zal bevatten. Onduidelijk is nog of deze Europese verzekeringskaart in de toekomst eventueel ook persoonskenmerken van de verzekerde aan de hand waarvan identificatie van de verzekerde mogelijk is, zal moeten bevatten. Gelet op de huidige stand van zaken is het onvermijdelijk – en in de ogen van het kabinet ook zeer noodzakelijk – dat zorgaanbieders (in de eerste plaats ziekenhuizen) aan de hand van bestaande, erkende en goed beveiligde identiteitsdocumenten vaststellen of de verzekerde die zich bij hen meldt ook werkelijk degene is die op het verzekeringsbewijs is vermeld. Zoals hierna meer uitvoerig is uiteengezet, kiest het kabinet er overigens ook op langere termijn voor om identificatieprocedures bij voorkeur te laten verlopen met

behelp van bestaande, erkende en goed beveiligde identiteitsdocumenten en dus niet in eerste instantie met een «verzekeringspas».

Op grond van de bestaande modelovereenkomst tussen een ziekenhuis en een ziekenfonds dient het ziekenhuis zich reeds te overtuigen van het recht van de verzekerde op medische zorg. Veel ziekenhuizen volstaan er in de praktijk mee om degene die zich aan de balie meldt te vragen naar het bewijs van inschrijving (de verzekeringspas). Over het algemeen controleren ziekenhuizen niet de identiteit van degene die het verzekeringsbewijs overlegt. Het wetsvoorstel stelt daarom alleen iets zeker, dat in wezen allang had moeten gebeuren.

Uit een gezamenlijke brief van NVZ vereniging van ziekenhuizen, de Vereniging van Academische Ziekenhuizen en de Nederlandse Patiënten- en Consumentenfederatie van 30 september 2003, wordt de op dit moment te kort schietende praktijk met zoveel woorden bevestigd: «De post dubieuze debiteuren zal toenemen nu de grens scherper gelegd wordt tussen declaraties van het ziekenhuis die nog wel en die niet meer zullen worden voldaan.» Uit deze brief blijkt dat de ziekenhuiskoepels NVZ en VAZ voorzien dat mede als gevolg van de invoering van de legitimatieplicht en de daaraan verbonden controle, de stijgende kosten van hulp aan onverzekerden in de toekomst niet langer «zomaar» bij een willekeurig ziekenfonds kunnen worden gelegd. Kennelijk is die grens in de ogen van een deel van de ziekenhuizen thans eigenlijk niet zo scherp. Naar de opvatting van het kabinet is een dergelijke gang van zaken niet aanvaardbaar. Het is betreurenswaardig dat een maatregel als de identificatieplicht überhaupt nodig is om te bewerkstelligen dat zorgaanbieders doen wat ze eigenlijk al zouden moeten doen; dit sterkt de gedachte dat een mentaliteitsomgeving in de zorg noodzakelijk is. De maatregel schrijft aan verzekerden voor zich te legitimeren, maar schrijft evenzeer voor dat een ziekenhuis de identiteit van de ziekenfondsverzekerde controleert. Als dat niet gebeurt, is het niet toegestaan de rekening van de aan die persoon verleende zorg aan een ziekenfonds te sturen. Het kabinet vertrouwt er op dat de voorgestelde in de ogen van het kabinet minimale maatregel door ziekenhuizen zal worden uitgevoerd, maar heeft nadrukkelijk voorbehouden dat als blijkt dat dit niet gebeurt, verdergaande voorschriften zullen worden opgelegd. In de Memorie van toelichting is de tekst op onderdelen verduidelijkt.

Aard en omvang van het probleem

De Raad van State is van mening dat in de Memorie van toelichting onvoldoende wordt ingegaan op feitelijke gegevens over omvang en aard van zorgpasfraude.

Dat de Memorie van toelichting op dit punt weinig concrete gegevens bevat is niet te wijten aan enige vorm van onwil van het kabinet om dergelijke gegevens te verstrekken, maar aan het feit dat die gegevens niet bestaan. In het schriftelijke en mondelinge verkeer dat in 2003 tussen het kabinet en de Tweede Kamer heeft plaatsgevonden naar aanleiding van de in dat jaar uitgevoerde frauderisicoanalyse zorgsector, kwam dit thema verschillende keren prominent naar voren. Onderzoek naar de omvang van fraude in de zorg is zeer moeilijk, zeker naarmate de vraag breder en algemener wordt gesteld. Net zoals mijn ambtsvoorganger in en na het kabinetsstandpunt van 17 april 2003 over de bovengenoemde frauderisicoanalyse zorgsector heeft opgemerkt (Kamerstukken II, 2002/03, 28 828, nrs. 1 en 2), ben ik van mening dat fraude, ongeacht de omvang ervan, niet acceptabel is. Bij de aanpak van de fraude in de zorg richt ik mij – gelet ook op het genoemde kabinetsstandpunt – niet primair op het zoeken naar de exacte omvang van de zorg, maar op de kwetsbaarheden in het systeem en de manier waarop fraude kan worden tegengegaan. Anders dan de Raad van State ben ik niet van mening dat het zoeken naar omvang en oorzaken van zorgpasfraude een meer omvattende analyse vergt. Hoe vaak zorgpasfraude voorkomt is niet bekend, maar uit de zorg die de ziekenhuiskoepel heeft geuit met betrekking tot stijging van kosten van onverzekerden, mag worden afgeleid dat het gaat om fraude met enige relevante omvang. In het Rapport Frauderisico-analyse gezondheidszorg van de Universiteit Twente van 28 maart 2003 en het CMC-rapport van november 2003 naar de kwetsbaarheid van de zorgsector is identificatieplicht voor verzekerden en controle op die identificatie als een eenvoudig uit te voeren verbetering aanbevolen. De voorgestelde maatregel strekt daartoe. Tegen misbruik van verzekeringspasjes wordt een drempel opgeworpen doordat

iemand moet aantonen dat hij ook inderdaad de ziekenfondsverzekerde is die hij zegt te zijn, en de zorgaanbieder moet controleren of dat klopt. Pas dan mag de rekening van die verleende zorg bij het ziekenfonds worden neergelegd.

