

Vergaderjaar 2004–2005

**30 124**

## **Invoering van de Zorgverzekeringswet en aanpassing van overige wetten aan die wet (Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet)**

**Nr. 10**

### **NOTA VAN WIJZIGING**

Ontvangen 20 juni 2005

Het voorstel van wet wordt als volgt gewijzigd:

#### **A**

**Artikel 2.2.2** wordt als volgt gewijzigd:

1. In de eerste zin van het vijfde lid wordt «de in het eerste lid bedoelde rechtspersoon» vervangen door: de met de uitvoering van de wachtgeldregeling belaste rechtspersoon.

2. In het zesde lid wordt «de in het eerste lid bedoelde rechtspersoon» vervangen door: de in het vijfde lid bedoelde rechtspersoon.

#### **B**

In **artikel 2.4.2** wordt na onderdeel G ingevoegd:

GA

Artikel 14 wordt als volgt gewijzigd:

1. Onder vernummering van het tweede en derde lid tot derde en vierde lid wordt een lid ingevoegd, luidende:

2. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst op dat geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, met uitzondering van acute zorg, slechts toegankelijk is na verwijzing door in die overeenkomst aangewezen categorieën zorgaanbieders, waaronder in ieder geval de huisarts.

2. In het vierde lid, wordt «tweede lid» telkens vervangen door: derde lid.

## C

In artikel 2.4.3, eerste lid, wordt «(...)» vervangen door «3 juni 2005» en wordt onmiddellijk voor «opnieuw heeft vastgesteld» ingevoegd: nadat dat tot wet is verheven en in werking is getreden,.

## D

**Artikel 2.5.1** wordt vervangen door:

### **Artikel 2.5.1**

1. In afwijking van artikel 217 van Boek 6 van het Burgerlijk Wetboek en van artikel 41, eerste lid, van de Wet financiële dienstverlening, is een verzekeringsplichtige die voor 16 december 2005 van zijn ziektefondsvan zijn ziektekostenverzekeraar een aanbod heeft ontvangen tot het sluiten van een zorgverzekering met een in dat aanbod aangewezen zorgverzekeraar, met ingang van 1 januari 2006 volgens de in dat aanbod aangeduide variant van de zorgverzekering bij die zorgverzekeraar verzekerd, tenzij hij degene die het aanbod deed voor die datum heeft laten weten het aanbod te verwerpen.

2. In afwijking van artikel 217 van Boek 6 van het Burgerlijk Wetboek en van artikel 41, eerste lid, van de Wet financiële dienstverlening, is een verzekeringsplichtige die voor 16 december 2005 van het orgaan dat een publiekrechtelijke ziektekostenregeling voor ambtenaren voor hem uitvoert, een aanbod heeft ontvangen tot het sluiten van een zorgverzekering met een in dat aanbod aangewezen zorgverzekeraar, met ingang van 1 januari 2006 volgens de in dat aanbod aangeduide variant van de zorgverzekering bij die zorgverzekeraar verzekerd, tenzij hij degene die het aanbod deed voor die datum heeft laten weten van het aanbod geen gebruik te willen maken.

3. Een verzekeringnemer kan een zorgverzekering volgens het aanbod, bedoeld in het eerste of tweede lid, zonder opgave van redenen en zonder dat een boete verschuldigd is tot 1 maart 2006 schriftelijk ontbinden, indien deze tot stand gekomen is:

- a. ten gevolge van toepassing van het eerste of tweede lid;
- b. ten gevolge van aanvaarding van het aanbod anders dan door middel van een expliciete wilsverklaring.

4. Een ontbinding als bedoeld in het derde lid werkt terug tot en met 1 januari 2006.

5. Een zorgverzekeraar waarbij een zorgverzekering onder toepassing van het derde lid is ontbonden, treedt, indien ten behoeve van een zelfde verzekerde voor 1 mei 2006 een zorgverzekering bij een andere zorgverzekeraar wordt gesloten, in de rechten die de verzekerde jegens deze andere zorgverzekeraar heeft, tot ten hoogste het bedrag van de waarde van de prestaties die hij op grond van de ontbonden zorgverzekering heeft geleverd.

6. Een zorgverzekeraar die ten gevolge van het vijfde lid een vordering op de nieuwe zorgverzekeraar heeft, meldt deze welk deel van het gevorderde bedrag in mindering dient te worden gebracht op de no-claimteruggave en welk bedrag eerstbedoelde verzekeraar ten gevolge van een eigen risico voor rekening van de verzekerde heeft gelaten.

7. Onverminderd de uit de Wet financiële dienstverlening voortvloeiende informatieverplichtingen, komt een zorgverzekering slechts op grond van het eerste of tweede lid tot stand indien bij het aanbod:

- a. de modelovereenkomst wordt gevoegd waarin de desbetreffende variant van de zorgverzekering is opgenomen;
- b. wordt aangegeven welke bepalingen van de modelovereenkomst van toepassing zijn, indien de modelovereenkomst meerdere varianten van de zorgverzekering bevat;

c. wordt aangegeven hoe hoog de premie voor de desbetreffende variant is; en

d. wordt aangegeven dat een zorgverzekering, tot stand gekomen anders dan door middel van een expliciete wilsverklaring van de verzekeringnemer, tot 1 maart 2006 met terugwerkende kracht tot en met 1 januari 2006 kan worden ontbonden.

#### **Artikel 2.5.1a**

Indien een persoon als bedoeld in artikel 69, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet reeds bij het College zorgverzekeringen geregistreerd is als een persoon die op grond van de in dat lid genoemde verordening, overeenkomst of verdrag ingeval van behoefte aan zorg recht heeft op zorg of vergoeding van de kosten daarvan, zoals voorzien in de wetgeving over de verzekering voor zorg van hun woonland, geldt deze registratie als de melding, bedoeld in artikel 69, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet.

#### **E**

**Artikel 2.5.2** wordt als volgt gewijzigd:

1. Onder vernummering van het tweede lid tot derde lid wordt een lid ingevoegd dat luidt:

2. Een overeenkomst met betrekking tot de verzekering van geneeskundige zorg of de kosten daarvan, gesloten voor of met een in het buitenland wonende verzekerde die met toepassing van een verordening van de Raad van de Europese Gemeenschappen dan wel toepassing van zodanige verordening krachtens de overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of een verdrag inzake sociale zekerheid recht heeft op zorg of vergoeding van de kosten daarvan, zoals voorzien in de wetgeving over de verzekering voor zorg van het woonland, vervalt met ingang van 1 januari 2006, voor zover aan de overeenkomst rechten kunnen worden ontleend, gelijkwaardig aan die, welke vanaf dat tijdstip met toepassing van zodanige verordening of verdrag aan de betrokkene toekomen, mits de verzekerde voor 1 mei 2006 heeft voldaan aan de verplichting tot aanmelding bij het College zorgverzekeringen ingevolge artikel 69 van de Zorgverzekeringswet.

2. In het derde lid wordt «op grond van het eerste lid» vervangen door: op grond van het eerste of tweede lid.

#### **F**

In **artikel 3.1.1**, onderdeel O, vervalt in artikel 44, eerste lid, onderdeel c, van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten de zinsnede «artikel 1, tweede lid, van».

