

Vergaderjaar 2004–2005

**30 124**

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

**Nr. 3**

### **MEMORIE VAN TOELICHTING**

#### **1. ALGEMEEN**

Het onderhavige wetsvoorstel regelt aspecten die voortvloeien uit de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw), de daarmee samenhangende intrekking van de Ziekenfondswet (Zfw), de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998 (Wtz 1998) en de Wet medefinanciering oververtegenwoordiging oudere ziekenfondsverzekerden (Wet MOOZ), alsmede de noodzakelijke technische overgangsregelingen. Deze Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet (I&A-Wet Zvw) is aangekondigd in de Memorie van Toelichting (algemeen deel, hoofdstuk XII, Overgangssituatie) bij het wetsvoorstel tot Regeling van een sociale verzekering voor geneeskundige zorg ten behoeve van de gehele bevolking (Zorgverzekeringswet), Kamerstukken 2003/04, 29 763, nr. 3). Naast technische wijzigingen van andere wetten bevat dit wetsvoorstel ook enkele inhoudelijke voorstellen. In de brieven aan de Tweede Kamer van 3 december 2004 (Kamerstukken 2004/05, 29 762 en 29 763, nr. 15) en van 18 maart 2005 (Kamerstukken 2004/05, 29 762 en 29 763 nr. 27) is het voorstel van wet toegelicht.

De overgang van het bestaande naar het nieuwe verzekeringsstelsel dient uiteraard zorgvuldig te gebeuren. Om dit te bewerkstelligen, wordt in dit wetsvoorstel, globaal geduid, het volgende geregeld:

- De werkzaamheden van de ziekenfondsen zullen ophouden te bestaan. Dit wetsvoorstel voorziet in de afwikkeling van de Zfw en in een soepele overstap van ziekenfonds naar zorgverzekeraar, zowel in juridisch als in financieel opzicht. De ziekenfondsen die er voor kiezen te gaan werken als zorgverzekeraar, kunnen de door hen opgebouwde wettelijke reserves inbrengen bij de start van de uitvoering van de Zvw.
- Wet- en regelgeving die bij de invoering van de Zvw zal vervallen. Dit betreft de thans bestaande specifieke wetgeving op het terrein van de ziektekostenverzekeringen, naast de al genoemde Zfw, de Wtz 1998 en de Wet MOOZ. De financiële afwikkeling van deze twee laatstgenoemde wetten wordt eveneens in deze wet geregeld. De op deze wetten gebaseerde lagere regelgeving komt van rechtswege te vervallen door het vervallen van deze wetten.
- In verband met het verdwijnen van de Wtz 1998 zullen ook de werk-

- zaamheden van de Stichting uitvoering omslagregelingen (Suo) worden afgebouwd. De wet voorziet in deze afwikkeling.
- De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) behoeft op een aantal punten aanpassing. Dit betreft regels inzake de nu nog in de Zfw geregelde AWBZ-taken van het College voor zorgverzekeringen (CVZ) en het College toezicht zorgverzekeringen (CTZ), toezicht en een overgangsregeling op het terrein van subsidies. De vrijwillige AWBZ-verzekering wordt ingetrokken omdat vrijwel alle betrokkenen onder de bescherming gaan vallen van de EU-socialezekerheidsverordening of bilaterale sociale zekerheidsverdragen. Er wordt voorzien in een overgangsregeling.
  - Hoewel er in dit voorstel van wet geen bepalingen over zijn opgenomen wordt wel toegelicht hoe de overgang van verzekerden van de bestaande verzekering naar een verzekering uit hoofde van de Zvw plaatsvindt.
  - Bij CAO wordt veelal een tegemoetkoming inzake de ziektekostenpremie geregeld die de werknemer van de werkgever ontvangt. De regering heeft de sociale partners gevraagd te voorkomen dat werkgevers met ingang van 2006 zowel een tegemoetkoming aan werknemers moeten betalen op grond van lopende CAO-afspraken als – op grond van de Zvw – een vergoeding voor de door de werknemers te betalen inkomensafhankelijke bijdrage Zvw. Voor het geval dat de sociale partners er niet in slagen een dergelijke afspraak te maken, regelt dit wetsvoorstel dat de vergoeding door de werkgever ingevolge bestaande CAO-verplichtingen in mindering mag worden gebracht op de inkomensafhankelijke bijdrage ingevolge de Zvw. Hiermee geeft de regering invulling aan de motie van de Tweede Kamer bij de behandeling van de Zvw, waarin er op wordt aangedrongen om in dit wetsvoorstel hierover een bepaling op te nemen (Kamerstukken 2004/05, 29 763, nr. 54).
  - Regelgeving die noodzakelijk is om de invoering van de Zvw te ondersteunen. In ieder geval wordt geregeld dat een particuliere ziektekostenverzekering van rechtswege eindigt voor zover de dekking ervan gelijk is aan de dekking van een ten behoeve van de verzekerde gesloten zorgverzekering. Daarnaast bevat het wetsvoorstel een aantal wijzigingen van de Zvw, die echter grotendeels niet meer zijn dan herstel van technische onvolkomenheden.