De Raad van State merkt voorts op dat een grondige analyse ontbreekt van de vraag welk onderdeel van de uitvoering van Ziektenwet (Zfw) en Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) zorgpasfraude mogelijk maakt. De Raad van State verwijst daarbij naar het Rapport Frauderisico-analyse gezondheidszorg van de Universiteit Twente van 28 maart 2003. Uit dat rapport blijkt dat de kans dat zorgpasfraude wordt gepleegd waarschijnlijk het grootst is bij de curatieve zorg, die in een «anonieme» omgeving plaats vindt en dat deze fraude vooral wordt gepleegd door onverzekerden, in het bijzonder illegaal in Nederland verblijvende vreemdelingen. Voorts, zo merkt de Raad van State op, wordt in de Memorie van toelichting bijna uitsluitend aandacht besteed aan de situatie in ziekenhuizen, terwijl de maatregel zich ook uitstrekt tot de AWBZ.

In de Memorie van toelichting is aangegeven dat is gekozen voor een stapsgewijze invoering van de identificatieplicht en dat de maatregel in eerste instantie wordt ingevoerd bij ziekenhuizen en poliklinieken, omdat daar het risico van fraude het grootst lijkt. Het kabinet heeft daarbij overwogen dat stapsgewijze invoering het mogelijk maakt ervaring op te doen met de organisatie van de identificatieplicht en de administratieve procedures die dit met zich brengt en deze ervaring mee te nemen bij de invoering in andere sectoren. Op basis van deze evaluatie kan worden gezien of en op welke wijze de maatregel wordt uitgebreid naar andere vormen van zorg. Dat sommige onderdelen van de zorg meer gevoelig zijn voor zorgpasfraude onderkent het kabinet en dat is ook precies de reden dat de identificatieplicht gefaseerd wordt ingevoerd. In de Memorie van toelichting is de tekst op dat punt verduidelijkt.

De Raad van State is verder van mening dat onvoldoende duidelijk is gemaakt waarom de oplossing van het probleem van de fraudegevoeligheid van het bewijs van inschrijving niet wordt gezocht in de invoering van een meer fraudebestendige kaart met identificerende gegevens.

De Raad van State geeft terecht aan dat «de zorgpas» niet meer dan een bewijs van inschrijving bij een ziekenfonds is, vaak in creditcardformaat, dat aan de verzekerde wordt verstrekt en dat moet kunnen worden overgelegd bij het inroepen van zorg. Dit bewijs van inschrijving, zo stelt de Raad van State, is niet bedoeld als legitimatiebewijs.

Het kabinet deelt deze opvatting. De «zorgpas» is een bewijs van inschrijving bij een ziekenfonds en geeft een indicatie dat iemand bij dat ziekenfonds verzekerd is, maar ook niet meer dan dat. In de praktijk controleren ziekenhuizen (en ook andere zorgaanbieders) meestal de verzekeringsgerechtigdheid rechtstreeks bij de zorgverzekeraar. Om dit mogelijk te maken hebben zorgverzekeraars er met het eerder genoemde VECOZO-systeem voor gezorgd, dat zorgaanbieders de mogelijkheid hebben via een internetverbinding de verzekeringsgerechtigdheid te controleren. Daarmee kan thans van bijna veertien miljoen verzekerden worden gecontroleerd of iemand op het moment dat hij zorg inroept, verzekerd is. Bijna alle ziekenhuizen maken van deze mogelijkheid gebruik. Het kabinet is van mening dat de zorgpas niet als legitimatiebewijs bedoeld is en daar ook niet geschikt voor is. Het probleem van misbruik van de zorgpas wordt naar de mening van het kabinet dan ook niet – zoals de Raad van State niet onaannemelijk acht – veroorzaakt door de fraudegevoeligheid van het bewijs van inschrijving, maar wordt veroorzaakt doordat niet wordt gecontroleerd op de identiteit van degene die de zorgpas aanbiedt en die zich als ziekenfondsverzekerde presenteert.

Voor een document dat dient ter identificatie van een persoon wordt in het wetsvoorstel verwezen naar de in artikel 1 van de Wet op de identificatieplicht aangewezen documenten. Daarin worden in de praktijk met name bedoeld het paspoort en indien het wetsvoorstel tot wijziging en aanvulling van de Wet op de identificatieplicht, het Wetboek van Strafrecht, de Algemene wet bestuursrecht, de Politiewet 1993 en enige andere wetten in verband met de invoering van een identificatieplicht van burgers ten opzichte van ambtenaren van politie aangesteld voor de uitvoering van de politietaak en van toezichthouders (Wet op de uitgebreide identificatieplicht (Kamerstukken 2003/04, nr. 29 218) wordt aangenomen- het rijbewijs. Deze documenten zijn in het algemeen goed

beveiligd tegen vervalsing en worden bovendien onder gecontroleerde omstandigheden uitgegeven. De kosten van ontwikkeling van goed beveiligde documenten die dienen ter identificatie zijn hoog. Het ligt naar mijn mening voor de hand om uit kostenoverwegingen gebruik te maken van bestaande daarvoor bestemde documenten als het paspoort, de identiteitskaart of het rijbewijs. In de Memorie van toelichting is verduidelijkt waarom voor deze oplossing is gekozen.