#### **G**

Na artikel 3.1.7 wordt een artikel ingevoegd, luidende:

#### **Artikel 3.1.8**

1. Zolang een verzekeringsplichtige geen zorgverzekering heeft, geldt, voor de uitvoering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, een inschrijving bij een uitvoeringsorgaan als bedoeld in die wet zoals die wet luidde op de dag voor inwerkingtreding van deze wet, vanaf laatstbedoelde dag als inschrijving bij de zorgverzekeraar die uit dat uitvoeringsorgaan is voortgekomen.

2. Als zorgverzekeraar die voortkomt uit een ziekenfonds of een orgaan

dat een publiekrechtelijke ziektekostenregeling voor ambtenaren uitvoert, wordt beschouwd:

- a. indien de verzekerde een aanbod heeft gekregen als bedoeld in artikel 2.5.1: de in dat aanbod aangewezen zorgverzekeraar;
- b. in andere gevallen: de zorgverzekeraar die als rechtsoptvolger van dat ziekenfonds of van dat orgaan te beschouwen is.

3. Het eerste lid is niet van toepassing indien de zorgverzekeraar zich niet overeenkomstig artikel 33 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten bij het College toezicht heeft gemeld.

4. Indien een verzekeringsplichtige binnen vier maanden na dag waarop zijn verzekeringsplicht, bedoeld in de Zorgverzekeringswet, ontstaat een zorgverzekering sluit bij een andere zorgverzekeraar dan de zorgverzekeraar, bedoeld in het eerste lid, vervalt de inschrijving, bedoeld in dat lid, met terugwerkende kracht tot en met die dag.

## H

**Artikel 3.2.12** wordt als volgt gewijzigd:

Onderdeel A wordt vervangen door:

### A

In artikel 1, eerste lid, komt onderdeel e te luiden:

e. ziektekostenverzekeraar:

- 1°. een zorgverzekeraar als bedoeld in de Zorgverzekeringswet;
- 2°. een zorgverzekeraar die zich overeenkomstig artikel 33 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten als zodanig heeft aangemeld voor de uitvoering van die wet;
- 3°. een particuliere ziektekostenverzekeraar, zijnde een verzekeraar, anders dan bedoeld onder 1° en 2°, die in het bezit is van de ingevolge artikel 24, eerste lid, van de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 vereiste vergunning, of die heeft voldaan aan de ingevolge de artikelen 37 of 38 van die wet vereiste procedure met betrekking tot een bijkantoor in Nederland;.

### AA

Aan het tweede lid van artikel 6 wordt een volzin toegevoegd, luidende: Het College kan aan de beschikking voorwaarden, voorschriften en beperkingen verbinden.

### AB

Na artikel 6a wordt een nieuw artikel ingevoegd, dat luidt als volgt:

#### **Artikel 6b**

1. Het College beslist afwijzend op een ingevolge artikel 4 of 5 gedaan verzoek tot goedkeuring van een tarief en een daarbij behorende prestatiebeschrijving als bedoeld in artikel 6, eerste lid, indien die goedkeuring leidt tot een prestatiebeschrijving die in strijd is met het recht of met het belang van de volksgezondheid.

2. Indien het College op grond van het eerste lid afwijzend beslist, zijn de artikelen 8, 8a, 9 en 10 met betrekking tot die prestatiebeschrijving van overeenkomstige toepassing.

### AC

Na artikel 8a wordt een nieuw artikel ingevoegd, dat luidt als volgt:

## **Artikel 8b**

Artikel 6b, eerste lid, is van overeenkomstige toepassing op een verzoek gedaan in artikel 8.

AD

Artikel 10a wordt als volgt gewijzigd:

1. In het derde lid wordt «het vorige lid» vervangen door: het tweede lid.
2. Onder vernummering van het derde lid tot het vierde lid wordt na het tweede lid een lid ingevoegd, luidende:
3. Het College beslist afwijzend op een ingevolge het eerste lid gedaan verzoek tot vaststelling van een prestatiebeschrijving als bedoeld in het eerste lid, indien die vaststelling leidt tot een prestatiebeschrijving die in strijd is met het recht of met het belang van de volksgezondheid.

I

In **artikel 4.2** wordt onder vernummering van het tweede lid tot derde lid, een lid ingevoegd, luidende:

2. De uitbetaling en terugvordering van verstrekte tegemoetkomingen buitengewone uitgaven geschieden overeenkomstig de regels die gelden voor de invordering van inkomstenbelasting, met dien verstande dat bij de overeenkomstige toepassing van artikel 24 van de Invorderingswet 1990 een uit te betalen tegemoetkoming buitengewone uitgaven uitsluitend kan worden verrekend met een terugvordering van een tegemoetkoming buitengewone uitgaven.

## **Toelichting**

### **Algemeen**

Voorliggende nota van wijziging bevat een aantal wijzigingen van het wetsvoorstel Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet (I&A-wet Zvw). De meeste hebben een beperkte beleidsinhoudelijke omvang. Twee ervan hebben echter wel aanzienlijke beleidsmatige gevolgen. Allereerst wordt in deze nota van wijziging voorgesteld om een nieuwe lid aan artikel 14 Zvw toe te voegen, op grond waarvan de verplichte verwijzing door (in ieder geval) de huisarts naar zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden wordt ingevoerd. Een nadere toelichting hierop is in de toelichting op onderdeel B te vinden. De andere beleidsmatig belangrijke wijziging betreft opname van een artikel dat regelt dat personen die niet voor de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet (Zvw; 1 januari 2006) reageren op het aanbod dat zij voor 16 december 2005 van hun huidige verzekeraar krijgen, automatisch een verzekering volgens dat aanbod krijgen, die echter wel tot 1 maart 2006 kan worden ontbonden (artikel 2.5.1). In de rest van deze algemene toelichting zal ik op laatstbedoelde overgangssystematiek ingaan; de technische toelichting op artikel 2.5.1 is opgenomen bij onderdeel D.

Iedereen die op grond van de Zvw verzekeringsplichtig wordt, dient met ingang van de dag waarop die plicht ontstaat een zorgverzekering te hebben. Op grond van artikel 5, vijfde lid, Zvw kan aan de verzekeringsplicht worden voldaan door er binnen vier maanden na het ontstaan van deze plicht voor te zorgen dat men een zorgverzekering heeft. De verzekering werkt dan terug tot en met de dag waarop de verzekerings-

plicht ontstond, en er wordt geen boete wegens te laat verzekeren opgelegd.