## **2. OVERGANGSRECHT ZIEKENFONDSWET**

### **2.1 Afwikkeling Zfw**

Bij de afwikkeling van de Zfw gaat het om de aanspraken van verzekerden op verstrekkingen en vergoedingen en de afrekening door ziekenfondsen met de zorgaanbieders. Voor zover nog niet onherroepelijk is beslist omtrent de verlening van een verstrekking of vergoeding of een no-claimteruggave, zal dat nog wel moeten gebeuren. De eerste beslissing over de toekenning van de no-claimteruggave is voorzien uiterlijk 31 maart 2006. Dat betekent dat er nog beslissingen moeten worden genomen, bezwaarschriften moeten worden behandeld en procedures voor de rechter kunnen worden gevoerd over zaken uit de jaren voor de intrekking van de Zfw.

Ook wat betreft de status van verzekerde zijn nog (doorlopende) procedures denkbaar. Ook die zullen moeten worden afgewerkt voor zover dat voor het vaststellen van rechten en plichten over jaren voor de intrekking van de wet noodzakelijk is. Voor zover een verzekerde over periodes gelegen voor de intrekking van de wet nog procentuele of nominale premie verschuldigd mocht zijn of daaromtrent procedures aanhangig zijn, zullen die evenzo moeten worden afgewikkeld.

Bij de afwikkeling van de aanspraken en andere lopende zaken over de

oude jaren blijven voor de ziekenfondsen alle bepalingen van kracht die in het desbetreffende jaar golden. Zo blijft onder andere ook gelden dat een ziekenfonds toestemming nodig heeft voor het overdragen van verbintenissen aan een ander ziekenfonds, doelmatig moet werken en de middelen slechts mag besteden voor de uitvoering van de Zfw. De door ziekenfondsen met zorgaanbieders gesloten medewerkersovereenkomsten moeten correct worden nageleefd voor de periode waarin de Zfw nog gold. Zo mag het ziekenfonds van de zorgaanbieder verlangen dat die zijn verplichtingen nakomt, maar blijft het ziekenfonds zelf ook gehouden de zorgaanbieder de overeengekomen betalingen te doen.

Het CVZ en CTZ zullen in 2006, op dezelfde wijze als zij dat tot dusverre doen, taken uitvoeren en beslissingen nemen met betrekking tot de uitvoering van de Zfw in 2005 en eerdere jaren; daarbij kan worden gedacht aan het controleren van de ziekenfondsen inzake de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de Zfw en het vaststellen van de hoogte van de uitkeringen aan de ziekenfondsen over 2005 of eerdere jaren. Zij zullen daarover ook moeten rapporteren aan de minister.

Dit wetsvoorstel voorziet er in om de Zfw af te wikkelen voor 1 januari 2010. Daartoe wordt bepaald dat verzekerden verzoeken tot betaling van een vergoeding voor 1 april 2008 bij het ziekenfonds moeten hebben ingediend. Voor de aanspraken in natura hoeft naar de aard der zaak niets te worden geregeld. Zorgaanbieders moeten hun declaratie voor 1 januari 2008 aan het ziekenfonds of verzekerden hebben gezonden op straffe van verval van hun vorderingsrecht. Met deze termijn is rekening gehouden met najlende nota's voor diagnose behandeling combinaties (dbc's). Het CVZ moet uiterlijk 1 juli 2009 de eindafrekening (nadere vaststelling) met alle ziekenfondsen over 2005 en eerdere jaren hebben afgerond. Verder wordt bepaald dat het saldo van de Algemene Kas per 1 januari 2010 ten goede of ten laste komt van 's Rijks schatkist.