Identificatieplicht

De Raad van State gaat in op de praktische uitwerking van de maatregel, en is van mening dat daarbij veel aspecten van de uitvoeringspraktijk onduidelijk zijn gebleven.

In de Memorie van toelichting is uitvoerig aandacht besteed aan de wijze waarop de identificatieplicht kan worden uitgevoerd. Beoogd wordt een effectieve barrière op te werpen die de kans op zorgpasfraude aanzienlijk verkleint. Mensen moeten doordrongen worden van het besef dat het belangrijk is dat zij zich, om zowel financiële redenen als om het waarborgen van de kwaliteit van de zorg, identificeren. Maatregelen die erop gericht zijn zorgpasfraude (vrijwel) volledig uit te sluiten zouden niet alleen een zeer grote administratieve belasting vergen, maar ook een andere keuze van middelen en procedures.

Het kabinet heeft voor ogen gehouden dat de maatregel praktisch uitvoerbaar dient te zijn en niet tevens de ziekenhuizen moet belasten met niet realistische eisen of aanzienlijke administratieve lastenverzwaring.

De wijze waarop ziekenhuizen de onderhavige maatregel uitvoeren mogen ziekenhuizen zelf bepalen, mits aan de doelstelling van de maatregel wordt gerealiseerd: indien zorg wordt ingeroepen ten laste van de Ziekenfondswet, moet de identiteit van degene die de zorg inroept worden gecontroleerd. Of dit eenmalig of bij elk bezoek gebeurt, op welke plaats dit gebeurt, met welke waarborgen ziekenhuizen de controle omringen en dergelijke, is afhankelijk van de situatie, de administratieve procedures in het ziekenhuis en eventueel andere overwegingen die het ziekenhuis daarbij mocht hebben, en volledig ter beoordeling van het ziekenhuis. Een aantal ziekenhuizen vraagt nu al om een legitimatiebewijs ten behoeve van de kwaliteitsbewaking van de zorg of de zekerstelling van de betaling.

Een voorbeeld van deze aandacht voor de praktische uitvoerbaarheid van de identificatieplicht betreft een probleem dat door de ziekenhuizen is aangekaart, en waarvan de Raad van State aangeeft dat hem de ratio van de geboden oplossing onduidelijk is. In de situatie dat iemand na een ongelukje thuis of een ongeval bij de Eerste Hulp belandt, zal iemand niet altijd zijn paspoort of rijbewijs bij zich hebben. Het is dan niet wenselijk – zo het al mogelijk is – om iemand dan te vragen zijn identiteitsbewijs eerst op te halen. Daarom is in het wetsvoorstel de mogelijkheid opgenomen dat de persoon of instelling die de zorg verleent iemand een termijn van uiterlijk veertien dagen kan geven om zich alsnog te legitimeren. In de praktijk zal iemand na de eerste spoedeisende hulp óf in het ziekenhuis liggen óf voor een vervolgbehandeling terug moeten komen. In die periode kan alsnog het tonen van een legitimatie worden geregeld. Deze «verzuimregeling» is een voorbeeld van een praktische oplossing voor een onderkend probleem. Het kabinet merkt terzijde nog op dat na inwerkingtreding van het wetsvoorstel van de Wet op de uitgebreide identificatieplicht (Kamerstukken I, 2003/04, 29 218, nr. A) iedereen vanaf veertien jaar in beginsel een legitimatiebewijs bij zich moet hebben. Dit specifieke probleem zal zich in de praktijk naar verwachting dus niet zo vaak voordoen.

Naar aanleiding van de opmerkingen van de Raad van State is de tekst in de toelichting verduidelijkt.

Tot slot is het de Raad van State niet duidelijk of en hoe de daadwerkelijke controle door ziekenfondsen zal plaatsvinden, of ziekenfondsen en uitvoeringsorganen de meest aangewezen instanties zijn om deze controle uit te voeren, en wie er op toeziet dat deze controle daadwerkelijk plaatsvindt.

In de Memorie van toelichting is aangegeven dat het kabinet er vooralsnog van af heeft gezien ziekenhuizen te verplichten te registreren welk document ter identificatie is gebruikt. Een dergelijke registratieplicht zou door de grote

aantallen ziekenhuis- en polikliniekbezoeken extra administratieve lasten met zich brengen.

Ziekenfondsen kunnen op verschillende, door hen zelf te bepalen, manieren controleren of identiteitscontrole in ziekenhuizen plaatsvindt, bijvoorbeeld door ziekenhuizen te vragen naar de administratieve procedures die voor de inschrijving voor opname of behandeling gehanteerd worden of door feitelijke waarneming van dit proces. De wijze waarop ziekenfondsen de wet uitvoeren wordt gecontroleerd door het College toezicht zorgverzekeringen.