Indien de Zvw op 1 januari 2006 in werking treedt, zou dit zonder nadere maatregelen betekenen dat iedereen tot 1 mei van dat jaar heeft, om zich te (laten) verzekeren<sup>1</sup>. Oorspronkelijk hebben de verzekeraars aangegeven al hun huidige verzekerden uiterlijk 1 november 2005 een aanbod te doen voor een zorgverzekering en – indien er ten opzichte van het ziekenfondspakket op dit moment sprake is van extra dekking – een aanvullende verzekering (zonder selectie) en wel zodanig, dat het totale aanbod zoveel mogelijk lijkt op het huidige verzekeringsarrangement. Omdat enerzijds de burgers voldoende tijd moeten krijgen om weloverwogen een zorgverzekering en daarmee een zorgverzekeraar te kiezen, en anderzijds het voor zorgverzekeraars van belang is zo snel mogelijk duidelijkheid te verkrijgen over wie bij hen verzekerd is, heb ik vervolgens in het wetsvoorstel I&A-wet Zvw zoals dat aan de Raad van State is voorgelegd, geregeld dat verzekeringsplichtigen tot 1 maart 2006 de tijd hebben om zich met terugwerkende kracht en zonder boete te verzekeren. Aldus zou iedereen, net als in de structurele Zvw-situatie, vier maanden hebben voor het maken van een keuze. Bovendien kon zo de onduidelijkheid voor de zorgverzekeraars beperkt worden. Een aanzienlijk deel van de burgers zou naar verwachting immers reeds in november of december 2005 een zorgverzekering sluiten, terwijl de periode die de rest had om zich alsnog (met terugwerkende kracht) te verzekeren, tot twee maanden, namelijk van 1 januari 2006 tot 1 maart 2006, werd teruggebracht (in plaats van de periode van 1 januari 2006 tot 1 mei 2006 die zonder het overgangsartikel zou gelden).

Zoals ik u bij brief van 13 april 2005 (Kamerstukken II 2004/05, 29 763, nr. 72; zie ook de nadere memorie van antwoord, Kamerstukken I 2004/05, 29 763, H) heb meegedeeld, zijn de verzekeraars inmiddels tot het inzicht gekomen dat het niet mogelijk zal zijn om al hun verzekerden voor 1 november 2005 eerderbedoeld aanbod te doen. De uiterste datum voor ontvangst van het aanbod is door hen nu op 15 december 2005 gesteld, en het aanbod zal tot 1 maart 2006 gelden. Omdat ik van mening ben dat deze verschuiving niet ten koste mag gaan van de tijd die burgers voor hun keuze hebben, heb ik, nadat ik het advies van de Raad van State had ontvangen, eerderbedoelde bepaling uit het wetsvoorstel I&A-wet Zvw geschrapt, zodat het in het wetsvoorstel zoals dat aan de Tweede Kamer is voorgelegd (Kamerstukken II 2004/05, 30 124, nr. 2) niet meer te vinden is. Aldus heeft iedereen op grond van artikel 5, vijfde lid, Zvw weer tot 1 mei 2006 om een zorgverzekering te sluiten.

Is bij een uiterste aanboddatum van 1 november 2005 te verwachten dat een substantieel deel van de verzekeringsplichtigen per 1 januari 2006 een zorgverzekering heeft of op zijn minst het aanbod heeft afgewezen (zodat de verzekeraar weet waar hij aan toe is), bij een uiterste datum van 16 december 2005 kan daarvan niet worden uitgegaan. Om er toch voor te zorgen dat zoveel mogelijk verzekeringsplichtigen met ingang van 1 januari 2006 een zorgverzekering hebben, heeft Zorgverzekeraars Nederland (ZN) mij verzocht in de I&A-wet Zvw te regelen, dat verzekeringsplichtigen die op 31 december 2005 nog niet op het aanbod hebben gereageerd, met ingang van 1 januari 2006 toch een zorgverzekeringsovereenkomst hebben, en wel een zorgverzekeringsovereenkomst bij de in het aanbod genoemde zorgverzekeraar en volgens de in het aanbod opgenomen verzekeringsvoorwaarden. Om verzekeringsplichtigen voldoende tijd te geven het aanbod af te wegen tegen zorgverzekeringen van andere verzekeraars, heeft ZN voorgesteld om personen die op deze manier van rechtswege verzekeringnemer zijn geworden, tot 1 maart het recht te geven de zorgverzekering met terugwerkende kracht te beëin-

<sup>1</sup> Het «laten» sluiten is het gevolg van het feit dat wilsonbekwamen door hun wettelijke vertegenwoordiger verzekerd zullen worden. Met het oog op de leesbaarheid wordt hier in het navolgende van geabstraheerd. Voorts wordt er in het hiernavolgende, tenzij anders aangegeven, van uitgegaan dat de verzekeringnemer tevens de verzekerde is. Zijn deze verschillende personen, dan is de verzekeringnemer verplicht de premie te betalen, terwijl de verzekerde de rechten uit de zorgverzekering geniet.

digen. Vervolgens hebben ze op grond van artikel 5, vijfde lid, Zvw dan weer tot 1 mei 2006 om met terugwerkende kracht tot en met 1 januari 2006 en zonder boete een andere zorgverzekering te sluiten. Door middel van deze regeling wordt enerzijds voorkomen dat de overgang op het nieuwe zorgverzekeringsstelsel tot een groei van het aantal onverzekerden leidt, terwijl aan de andere kant verzekeringsplichtigen die niet aan (de opvolger van) hun huidige verzekeraar gebonden willen blijven, voldoende tijd krijgen om alsnog weloverwogen voor een andere zorgverzekeraar te kiezen. In de nadere memorie van antwoord op de Zvw heb ik aangegeven de juridische en technische mogelijkheden hiervan te bestuderen.

Net als tijdens de plenaire behandeling van de Zvw in de Tweede Kamer, hebben ook diverse leden van de Eerste Kamer om een artikel gevraagd waarin het voorgaande geregeld zou worden. Aangezien ik inmiddels – in overleg met ZN – tot de conclusie ben gekomen dat zo'n artikel juridisch en technisch mogelijk is, is het in onderdeel D van deze nota van wijziging (het nieuwe artikel 2.5.1) opgenomen. Het artikel geldt, zoals ook eerder in het parlement gevraagd en door mij toegezegd, voor iedereen die op dit moment een dekking tegen zorg of ziektekosten heeft, dat wil zeggen, voor ziekenfondsverzekerden, particulier verzekerden (op een maatschappij- of standaardpakketpolis) alsmede voor de deelnemers aan de publiekrechtelijke ambtelijke regelingen.

Bij onderdeel D geef ik een technisch toelichting op het artikel. Hier volgt nog een aantal algemene opmerkingen. Voorts geef ik een overzicht van de overgangssystematiek die na inwerkingtreding van de Zvw en van dit artikel voor de diverse groepen verzekeringsplichtigen zal gelden.

#### *Algemene opmerkingen*

Zoals in de parlementaire behandeling van de Zvw al vele malen aan de orde is gesteld, staan de Europese richtlijnen schadeverzekeringen er aan in de weg, regels te stellen over aanvullende ziektekostenverzekeringen. Dat betekent dat in voorliggend artikel niet kan worden geregeld, dat zorgverzekeraars verplicht zijn hun huidige verzekerden voor zover zij ten opzichte van het Zfw-pakket aanvullend verzekerd zijn, een non-select aanbod tot een de zorgverzekering aanvullende ziektekostenverzekering te doen (of verplicht zijn een reeds bestaande, afzonderlijke aanvullende verzekering door te laten lopen). En ook kan niet geregeld worden dat een aanbod voor een aanvullende verzekering waarop niet voor 1 januari 2006 gereageerd is, van rechtswege aanvaard is. De verzekeraars hebben via ZN laten weten, wel tot het doen van een dergelijk aanbod (of het laten doorlopen van deze verzekeringen) bereid te zijn. Een aanbod voor een aanvullende verzekering zodanig, dat de combinatie van zorgverzekering en aanvullende verzekering zoveel mogelijk lijkt op het huidige verzekeringsarrangement, zal non-select worden gedaan, en zal tot 1 maart 2006 aanvaard kunnen worden. Overigens zal het aanbod voor respectievelijk continuering van de aanvullende verzekering volgens ZN niet alleen gelden indien men deze samen met de aangeboden zorgverzekering sluit of indien men deze sluit nadat men op grond van voorliggend artikel van rechtswege een zorgverzekeringsovereenkomst heeft gekregen, maar ook indien men bij de verzekeraar een andere zorgverzekering sluit of indien men voor de zorgverzekering naar een andere verzekeraar gaat.