Lasten/neveneffecten

Ten slotte merkt de Raad van State op dat hij – evenals het Adviescollege toetsing administratieve lasten (Actal) – van mening is dat de identificatieplicht een administratieve verplichting voor de ziekenhuizen inhoudt. Het kabinet deelt deze opvatting niet. De Minister van Financiën heeft op 30 september 2003 aangegeven dat uitsluitend de controle van identiteit door een ziekenhuis geen administratieve last maar een inhoudelijke verplichting betreft, en heeft dit aan Actal medegedeeld. Naar de mening van het kabinet is er derhalve geen sprake van administratieve lasten als gevolg van de voorgestelde wijze van invoering van de identificatieplicht. De effecten van de maatregel zullen na de invoering van de eerste fase worden geëvalueerd. Bij die evaluatie kunnen ook de bedrijfseffecten van de uitvoering van deze maatregel bij ziekenhuizen in beeld worden gebracht.

Zo echter al zou moeten worden aangenomen dat er sprake is van een administratieve last wanneer een zorgverlener moet vaststellen of hij zorg verleent aan een ziekenfondsverzekerde alvorens hij zijn rekening naar het ziekenfonds zendt, dan vloeit dit voort uit reeds bestaande verplichtingen die een ziekenhuis op grond van de overeenkomst met het ziekenfonds heeft na te leven, wanneer hij moet vaststellen of degene die zorg inroept inderdaad de verzekerde is.

Overige punten

Om te bewerkstelligen dat de kosten van behandeling niet ten onrechte bij de ziekenfondsverzekering worden neergelegd, zullen hierover in de overeenkomst tussen verzekeraar en zorgaanbieder en/of zorginstelling afspraken dienen te worden gemaakt. De Raad van State wijst er op dat de invoering van de identificatieplicht zes maanden na publicatie in het Staatsblad in werking zal treden, maar dat dit in de overeenkomst tussen ziekenfonds en zorgaanbieder niet voorzien is met betrekking tot de controleverplichting die de zorgaanbieder heeft.

Er is geen onderscheid beoogd. De Memorie van toelichting is op dit onderdeel aangepast.

2. Fraude met declaraties door verzekerden

De regering acht het met het oog op een doelmatige fraudebestrijding wenselijk om zorgverzekeraars wettelijke middelen te geven een passende sanctie op te leggen, wanneer bij de controle van declaraties van verzekerden blijkt dat er sprake is van fraude.¹ Hiertoe wordt in het wetsvoorstel de bestuurlijke boete geïntroduceerd in zowel de Zfw als de AWBZ.

De Raad merkt op dat niet bekend is wat de frequentie en omvang van fraude met declaraties in de zorgverzekeringswetten door verzekerden is. De zorg waarop aanspraak bestaat ingevolge de AWBZ en de Zfw wordt in de regel verleend in de vorm van hulp in natura. Ook bij tijdelijk verblijf in het buitenland heeft de verzekerde in het algemeen aanspraak op zorg in natura. Declaratiefraude door de verzekerde is in die gevallen niet mogelijk. Slechts in enkele specifieke situaties declareert de verzekerde zelf de kosten bij het ziekenfonds. Het gaat dan voornamelijk om declaraties, die betrekking hebben op medische hulp die in het buitenland door een niet-gecontracteerde partij is verleend.² Blijkens het CTZ-rapport³ wordt jaarlijks een bedrag van circa € 15 miljoen gedeclareerd door verzekerden in verband met tijdelijk verblijf in het buitenland. Dit is 0,1% van de totale kosten van verstrekkingen op grond van de Zfw. Het is onbekend welk deel van deze € 15 miljoen als fraude moet worden aangemerkt.

Bovendien is, zoals in de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel wordt opgemerkt, in verband met de fraudegevoeligheid van de genoemde declaraties de controle hierop redelijk intensief en wordt in veel gevallen

¹ Memorie van toelichting, paragraaf 2, Standpunt van de regering.

² Memorie van toelichting, paragraaf 2; zie ook: Risico's op misbruik in Ziekenfonds en AWBZ, bladzijden 24–25, en: Fraude met zorgpassen en declaraties in de zorgverzekering, CVZ, 27 maart 2003, bladzijde 16.

³ Risico's op misbruik in Ziekenfonds en AWBZ, bladzijde 25.

voldoende informatie gekregen om de claim af te wijzen of het ten onrechte uitgekeerde bedrag terug te vorderen.

In geval van fraude kan aangifte bij de politie worden gedaan, maar meestal gebeurt dit niet, omdat het veelal kleine bedragen betreft en de bewijslast moeilijk ligt.

De Raad stelt naar aanleiding van het voorgaande vast dat de omvang van het probleem van de declaratiefraude door verzekerden hoogstwaarschijnlijk relatief beperkt is. In ieder geval is naar zijn oordeel de noodzaak van nieuwe wettelijke maatregelen zonder nadere analyse van het probleem onvoldoende aangetoond. Bovendien gaat de toelichting ten onrechte voorbij aan de vraag in hoeverre er bij de bestrijding van declaratiefraude nog winst te behalen is uit het beter benutten van de mogelijkheden die ziekenfondsen en uitvoeringsinstanties met name in de preventiesfeer reeds hebben. Gedacht kan worden aan het consequent gebruik maken van de zogenaamde formulieren E-111 (voor de EU- en EER-lidstaten) of vergelijkbare verdragsformulieren (voor andere verdragslanden)¹ of, aan de eis uitsluitend originele nota's in te dienen en door indieners van declaraties (verzekerden) op het declaratieformulier te laten verklaren dat het originele nota's betreft en dit formulier te laten ondertekenen nadat is vermeld dat dit naar waarheid is ingevuld, met vermelding van plaats en datum.² Het college wijst er in dit verband voorts op dat het probleem van mogelijke declaratiefraude zich evenzeer voordoet bij andere schade- en zorgverzekeraars, maar dat de omvang van het risico op declaratiefraude bij particuliere zorgverzekeraars, waaronder ook de Wtz-verzekerden zich bevinden, kennelijk beperkt is.³ Als zij er in slagen dit risico beperkt te houden, zouden de ziekenfondsen dat eveneens moeten kunnen. Niet valt in te zien in welk opzicht de positie van de ziekenfondsen en uitvoeringsorganen met betrekking tot dit probleem zodanig verschilt van die van de particuliere verzekeraars, dat de invoering van de bestuurlijke boete ten behoeve van de ziekenfondsen kan worden gemotiveerd. Overigens blijkt uit de verschillende rapporten die in de toelichting genoemd worden dat niet alleen verzekerden frauderen met declaraties, maar dat door verschillende partijen en op verschillende manieren met de Zfw en de AWBZ gefraudeerd kan worden. In de toelichting wordt niet ingegaan op deze overige vormen van fraude, en de omvang daarvan.