ZN heeft aan de Nederlandse mededingingsautoriteit (Nma) gevraagd of een afspraak tussen verzekeraars, inhoudende dat iedere verzekeraar zijn huidige verzekerden voor 16 december 2005 een tot 1 maart 2006 geldend aanbod doet voor een zorgverzekering en eventueel een

aanvullende verzekering (zonder risicoselectie) zodanig, dat het totaal het meest op het huidige verzekeringsarrangement lijkt, onder het mededingingsrecht geoorloofd is. De Nma heeft hierop laten weten tegen deze gedragslijn geen bezwaar te hebben.

De in dit artikel voorgestelde overgangssystematiek is besproken met de Consumentenbond. Deze kan zich in de systematiek vinden, mits ook mensen die het aanbod impliciet (bijvoorbeeld door betaling van de acceptgiro voor de premie van de nieuwe zorgverzekering of de ondertekening van een machtiging voor premie-incasso voor de nieuwe verzekering) hebben aanvaard, de ontbindingsmogelijkheid wordt gegeven. Na overleg met ZN is ook dit in het voorliggende wetsartikel verwerkt. Voorts merkt de Consumentenbond terecht op, dat de voorgestelde overgangssystematiek, die voor de verzekeringsplichtigen nogal wat relevante data kent (1 januari, 1 maart en 1 mei 2006) uiterst zorgvuldig gecommuniceerd zal moet worden. In de schriftelijke voorlichting die vanuit mijn departement verzorgd wordt, zal daar dan ook aan het eind van dit jaar veel aandacht aan worden besteed. Daarnaast zullen de verzekeraars in hun aanbod duidelijk moeten aangeven dat het geweigerd kan worden en dat men zich ook bij een andere zorgverzekeraar kan verzekeren, dat er een verzekering tot stand komt indien men het aanbod niet voor 1 januari 2006 heeft geweigerd maar dat die verzekering wel tot 1 maart 2006 ontbonden kan worden, wat er in geval van ontbinding gebeurt, en dat men in ieder geval per 1 mei 2006 een verzekering dient te hebben. ZN zal in overleg met mijn departement hiertoe een model-brief voor het aanbod opstellen.

#### *Gevolgen van voorliggend artikel voor diverse groepen verzekeringsplichtigen*

Indien de Zvw en voorliggend artikel op 1 januari in werking treden, geeft dat voor de volgende groepen verzekeringplichtigen het volgende resultaat:

- verzekerden die het *aanbod voor 1 januari 2006 expliciet geaccepteerd* hebben: zijn per 1 januari volgens het aanbod verzekerd;
- verzekerden die het *aanbod voor 1 januari 2006 impliciet geaccepteerd* hebben (bijvoorbeeld door voor 1 januari 2006 een acceptgiro of incassomachtiging voor de nieuwe premie te tekenen) zijn per 1 januari 2006 volgens het aanbod verzekerd, maar hebben wel de mogelijkheid de verzekering voor 1 maart 2006 met terugwerkende kracht tot en met 1 januari 2006 te ontbinden. Indien zij dit niet doen, blijven zij in 2006 verzekerd op de zorgverzekering die zij op 1 januari 2006 kregen. Indien zij dit wel doen en bovendien voor 1 mei 2006 een nieuwe zorgverzekering sluiten, werkt deze terug tot en met 1 januari 2006 en krijgen zij geen boete wegens te laat verzekeren;
- verzekerden die *niet voor 1 januari 2006 op het aanbod hebben gereageerd*:
  - krijgen op grond van voorliggend artikel met ingang van 1 januari 2006 een zorgverzekering met de verzekeringsvoorwaarden van het aanbod, maar hebben wel de mogelijkheid de verzekering voor 1 maart 2006 met terugwerkende kracht tot en met 1 januari 2006 te ontbinden. Indien zij dit niet doen, blijven zij in 2006 verzekerd op de zorgverzekering die zij op 1 januari 2006 kregen. Indien zij dit wel doen en bovendien voor 1 mei 2006 een nieuwe zorgverzekering sluiten, werkt deze terug tot en met 1 januari 2006 en krijgen zij geen boete wegens te laat verzekeren;
  - verzekerden die het *aanbod voor 1 januari 2006 verworpen* hebben:
    - zijn per 1 januari 2006 verzekerd indien zij voordien een andere zorgverzekering hebben gesloten;
    - zijn in andere gevallen pas verzekerd met ingang van de datum waarop zij zich alsnog verzekeren. Indien zij dat voor 1 mei 2006 doen,



werkt de zorgverzekering terug tot en met 1 januari 2006 en krijgen zij geen boete wegens te laat verzekeren.

– verzekeringsplichtigen die *voor 16 december 2005 geen (voldoende duidelijk) aanbod* hebben gekregen (bijvoorbeeld personen die in november of december 2005 niet verzekerd waren), hebben tot 1 mei 2006 om een zorgverzekering te sluiten.

## **Per onderdeel**

### **A**

Het vijfde en zesde lid van **artikel 2.2.2** geven regels over een eventueel onbenut deel van de wachtgeldvoorziening voor het personeel van de Stichting uitvoeringsorganisatie omslagregeling (Suo). Daarbij worden verplichtingen opgelegd aan de rechtspersoon die ingevolge artikel 17, eerste lid, van de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998 (Wtz 1998), respectievelijk artikel 2.2.2, eerste lid, van de onderhavige wet, is aangewezen voor de uitvoering, respectievelijk de afwikkeling, van die wet. Die rechtspersoon is de Suo. Aan de afwikkeling van de Wtz 1998 door de Suo komt op 1 januari 2009 een einde. De uitvoering van de wachtgeldregeling zal geschieden door de Suo of een door de Suo daarvoor opgerichte rechtspersoon, die blijkens de statuten ten doel heeft de uitvoering van de wachtgeldregeling. In verband daarmee wordt in het vijfde en zesde lid verwezen naar de rechtspersoon die is belast met de uitvoering van de wachtgeldregeling.

### **B**

De voorliggende wijziging strekt tot uitvoering van de op 2 juni 2005 aangenomen moties van de leden Schippers en Smilde respectievelijk Van der Vlies c.s. (Kamerstukken II 2004/05, 29 763, nrs. 88 en 89). De eerste motie vraagt mij in de Zvw te regelen, dat voor de toegang tot electieve zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden een verwijzing van een hiertoe bekwaam en bevoegd eerstelijnszorgverlener noodzakelijk is, wil de verzekerde de zorg voor rekening van de zorgverzekering kunnen brengen. De tweede motie vraagt daarbij vooral aandacht voor de rol van de huisartsen binnen de groep eerstelijnszorgaanbieders. Beide moties zijn ingegeven door de wens om zeker te stellen dat de rol van de eerstelijnszorgaanbieders in het algemeen en die van de huisarts in het bijzonder als poortwachter voor de toegang tot tweedelijnszorg blijft bestaan. In het wetsvoorstel Zvw zoals dat op dit moment luidt, is het immers aan de zorgverzekeraars om te bepalen of zij voor de toegang tot bepaalde vormen van zorg een voorafgaande verwijzing vragen.

Het nieuwe tweede lid van artikel 14 Zvw stelt de toegang tot zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, afhankelijk van een voorafgaande verwijzing door een zorgaanbieder. Enerzijds met het oog op de vrijheid van de zorgverzekeraar (die ook met het oog op de eisen van het Europese recht niet meer dan strikt noodzakelijk of evenredig mag worden beperkt), en anderzijds om te voorkomen dat de Zvw bij de opkomst van nieuwe verwijzende beroepsgroepen (denk bijvoorbeeld aan de physician assistants) weer gewijzigd moet worden, is er daarbij voor gekozen, geen limitatieve opsomming te geven van de zorgaanbieders waar het om gaat. Het is aan de zorgverzekeraar om in zijn modelovereenkomst – en daarmee tevens in de zorgpolissen die hij opstelt nadat een individuele verzekeringsplichtige voor een zorgverzekering overeenkomstig dat model heeft gekozen – op te nemen om welke groepen verwijzers het gaat. Daarbij geldt echter wel één uitzondering: in ieder geval zal de huisarts moeten worden aangewezen. Omdat ook bedrijfsartsen naar zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden moeten kunnen blijven

verwijzen en bedrijfsartsen niet tot de eerstelijnszorgaanbieders worden gerekend, zijn de categorieën zorgaanbieders die de zorgverzekeraar naast de huisartsen nog als verwijzers kan aanwijzen, niet beperkt tot eerstelijnszorgaanbieders.

Met deze wijziging wordt de poortwachtersfunctie van de huisarts zeker gesteld. Een verplichting om de huisarts te contracteren, zoals in de motie van het lid Van der Vlies c.s. wordt gevraagd, is hiertoe niet noodzakelijk. Sterker, zo'n verplichting aan zorgverzekeraars om huisartsen te contracteren – die dan op artikel 12, eerste lid, van de Zvw zou moeten worden gegrond – zou verzekeringen die voorzien in restitutie van de kosten van huisartsenzorg (zonder achterliggende zorgcontracten) onmogelijk maken. Zo'n verplichting zou niet op grond van het algemeen belang gerechtvaardigd kunnen worden. Immers de hier geregelde plicht huisartsen als verwijzers aan te wijzen is een minder ingrijpende («proportionelere») maatregel om het gewenste doel – behoud van de poortwachtersfunctie – te handhaven, dan een verplichting om huisartsenzorg slechts te vergoeden indien er een contract tussen zorgverzekeraar en huisarts aan ten grondslag ligt. Het zou er bovendien toe leiden dat huisartsen ook contracten zouden moeten sluiten met verzekeraars van wie zij slechts weinig patiënten in de praktijk hebben.

## C

In onderdeel C wordt artikel 2.4.3 geactualiseerd. Het daar genoemde wetsvoorstel tot invoering van het nieuwe algemene verzekeringsrecht (en het recht terzake van lijfrenten) is op 3 juni 2005 bij de Tweede Kamer ingediend (Kamerstukken II 2004/05, 30 137, nrs. 1–3).

## D

**Artikel 2.5.1** betreft de automatische overgang op een door hun huidige verzekeraar aangeboden zorgverzekering, van diegenen, die zo'n aanbod voor 16 december 2005 hebben ontvangen, maar daar niet, door middel van een (expliciete of impliciete) aanvaarding dan wel een verwerping, op hebben gereageerd. Zoals in het algemene deel van deze toelichting is aangegeven, kan deze zorgverzekering tot 1 maart 2006 met terugwerkende kracht door de verzekeringnemer worden ontbonden. De inhoud van artikel 2.5.1 van het oorspronkelijke wetsvoorstel, wordt door middel van deze nota van wijziging verplaatst naar artikel 3.1.8.

### *artikel 2.5.1, eerste lid*

De totstandkoming van een zorgverzekering vergt, zoals iedere overeenkomst, in principe een aanbod en een aanvaarding van dat aanbod (artikel 6:217, eerste lid, van het Burgerlijk Wetboek (BW)). Een aanvaarding is een tot de aanbieder gerichte wilsverklaring. Deze wilsverklaring kan expliciet of impliciet zijn. Het eerste lid zorgt er, in afwijking van laatstgenoemd artikel, voor dat personen die voor 16 december 2005 van hun huidige verzekeraar een aanbod voor een zorgverzekering hebben ontvangen en daar voor 1 januari 2006 in het geheel niet op hebben gereageerd (er is dus geen weigering, noch een aanvaarding), een zorgverzekeringsovereenkomst volgens dat aanbod en bij de in het aanbod genoemde verzekeraar krijgen, als zouden zij het aanbod hebben aanvaard. De in het aanbod aan te wijzen zorgverzekeraar hoeft niet dezelfde verzekeraar te zijn als de verzekeraar die het aanbod doet. Het is immers mogelijk dat een bestaande verzekeraar niet als (zelfstandige) zorgverzekeraar doorgaat.

De verzekering die tot stand komt is een echte zorgverzekering, die met ingang van 1 januari 2006 dekking geeft. Daarom moet worden afgeweken van artikel 41, eerste lid, van de Wet financiële dienstverlening (Wfd), dat met zich brengt dat met de uitvoering van een verzekeringsovereenkomst (uitzonderingen daargelaten) pas na toestemming van de verzekerde een begin wordt gemaakt.

Omdat er een echte zorgverzekering tot stand komt, zijn ook alle wettelijke bepalingen die voor een (zorg)verzekering en een (zorg)verzekeraar gelden, alsmede de bepalingen van de tot stand gekomen zorgverzekeringsovereenkomst, van toepassing. Het enige verschil tussen een zorgverzekering die op grond van een expliciete wilsverklaring tot stand komt, en de voorliggende zorgverzekering waaraan een op een aanvaarding (van het aanbod) gerichte wilsverklaring ontbreekt, is dat laatstbedoelde verzekering op grond van het derde en vierde lid van dit artikel met terugwerkende kracht ontbonden kan worden.

Voor de in het eerste lid bedoelde zorgverzekering is met ingang van 1 januari 2006 ook gewoon premie verschuldigd. Voorliggend artikel regelt echter niet, dat een eventueel eerder afgegeven machtiging tot automatische incasso voor de premies voor een in 2005 geldende verzekering, ook mag worden gebruikt voor de automatische incasso voor de premie voor de zorgverzekering. Het is aan de verzekeraar om na te gaan of hij een onder het huidige stelsel afgegeven machtiging, kan (de machtiging moet ruim genoeg zijn) en wil gebruiken. (Dat geldt overigens net zo goed voor de incasso van premies voor zorgverzekeringen die wel op een aanvaarding berusten.)

Wellicht ten overvloede merk ik nog op dat een consument eind 2005 ook door andere verzekeraars dan zijn eigen verzekeraar met aanbiedingen kan worden benaderd (reclame). De in dit artikellid geregelde zorgverzekering bij niet reageren komt echter alleen tot stand met de zorgverzekeraar die genoemd wordt in het aanbod dat de consument van zijn eigen verzekeraar krijgt.