Tot slot merkt de Raad op dat de mogelijkheid tot het opleggen van een bestuurlijke boete, die in het onderhavige wetsvoorstel wordt geïntroduceerd, uitsluitend een punitief karakter heeft. Een reparatoire maatregel is nu al mogelijk op grond van de artikelen 65d van de AWBZ en 83d van de Zfw, waarin de mogelijkheid tot terugvordering is geregeld. De toelichting vermeldt dat de bestuurlijke boete in de socialezekerheidswetgeving geen nieuw fenomeen is.⁴ De Raad wijst er echter op dat organen die in de socialezekerheidsfeer bevoegd zijn om een bestuurlijke boete op te leggen, bij wet zijn ingesteld. In het voorstel gaat het om privaatrechtelijke zorgverzekeraars, die zijn toegelaten om de Zfw en de AWBZ uit te voeren. Aan dit verschil is in de toelichting geen aandacht besteed.

De Raad ziet geen noodzaak om naast de bestaande reparatoire mogelijkheden de uitvoeringsorganen ook de bevoegdheid te verlenen een bestuurlijke boete op te leggen. De Raad constateert dat van de reparatoire mogelijkheden meer gebruik kan worden gemaakt dan thans het geval is. Het opleggen van een bestuurlijke boete acht de Raad met name niet opportuun omdat de omvang van de fraude relatief gering lijkt te zijn. De Raad overweegt hierbij tevens dat toekenning van de bevoegdheid tot oplegging van bestuurlijke boete aan ziekenfondsen en uitvoeringsorganen AWBZ een overtuigende motivering vergt; de grond voor een dergelijke motivering ontbreekt.

De Raad adviseert om alsnog te voorzien in een meeromvattende analyse van de declaratiefraude door verzekerden, en deze ook te plaatsen in de context van de overige vormen van fraude met de Zfw en de AWBZ. Als fraude door het treffen van reeds bestaande mogelijkheden kan worden beperkt, en uit het bovenstaande blijkt dat mogelijk te zijn, dan rijst de vraag wat de rechtvaardiging is om het middel van de bestuurlijke boete in te voeren. Vooralsnog is de Raad van mening dat, vanwege gebrek aan opportuniteit en overtuigende motivering, de bevoegdheid tot het opleggen van een bestuurlijke boete niet aan een ziekenfonds of uitvoeringsorgaan AWBZ dient te worden toegekend. De Raad adviseert daarom de voorgestelde maatregel te heroverwegen.

¹ Zorgverzekeraars Nederland schrijft in een brief (die als bijlage 3 is opgenomen in het Rapport Fraude met zorgpassen en declaraties in de zorgverzekering) over terugdringing van de declaratiefraude het volgende: «bij de declaratie van zorg ontvangen in het buitenland lijkt terugkeer naar alleen het gebruik van de E111 verklaring een extra waarborg te zijn».

² Een aantal zorgverzekeraars laat dit achterwege; zie Rapport: «Zorg om zorgfraude». Openbaar Ministerie Fraude Unit Oost, september 2001, bladzijde 11.

³ Frauderisico-analyse gezondheidszorg, bladzijde 29.

⁴ Memorie van toelichting, paragraaf 2, Standpunt van de regering.

2. Fraude met declaraties door verzekerden

De Raad van State heeft geadviseerd om alsnog te voorzien in een meeromvattende analyse van de declaratiefraude door verzekerden, en deze ook te plaatsen in de context van de overige vormen van fraude met de Zfw en de AWBZ. Als fraude door het treffen van reeds bestaande mogelijkheden kan worden beperkt, zo stelt de Raad, dan rijst de vraag wat de rechtvaardiging is om het middel van de bestuurlijke boete in te voeren. De Raad van State heeft geconcludeerd dat, vanwege gebrek aan opportuniteit en overtuigende motivering, de bevoegdheid tot het opleggen van een bestuurlijke boete niet aan een ziekenfonds of uitvoeringsorgaan AWBZ dient te worden toegekend en heeft geadviseerd de voorgestelde maatregel te heroverwegen.

Zoals hierboven is vermeld, heeft het kabinet besloten niet over te gaan tot invoering van een boetesysteem bij declaratiefraude door verzekerden. In de tekst van het wetsvoorstel en de Memorie van toelichting zijn deze onderdelen vervallen. Ook is het opschrift van het wetsvoorstel aangepast.