#### *artikel 2.5.1, tweede lid*

Zoals in de toelichting op het eerste lid reeds is aangegeven, hoeft de in het aanbod aan te wijzen zorgverzekeraar niet de verzekeraar te zijn die het aanbod doet. Het is immers mogelijk dat bestaande verzekeraars niet als (zelfstandige) zorgverzekeraar doorgaan. Deelnemers aan de publiekrechtelijke ambtelijke ziektekostenregelingen hebben op dit moment geen verzekeraar, maar hebben te maken met een uitvoeringsorgaan dat de regeling waar zij onder vallen, uitvoert. Zij zullen op grond van het tweede lid bij niet-reageren een verzekering krijgen bij de zorgverzekeraar die hun uitvoeringsorgaan in het aanbod aanwijst.

#### *artikel 2.5.1, derde en vierde lid*

Deze leden regelen de mogelijkheid om een op grond van het eerste of tweede lid tot stand gekomen zorgverzekering te ontbinden. Op verzoek van de Consumentenbond geldt de mogelijkheid van ontbinding ook voor verzekeringnemers die het aanbod impliciet hebben aanvaard. Daarvan zal sprake zijn indien een acceptgiro voor de nieuwe premie is ondertekend of een machtiging voor incasso van de nieuwe premie is afgegeven, zonder dat men de verzekeraar expliciet heeft laten weten dat men de nieuwe verzekering wil.

Doorgaans werkt een ontbinding niet terug, maar dienen partijen de reeds ontvangen prestaties ongedaan te maken (art. 6:271 BW). In het vierde lid is echter geregeld dat de in het derde lid geregelde ontbinding

wél terugwerkt, en wel tot en met 1 januari 2006. Dat is voor alle betrokken partijen (en voor het College zorgverzekeringen (CVZ) in het kader van de verstrekking van de vereveningsbijdragen) helderder.

De mededeling dat de verzekeringnemer de verzekering wenst te ontbinden, zal gericht moeten worden tot de wederpartij bij de zorgverzekering. Is de zorgverzekeraar een andere rechtspersoon dan de verzekeraar die het aanbod deed, dan dient de opzegging derhalve aan de zorgverzekeraar te worden gericht.

*artikel 2.5.1, vijfde lid*

De terugwerkende kracht van een ontbinding als bedoeld in het derde lid, leidt ertoe dat de verzekeringnemer/verzekerde en de zorgverzekeraar gehouden zijn de over en weer verrichte prestaties als onverschuldigd betaald ongedaan te maken. De zorgverzekeraar dient derhalve de geïnde premies terug te storten. Omgekeerd heeft de zorgverzekeraar een vordering wegens onverschuldigde betaling indien hij de verzekerde in januari of februari zorg heeft verleend (naturaverzekering) dan wel de kosten van de zorg heeft vergoed (restitutieverzekering). In het geval van de naturaverzekering betreft de vordering van de zorgverzekeraar de waarde van de prestaties (art. 6:210 BW).

Aangezien de verzekeringsplicht intact blijft, dient zo snel mogelijk alsnog een nieuwe zorgverzekering te worden gesloten. Gebeurt dit voor 1 mei 2006, dan werkt de nieuwe zorgverzekering terug tot en met 1 januari 2006. Dat betekent enerzijds dat met terugwerkende kracht premie dient te worden betaald, en anderzijds dat de verzekerde tot de datum waarop de nieuwe verzekering ingaat opgekomen schaden alsnog op grond van de nieuwe zorgverzekering kan declareren. Dit zou zonder de hierna te bespreken specifieke bepaling derhalve ook gelden voor in januari of februari 2006 opgekomen schaden die de eerdere zorgverzekeraar reeds voor zijn rekening had genomen en die de verzekerde hem, ten gevolge van de opzegging, als onverschuldigd betaald terug te betalen. Samengevat: zonder nadere bepaling zou de verzekerde eerst (de waarde van) de prestaties die hij van de eerste zorgverzekeraar heeft gekregen terug moeten betalen, waarna hij deze kosten weer bij de tweede zorgverzekeraar zou kunnen claimen.

Aangezien het in de zorg om aanzienlijke bedragen kan gaan en een verzekerde die dat bedrag eerst aan de eerste verzekeraar moet betalen, om het vervolgens bij de tweede verzekeraar te claimen, in betalingsmoeilijkheden kan komen, is in het vijfde lid in wezen geregeld, dat de vordering die de eerste verzekeraar wegens onverschuldigde betaling op zijn voormalige verzekerde heeft, overgaat in een vordering van de eerste verzekeraar op de tweede verzekeraar. Niet alleen is deze bepaling voordelig voor de verzekerde, maar ook voor de eerste zorgverzekeraar. Hij krijgt aldus immers (veel) meer zekerheid dat zijn vordering zal worden voldaan.

Een en ander is aldus geformuleerd, dat de eerste verzekeraar in de rechten treedt die de verzekerde jegens de tweede verzekeraar heeft. Dat leidt ertoe dat de tweede verzekeraar de eerste verzekeraar diens gemaakte kosten dient te vergoeden tot het maximum van hetgeen waarop de verzekerde op grond van de tweede zorgverzekering recht heeft.

Het vijfde lid geldt overigens slechts voor de prestaties van de eerste zorgverzekeraar. De eerste zorgverzekeraar dient derhalve de premies gewoon aan de verzekeringnemer terug te betalen, waarna deze bij de

nieuwe zorgverzekeraar de bij de nieuwe zorgverzekering behorende premies, ook over de maanden januari en februari, betaalt.

*artikel 2.5.1, zesde lid*

De tweede zorgverzekeraar zal na moeten gaan of de zorgkosten die de eerste zorgverzekeraar heeft gemaakt (en die hij hem op grond van het vijfde lid dient te vergoeden) in mindering moeten worden gebracht op de no-claimteruggave, dan wel of deze mee moeten tellen voor de vraag of iemand het bedrag van zijn eigen risico heeft overschreden.

In het Besluit zorgverzekering zal worden geregeld, dat zorgkosten in verband met zwangerschap, bevalling en kraambed, alsmede kosten voor zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, niet op de no-claimteruggave in mindering mogen worden gebracht. Daarnaast zal in dat besluit worden opgenomen dat het inschrijftarief bij een huisarts niet in het kader van een eigen risico voor eigen rekening mag worden gelaten (zie onderdeel B van deze nota van wijziging). Met het oog hierop schrijft het zesde lid een verzekeraar die op grond van het vijfde lid een vordering op de nieuwe verzekeraar heeft voor, laatstbedoelde te melden welk deel van de kosten in aanmerking moet worden genomen bij de berekening van de no-claimteruggave, en welk bedrag van de gemaakte zorgkosten hij voor rekening van de verzekerde heeft gelaten (omdat een eigen risico gold). Aldus wordt bovendien voorkomen, dat de eerste zorgverzekeraar gezondheidspersoonsgegevens aan de tweede zorgverzekeraar hoeft door te zenden.

*artikel 2.5.1, zevende lid*

Dit lid geeft aan wat er ten minste in of bij het aanbod moet worden opgenomen, wil de zorgverzekering voor personen die niet op dat aanbod reageren, kunnen ontstaan. Ontbreekt de hier opgesomde informatie, dan is van een dusdanig onduidelijk aanbod sprake, dat van de aangeschrevene niet kan worden verwacht dat hij daarop reageert, en dat van de wetgever niet mag worden verwacht dat hij de verzekeringsplichtige daar vervolgens aan bindt. Verzekeraars die de vereiste informatie niet meezen (of die hun verzekerden pas na 15 december 2005 een aanbod doen), zullen derhalve niet kunnen profiteren van het feit dat hun niet-reageerders vanaf 1 januari al bij hen verzekerd zijn (zij het met een opzegmogelijkheid tot 1 maart). Zij zullen langer in onduidelijkheid verkeren over de vraag of hun huidige verzekerden voor de zorgverzekering bij hen blijven, dan wel overstappen.

In het aanbod zal, zo heeft ZN toegezegd, worden opgenomen dat de verzekerde de mogelijkheid heeft om een zorgverzekering bij een andere zorgverzekeraar dan wel een andere zorgverzekering bij dezelfde zorgverzekeraar te sluiten. Zou een andere indruk worden gewekt, dan zou daarmee overigens strijd ontstaan met het in de Wet financiële dienstverlening neergelegde verbod van misleidende reclame. Voorts zal, wil op grond van het eerste lid met ingang van 1 januari 2006 een zorgverzekering voor niet-reageerders tot stand komen, in het aanbod moeten zijn opgenomen dat de verzekeringnemer die het aanbod niet expliciet heeft aanvaard (of verworpen), de totstandgekomen zorgverzekering tot 1 maart 2006 met terugwerkende kracht kan ontbinden. Dat impliceert dat ook in het aanbod opgenomen zal moeten worden, dat niet-reageren tot totstandkoming van de aangeboden zorgverzekering leidt. Ook zal gemeld moeten worden dat een op grond van een impliciete aanvaarding tot stand gekomen zorgverzekering tot 1 maart 2006 ontbonden kan worden.

## Artikel 2.5.1a

Artikel 69 Zvw bevat de verplichting voor verdragsgerechtigden, dat wil zeggen personen die met toepassing van een verordening, de EER-overeenkomst of een verdrag recht hebben op verstrekkingen volgens het recht van hun woonland maar ten laste van Nederland, om zich te melden bij het CVZ. Internationaal wordt geregeld dat deze melding dient te geschieden binnen vier maanden na het tijdstip waarop het hiervoor aangehaalde recht ontstaat. Zonder nadere maatregelen zou betekenen dat iedereen die op dit moment reeds verdragsgerechtigd is en is geregistreerd bij het CVZ, zich na inwerkingtreding van de Zvw bij het CVZ moet melden. In artikel 2.5.1a wordt bepaald dat de huidige registratie bij het CVZ wordt aangemerkt als een melding in de zin van artikel 69 van de Zvw. Deze bepaling voorkomt niet alleen administratieve rompslomp, zij voorkomt ook dat de huidige verdragsgerechtigden het risico loopt op een boete. Onder «personen» in artikel 2.5.1a, worden tevens de gezinsleden, bedoeld in artikel 69, eerste lid, Zvw, begrepen.

## E

Het voorgestelde tweede lid van **artikel 2.5.2** geeft een overgangsregeling voor in een verdragsland wonende personen en hun gezinsleden die een Nederlandse particuliere ziektekostenverzekering hebben. Deze verdragsgerechtigde personen zijn niet verzekeringsplichtig ingevolge de Zvw en hebben met ingang van 1 januari 2006 recht op medische zorg ten laste van Nederland in het verdragsland waarin zij woonachtig zijn. Zij dienen zich ingevolge artikel 69 Zvw te melden bij het CVZ en betalen een bij ministeriële regeling te betalen bijdrage. De buitenlandse verzekeringsinstantie verzorgt de zorgverlening aan de betrokkenen voor rekening van Nederland. Bepaald wordt dat de overeenkomst met ingang van 1 januari 2006 vervalt voor zover de betrokkene gelijkwaardige aanspraken ontleent aan de toepassing van de Europese sociale zekerheidsverordening of een sociaal zekerheidsverdrag. Daarbij geldt de voorwaarde dat de verzekerde (anders dan in het eerste lid gaat het hier niet om de verzekerde in de zin van artikel 1, onderdeel f, van de Zvw, maar om de verzekerde als wederpartij van een particuliere ziektekostenverzekeraar) zich voor 1 mei 2006 bij het CVZ heeft gemeld. Voor zover de particuliere verzekering aanspraken biedt die uitgaan boven de aanspraken waarop de betrokkene met toepassing van de verordening of een sociaal zekerheidsverdrag recht heeft, worden die door de voorgestelde overgangsregeling niet aangetast. Op deze wijze wordt voor in een verdragsland wonende particulier verzekerden die per 1 januari 2006 aan de toepassing van de Europese sociale zekerheidsverordening of een sociaal zekerheidsverdrag aanspraken gaan ontfemen, een zelfde overgangsmaatregel getroffen als voor in Nederland wonende particulier verzekerden die verzekeringsplichtig zijn voor de Zvw. Ter voorkoming van dubbele kosten zal de verdragsgerechtigde de ziektekostenverzekeraar er van op de hoogte moeten stellen dat hij zich bij het CVZ heeft gemeld en deswege een bijdrage betaalt.

De wijziging van het derde lid bewerkstelligt dat de verzekerde ook in het in het tweede lid bedoelde geval aanspraak kan maken op premie-restitutie.

## F

Gebleken is dat in artikel 44, eerste lid, onderdeel c, van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) ten onrechte werd verwezen naar artikel 1, tweede lid, van de Wet afbreking zwangerschap. In dat lid wordt immers slechts bepaald wat niet onder zwangerschapsafbreking wordt verstaan. Die fout is gecorrigeerd door de verwijzing aan te passen.