Het niet invoeren van de bestuurlijke boete betekent dat ziekenfondsen en uitvoeringsorganen AWBZ geen sancties kunnen treffen. Wel kunnen zij op grond van de huidige regelgeving aangifte doen. Daarnaast kunnen zij ingevolge de artikelen 65d van de AWBZ en 83d van de Zfw van degene die opzettelijk aanspraken als verzekerde doet gelden de kosten van de verleende zorg terugvorderen. Dat is ook het geval als iemand daaraan opzettelijk medewerking heeft verleend. Ter ondersteuning van de administratieve processen en om in zo'n situatie de verhaalsmogelijkheid te ondersteunen, is in het wetsvoorstel geregeld dat het besluit tot terugvordering een executoriale titel oplevert. Dit onderdeel is thans toegelicht in punt 5, overige wijzigingen in de Ziekenfondswet, van de Memorie van toelichting.

3. Invoering van het sociaal-fiscaalnummer in de Wtz

a. In het voorgestelde artikel 4a Wtz wordt bepaald dat in de administratie van ziektekostenverzekeraars en het uitvoeringsorgaan het sociaal-fiscaalnummer (sofi-nummer) van de verzekerde wordt opgenomen. In het voorgestelde artikel 4b Wtz wordt aanvullend bepaald welke instanties van het sofi-nummer gebruik kunnen maken en gegevens aan elkaar dienen te verstrekken.

Uit onderdeel 3 van de toelichting leidt de Raad af dat het met name in het geval van studenten een probleem is dat van hen bij de uitvoerende instantie van de Wtz geen sofi-nummer bekend is, en zij met hoge frequentie afwisselend onder de Zfw en de Wtz vallen. Daardoor is een snelle afhandeling, afstemming en controle bij in- en overschrijving niet goed mogelijk. Voor de overige categorieën personen die onder de Wtz vallen doet zich dit probleem echter niet voor. De voorgestelde bepalingen gaan echter over het opnemen van het sofi-nummer van en verstrekken van gegevens over alle verzekerden op grond van de Wtz. De toelichting gaat niet in op de noodzaak daarvan. Geadviseerd kan worden de noodzaak om de genoemde bepalingen op alle Wtz-verzekerden van toepassing te laten zijn nader toe te lichten, dan wel het voorstel aan te passen.

b. In het voorgestelde artikel 23a Wtz wordt bepaald dat de minister beleidsregels kan vaststellen over de werkwijze en uitoefening van de taken van het uitvoeringsorgaan. In onderdeel 10 van de toelichting wordt opgemerkt dat de noodzaak hiertoe bleek bij de evaluatie van de Wtz. Deze concrete conclusie ziet de Raad echter niet in genoemde evaluatie terug. De Raad adviseert de noodzaak van deze bepaling toe te lichten.

c. Het voorgestelde artikel 24, vierde en vijfde lid, Wtz geeft regels voor het verstrekken van inlichtingen door de verzekeraar en diens accountant aan het uitvoeringsorgaan, de Stichting uitvoering omslagregelingen (Suo). Tevens kan het uitvoeringsorgaan bepalen dat de accountant niet bevoegd is tot het afleggen van een verklaring als bedoeld in artikel 15 van de Wtz. De toelichting gaat niet in op de redenen die nopen tot het nemen van deze maatregelen. In de brief die in de toelichting wordt genoemd schreef de toenmalige minister van VWS dat, hoewel het inzien van dossiers door de Suo accountant tot dan toe geen probleem had opgeleverd, zij maatregelen op dit punt overwoog. Dit zou mede afhangen van overige ontwikkelingen in de toezichtskolom.¹ Vorig jaar is door de minister van VWS een onderzoek aangekondigd naar de wijze waarop door de Suo invulling wordt gegeven aan het beleid aangaande misbruik en oneigenlijk gebruik van de Wtz. De resultaten daarvan worden

¹ Brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de voorzitter van de Tweede Kamer, d.d. 11 februari 2002, kenmerk: Z/F-2254772.

eind 2004 verwacht.¹ De genomen maatregelen worden niet geplaatst in genoemde ontwikkelingen.

De Raad adviseert de resultaten van het onderzoek af te wachten.

d. De voorgestelde wijziging van artikel 27, derde lid, van de Wtz, betekent dat de accountant ook een verklaring over de rechtmatigheid (naast de getrouwheid) van de jaarrekening moet afleggen.

De Raad is van mening dat deze toevoeging niet nodig is naast de bepaling in het vierde lid van artikel 27 van de Wtz, dat bepaalt dat de accountant in een rapport moet vastleggen of «de in de jaarrekening opgenomen posten tot stand zijn gekomen in overeenstemming met het bij of krachtens deze wet en andere wettelijke regelingen bepaalde». De toelichting op dit artikel meldt expliciet dat dit vierde lid gaat over de rechtmatigheid, ordelijkheid en controleerbaarheid van het gevoerde financiële beheer.²

De Raad adviseert de voorgestelde wijziging van artikel 27 achterwege te laten.

3. Invoering van het sociaal-fiscaal nummer in de Wtz

a. De Raad van State geeft aan dat hij begrijpt dat het sofi-nummer met name wordt ingevoerd ten behoeve van de sterk wisselende verzekeringspositie van studenten.

Het kabinet merkt op dat weliswaar een aanzienlijk deel van het mutatieverkeer wordt veroorzaakt door studenten, maar dat de problemen die zich daarbij voordoen ook gelden voor mutaties van flexwerkers (uitzend- en oproepkrachten), bij de overgang van ziekenfonds naar Wtz-verzekering en andere mutaties waarbij iemand, komende uit een andere verzekering, in de Wtz-verzekering komt of weer uit de Wtz-verzekering gaat. Ook voor andere Wtz-verzekerden is het derhalve wenselijk het sofi-nummer op te nemen en gegevensverkeer aan de hand van dit nummer te doen plaatsvinden.

Aan het advies van de Raad van State om nader toe te lichten waarom het noodzakelijk is dat de desbetreffende bepalingen op alle Wtz-verzekerden van toepassing zouden moeten zijn, is gevolg gegeven. In de Memorie van toelichting is dit verduidelijkt.

b. In het voorgestelde artikel 23a Wtz wordt bepaald dat de Minister beleidsregels kan vaststellen over de werkwijze en uitoefening van de taken van het uitvoeringsorgaan. In de toelichting wordt opgemerkt dat de noodzaak hiertoe bleek bij de evaluatie van de Wtz. De Raad van State merkt evenwel op dat hij deze concrete conclusie niet in de genoemde evaluatie terug ziet.

In de Memorie van toelichting is de noodzaak van deze wijziging nader toegelicht.

c. De Raad van State heeft geadviseerd de resultaten van het onderzoek naar de wijze waarop door de Stichting uitvoering omslagregelingen invulling wordt gegeven aan het beleid aangaande misbruik en oneigenlijk gebruik van de Wtz, af te wachten. Dit advies is niet overgenomen. In het periodiek overleg dat in het kader van het toezicht op het Wtz-uitvoeringsorgaan met de Pensioen- & Verzekeringkamer wordt gehouden is van die zijde aangedrongen op de voorgestelde maatregelen. De redenen hiervoor zijn dezelfde als die er destijds toe hebben geleid dat vergelijkbare bepalingen in artikel 27, zevende en achtste lid, van de Wtz 1998 en in artikel 72a, eerste en vijfde lid, van de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 zijn opgenomen. De artikelsgewijze toelichting is in die zin aangevuld.

d. De Raad van State is voorts van mening dat de toevoeging van artikel 27, derde lid, van de Wtz niet nodig is naast de bepaling in het vierde lid van artikel 27, van de Wtz. De voorgestelde wijziging van artikel 27, derde lid, van de Wtz, betekent dat de accountant naast de getrouwheid ook een verklaring over de rechtmatigheid van de jaarrekening moet afleggen. Met de wijziging wordt aangesloten bij de formulering van de in artikel 15, tweede lid, van de Wtz genoemde verklaring. De voorgestelde wijziging van artikel 27 van de Wtz is gehandhaafd. De toelichting bij het artikel is aangepast.

¹ Brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de voorzitter van de Tweede Kamer, d.d. 17 juni 2003, kenmerk: Z/F-2386241.

² Kamerstukken II 1997/98, 25 859, nr. 3, bladzijde 39.

4. Overige wijzigingen in de Ziekenfondswet

In artikel III, onder A, wordt aan artikel 3d van de Zfw een tiende lid toegevoegd, waarin de vaststelling van het inkomen van de verzekerde en zijn partner wordt aangepast aan de Wet IB 2001. Deze regeling is thans

opgenomen in de Regeling tijdvak en inkomen ziekenfondsverzekering zelfstandigen.¹ Er wordt niet toegelicht waarom deze bepaling pas nu, meer dan drie jaar nadat de Wet IB 2001 van kracht is geworden, in de wet wordt opgenomen, noch hoe in de afgelopen jaren de inkomensvaststelling feitelijk heeft plaatsgevonden. De Raad adviseert de toelichting op deze punten aan te vullen.

In artikel V wordt bepaald dat artikel III, onderdeel A, terugwerkt tot en met 1 januari 2001. In de toelichting wordt niet aangegeven wat de gevolgen van de terugwerkende kracht voor betrokkenen zijn. Aan belastende regelingen dient, behalve in uitzonderlijke gevallen, geen terugwerkende kracht te worden toegekend.²

De Raad adviseert de toelichting op dit punt aan te vullen en zo nodig het voorstel op dit punt aan te passen

4. Overige wijzigingen in de Zfw

Aan artikel 3d van de Zfw wordt een tiende lid toegevoegd, waarin de vaststelling van het inkomen van de verzekerde en zijn partner wordt aangepast aan de Wet IB 2001. De Raad van State merkt op dat niet is toegelicht waarom deze bepaling pas nu, meer dan drie jaar nadat de Wet IB 2001 van kracht is geworden, in de wet wordt opgenomen, noch hoe in de afgelopen jaren de inkomensvaststelling feitelijk heeft plaatsgevonden. Voorts heeft de Raad van State opgemerkt dat niet is aangegeven wat de gevolgen van de terugwerkende kracht voor betrokkenen zijn. De Raad adviseert de toelichting op deze punten aan te vullen.

Met de wetswijziging wordt kort gezegd bereikt dat de partnerregeling van artikel 1.2 Wet IB 2001 en de eventueel gemaakte partnerkeuze doorwerken naar artikel 3d Zfw, en daarnaast dat de toerekening van de gemeenschappelijke inkomensbestanddelen en de bestanddelen van de rendementsgrondslag, bedoeld in artikel 2.17 Wet IB 2001, eveneens doorwerkt naar artikel 3d Zfw. Bij de invoering van de Wet IB 2001 is de noodzaak om een dergelijke bepaling op te nemen in de Zfw niet onderkend, nu deze bepalingen geen onderdeel uitmaken van de hoofdstukken 3, 4 en 5 Wet IB 2001, maar van de hoofdstukken 1 en 2. In de Aanpassingswet Wet IB 2001 is dit dan ook niet meege-
nomen.