## G

**Artikel 3.1.8** gaat over de inschrijving voor de AWBZ voor die AWBZ-verzekerden, die (nog) geen zorgverzekeraar hebben. Het bevat de inhoud van wat vóór deze nota van wijziging in artikel 2.5.1 was geregeld. Voor een algemene toelichting verwijs ik daarom naar de toelichting op dat oorspronkelijke artikel (Kamerstukken II 2004/05, 30 124 nr. 3, pp. 36 en 37). Zoals in het voorgaande uitvoerig is toegelicht, wordt in het nieuwe artikel 2.5.1 geregeld dat degene die voor 16 december 2005 een aanbod voor een zorgverzekering van zijn huidige verzekeraar krijgt en daar niet voor 1 januari 2006 op reageert, met ingang van laatstgenoemde datum op de aangeboden zorgverzekering en bij de in het aanbod aangewezen zorgverzekeraar verzekerd raakt. Hij kan die verzekering echter met terugwerkende kracht tot en met 1 januari 2006 ontbinden, en dan tot 1 mei 2006 alsnog elders met terugwerkende kracht een zorgverzekering sluiten. Het nieuwe artikel 2.5.1 zal het aantal gevallen waarin artikel 3.1.8 moet worden gebruikt om te bepalen waar iemand voor de AWBZ is ingeschreven, naar verwachting aanzienlijk beperken. Immers, indien iemand op grond van artikel 2.5.1 automatisch de aangeboden zorgverzekering krijgt, zal artikel 9 van de AWBZ (zoals in dit wetsvoorstel voorgesteld) er vervolgens toe leiden dat betrokkene voor de AWBZ is ingeschreven bij de verzekeraar waarbij die automatisch tot stand gekomen zorgverzekering loopt. Artikel 2.5.1 maakt het ook mogelijk om voor ziekenfondsen en de publiekrechtelijke ambtelijke organen concreter te bepalen, welke zorgverzekeraar kan worden beschouwd als zorgverzekeraar die uit die rechtspersonen is voortgekomen. Artikel 3.1.8 stelt voorop dat dat de zorgverzekeraar is, die in het aanbod is genoemd (onderdeel a). Slechts indien de AWBZ-verzekerde geen aanbod heeft gehad (bijvoorbeeld omdat hij geen Zfw- of ziektekostenverzekering had) maar voor 1 januari 2006 wel voor de ABWZ-bij een uitvoeringsorgaan was ingeschreven, geldt dat de inschrijving wordt gecontinueerd bij de rechtspersoon die als rechtsopvolger van het ziekenfonds of het orgaan dat de publiekrechtelijke ambtelijke regeling uitvoerde, kan worden beschouwd. Het tweede lid beperkt zich tot ziekenfondsen en de publiekrechtelijke ambtelijke organen, omdat de vraag welke zorgverzekeraar uit een particuliere ziektekostenverzekeraar is voortgekomen, eenvoudig te beantwoorden zal zijn (doorgaans zal de huidige ziektekostenverzekeraar immers zijn werkzaamheden als zorgverzekeraar kunnen voortzetten). In geval van twijfel (bijvoorbeeld indien twee particuliere ziektekostenverzekeraars met ingang van 1 januari 2006 zouden samengaan), zullen echter de regels van het tweede lid analoog kunnen worden toegepast om de juiste zorgverzekeraar te bepalen.

## H

Onderdeel A van artikel 3.2.12 wordt vervangen door een nieuw onderdeel A, onder toevoeging van de nieuwe onderdelen AA tot en met AD.

### Onderdeel A

De nieuwe formulering van artikel 1, eerste lid, onderdeel e, van de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) maakt het mogelijk bij de uitvoering van die wet desgewenst onderscheid te kunnen maken naar soort verzekering en de naar de uitvoerders daarvan. Dit sluit aan bij de huidige WTG-praktijk en bij de voorgestane praktijk met de Wet marktordening gezondheidszorg.

## Onderdeel AA

Vanaf de inwerkingtreding van de WTG in 1982 zijn aan de beschikkingen van het College tarieven gezondheidszorg (CTG) voorwaarden, voorschriften en beperkingen verbonden. Met de WTG ExPres is dat bevestigd door te bepalen dat het CTG in zijn beleidsregels deze voorwaarden, voorschriften en beperkingen kan opnemen. In tegenstelling tot de gewenste verduidelijking, heeft deze wetswijziging geleid tot verwarring omtrent de legaliteit van de bedoelde praktijk. Om aan die verwarring een einde te maken, wordt met de toevoeging van deze volzin aan het tweede lid van artikel 6 met zoveel woorden nogmaals bevestigd dat het CTG bevoegd is aan een beschikking voorwaarden, voorschriften en beperkingen te verbinden.

## Onderdelen AB tot en met AD

De WTG heeft als doel een transparante totstandkoming van prestatiebeschrijvingen en tarieven, een doelmatige organisatie van de zorg, een evenwichtig stelsel van prestatiebeschrijvingen en tarieven in de zorg en beheersing van de kostenontwikkeling in de zorg te bewerkstelligen. Waar in voorkomende gevallen afspraken tussen organen voor gezondheidszorg en ziektekostenverzekeraars leiden tot prestatiebeschrijvingen die daarop inbreuk maken, heeft het CTG de wettelijke mogelijkheid dergelijke afspraken niet te honoreren. Wellicht ten overvloede en om aan iedere onduidelijkheid een einde te maken, worden in de WTG expliciet een tweetal artikelen (nieuw 6b en 8b) en een artikellid (nieuw artikel 10a, derde lid) opgenomen. Die artikelen en dat artikellid bepalen dat het CTG verzoeken afwijst indien die verzoeken leiden tot prestatiebeschrijvingen die in strijd zijn met het recht of met het belang van de volksgezondheid. Onder strijd met het recht wordt onder andere verstaan strijd met de bovengenoemde wettelijke doelstellingen van de onderhavige wet, evenals bijvoorbeeld de bij of krachtens deze wet gestelde regels ten behoeve van concurrentie, adequate bedrijfsvoering, het voorkomen van fraude en transparantie, als bedoeld in artikel 2a, derde lid. Onder strijd met het belang van de volksgezondheid wordt verstaan strijd met het beleid of het ontbreken van financiële middelen. Deze afwijzingsgronden komen overeen met de gronden voor onthouding van goedkeuring aan beleidsregels van het CTG, zoals deze bij de Wet herstel goedkeuringsgronden WTG in de WTG zijn vastgelegd (Kamerstukken II 1997/98, 26 062, nr. 3, p. 2).

Een voorbeeld van strijd met het belang van de volksgezondheid is de mogelijke inbreuk die gemaakt zou kunnen worden op het systeem van diagnose behandeling combinaties in de curatieve zorg. Daarbij gaat het dan om het behoud van een transparant aanbod van prestaties waarover ziektekostenverzekeraars en patiënten met aanbieders van die prestatie kunnen onderhandelen. Met de voorgestelde aanpassingen van de WTG kan het CTG voorstellen die daarop een inbreuk maken, afwijzen. De bepalingen laten de mogelijkheden voor onderhoud en ontwikkeling van prestatiebeschrijvingen en het houden van experimenten onverlet.

Ingevolge artikel 4.2 krijgt het Tijdelijk besluit tegemoetkoming buitengewone uitgaven (Tbtbu) een wettelijke basis. Door een voorgenomen wijziging van het besluit zal dit kunnen doorlopen na 31 december 2005. Ingevolge dit besluit kan een belastingplichtige aanspraak hebben op een financiële tegemoetkoming voor buitengewone uitgaven. Ook kan het voorkomen dat een (voorlopig) toegekende tegemoetkoming wordt herzien en op een lager bedrag wordt gesteld. In die gevallen kan de rijksbelastingdienst een bedrag terugvorderen. Voor een doelmatige uitvoering door de rijksbelastingdienst is het gewenst dat de regels die gelden voor de invordering van de inkomstenbelasting van overeenkom-



stige toepassing worden verklaard. Daarin voorziet het nieuwe tweede lid. Dit geldt ook voor terugvordering op of na 1 januari 2006 van tegemoetkomingen die zijn toegekend onder het Tbtbu vóór 1 januari 2006. De van overeenkomstige toepassing verklaring van de regels die gelden voor de invordering van inkomstenbelasting moeten overigens wat betreft de mogelijkheid tot verrekening zo worden begrepen dat een uit te betalen tegemoetkoming slechts in een verrekening kan worden betrokken met een terug te vorderen tegemoetkoming. Wat betreft een terug te vorderen tegemoetkoming zijn er geen beperkingen; een dergelijke schuld kan via verrekening ook worden voldaan met uit te betalen belastingbedragen.

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