Tot op heden vindt de inkomensvaststelling in de uitvoeringspraktijk plaats als ware deze bepaling steeds onderdeel geweest van de wet- en regelgeving inzake de ziekenfondsverzekering voor zelfstandigen. Dit omdat het van meet af aan de bedoeling is geweest om voor de toepassing van artikel 3d Zfw ook op dit punt aan te sluiten bij het in de Wet IB 2001 bedoelde inkomensbegrip. Deze handelwijze heeft in de uitvoeringspraktijk tot op heden geen problemen meegebracht.

Zowel de ministeriële regeling als de wetswijziging kennen terugwerkende kracht tot 1 januari 2001 zodat met betrekking tot zelfstandigen de vaststelling van het inkomen voor de ziekenfondsverzekering op dezelfde wijze kan geschieden als de vaststelling van het inkomen ingevolge de Wet IB 2001. In de Memorie van toelichting is de toelichting op dit punt aangevuld.

5. Voor redactionele kanttekeningen verwijst de Raad naar de bij het advies behorende bijlage.

5. Andere wijzigingen

De wijziging van artikel III, onderdeel A, betreft een nieuw ingevoegde technische wijziging.

6. Redactionele kanttekeningen

De redactionele kanttekeningen zijn overgenomen. De tekst van de wet en de Memorie van toelichting zijn met betrekking tot de hierbovengenoemde onderdelen aangepast.

De Raad van State geeft U in overweging het voorstel van wet niet te zenden aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal dan nadat met het vorenstaande rekening zal zijn gehouden.

¹ Staatscourant 2003, nr. 114, d.d. 16 juni 2003. Terugwerkende kracht tot 1 januari 2001.

² Aanwijzing 167 van de Aanwijzingen voor de regelgeving.

*De Vice-President van de Raad van State,
H. D. Tjeenk Willink*

Ik moge U verzoeken het hierbij gevoegde voorstel van wet en de memorie van toelichting aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal te zenden.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
J. F. Hoogervorst

Bijlage bij het advies van de Raad van State van 27 februari 2004, no. W13.03 0440, met redactionele kanttekeningen die de Raad in overweging geeft.

Wettekst

- Na artikel 64 van de AWBZ wordt een nieuw hoofdstuk IXB ingevoegd. Omdat dit hoofdstuk vóór het bestaande hoofdstuk IXA geplaatst wordt, dit zodanig wijzigen dat het nieuwe hoofdstuk hoofdstuk IXA wordt, onder vernumming van het bestaande hoofdstuk IXA tot IXB.
- In artikel 64b, tweede en derde lid, van de AWBZ de term «persoon» telkens vervangen door: verzekerde.
- In artikel 64f, eerste lid, van de AWBZ, «waarop de gedraging is vastgesteld» vervangen door: waarop de gedraging heeft plaatsgevonden.
- In artikel 64g, derde lid, van de AWBZ «het derde lid» vervangen door: het tweede lid.
- In artikel 23a van de Wtz «Onze minister» vervangen door: Onze Minister.
- In artikel 3d, tiende lid, van de Zfw, mede gelet op de overeenkomstige bepaling met betrekking tot het partnerbegrip in artikel 2 Uitvoeringsregeling premieheffing volksverzekeringen 2002, de zinsnede «in de zin van artikel 1.2, eerste, tweede en vierde tot en met zesde lid, van de Wet inkomstenbelasting 2001» vervangen door: in de zin van artikel 1.2 van de Wet inkomstenbelasting 2001. Voorts in de laatste zin de zinsnede «de artikelen 1.2, derde lid, onderdeel b» vervangen door: de artikelen 1.2, eerste lid, onderdeel b.
- In artikel 83f, tweede en derde lid, van de Zfw de term «persoon» telkens vervangen door: verzekerde.
- In artikel 83g, derde lid, van de Zfw na «Op verzoek van de verzekerde» invoegen: , bedoeld in artikel 83e, eerste lid,.
- In artikel 83h van de Zfw «artikel 64c» vervangen door: artikel 83g.
- In artikel 83j, eerste lid, van de Zfw, «waarop de gedraging is vastgesteld» vervangen door: waarop de gedraging heeft plaatsgevonden.
- In artikel 83k, derde lid, van de Zfw «het derde lid» vervangen door: het tweede lid.
- In artikel IV, onder A, «Artikel 45, eerste lid, onderdeel f, komt te luiden: e.» vervangen door: Artikel 43, eerste lid, onderdeel f, komt te luiden: f.
- In artikel IV, onder B, «Artikel 43, eerste lid» vervangen door: Artikel 45, eerste lid.

Toelichting

- In de inleiding, laatste alinea, de indeling van de toelichting wat de onderdelen 8 tot en met 10 betreft aanpassen.
- In onderdeel 6, eerste tekstblok, de laatste zin aanvullen.
- In onderdeel 10, Artikelsgewijze toelichting, Artikel I, onderdeel C (zesde tekstblok) «boetebeschikking van de minister» vervangen door: boetebeschikking van een uitvoeringsorgaan/ziekenfonds.
- Toelichting opnemen bij artikel I, onderdeel D, en artikel III, onderdeel F.