Deze zorgvuldige afwikkeling van de Zfw laat onverlet dat veel van de regels van de Zfw voor de toekomst hun betekenis zullen verliezen. Zo zullen er in beginsel geen nieuwe gevallen zijn waarin moet worden beoordeeld of iemand verzekerd is; daarmee zullen ook vragen rond de inschrijving van verzekerden al snel tot het verleden behoren. Er zal geen sprake meer zijn van heffing van een procentuele of nominale premie voor de ziekenfondsverzekering. De toelating van rechtspersonen als ziekenfonds verliest met de intrekking van de Zfw haar betekenis; datzelfde geldt daarmee ook voor de regels omtrent de taakuitoefening door ziekenfondsen. Ziekenfondsen hoeven met zorgaanbieders geen overeenkomsten meer te sluiten voor de uitvoering van de Zfw. De informatiebepalingen, de bepalingen inzake bezwaar en beroep en de regels over de invloed van de verzekering op het burgerlijk recht hebben nog slechts belang voor de afwikkeling van de oude jaren.

## **2.2 Reserves ziekenfondsen en vergunning uitvoering Zvw**

### *Reserves ziekenfondsen*

De werkzaamheden van de ziekenfondsen zullen ophouden te bestaan. Met de inwerkingtreding van de Zvw houdt de huidige, verbrokkelde markt van ziektekostenverzekeringen op te bestaan en ontstaat één nieuwe markt voor de wettelijke ziektekostenverzekering, waarop alle zorgverzekeraars onder dezelfde condities opereren. De zorgverzekeraars zullen moeten voldoen aan de algemene wetgeving voor het verzekeringsbedrijf, zoals neergelegd in de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 (Wtv 1993), en aan het algemene recht inzake verzekeringsovereenkomsten. Daarnaast zullen zij uiteraard moeten voldoen aan de regels uit de Zvw. In

dit verband merkt de regering op dat de Zvw voortbouwt op het wetsvoorstel tot Vaststelling van titel 7.17 (verzekering) en titel 7.18 (lijfrente) van het nieuwe Burgerlijk Wetboek (Kamerstukken I 2002/03, 19 529, nr. 206) dat bij de Eerste Kamer in behandeling is. Het is derhalve van belang dat ook dat wetsvoorstel uiterlijk met ingang van 1 januari 2006 in werking treedt.

De regering acht het, gelet op de gewenste continuïteit in het functioneren van het zorgverzekeringsstelsel als geheel, van bijzonder belang dat zowel de bestaande ziekenfondsen, als de bestaande particuliere ziektekostenverzekeraars een reële mogelijkheid krijgen zich op de nieuwe zorgverzekeringsmarkt te begeven. Tegelijkertijd is de financiële gezondheid van de zorgverzekeringssector als geheel vanzelfsprekend een belangrijke voorwaarde voor de toegankelijkheid van de gezondheidszorg op langere termijn. In de transitie naar het nieuwe verzekeringsstelsel dienen naar het oordeel van de regering bestaande partijen dan ook niet alleen een reële startpositie te krijgen en de gelegenheid zich aan te passen aan de nieuwe spelregels. Zij dienen zich ook gebonden te weten aan dezelfde eisen die ten aanzien van financiële en bestuurlijke soliditeit voor alle partijen op de nieuw gecreëerde zorgverzekeringsmarkt gelden.

Voor de huidige ziekenfondsen betekenen deze uitgangspunten dat zij, als zij opteren voor de uitvoering van de Zvw, hun huidige reserves behouden. De wettelijke reserves van de ziekenfondsen zijn, na de introductie van de risicodragendheid in de uitvoering van de Zfw, vanaf 1991 in een concurrentiële omgeving opgebouwd. De reservevereisten onder de Zfw dienen dezelfde doelstelling als de solvabiliteits-eisen die volgen uit de Wtv 1993, namelijk om uitvoeringsrisico's op te vangen en zo de continuïteit van de onderneming veilig te stellen. Zonder behoud van deze financiële reserves zouden de ziekenfondsen onder de Zvw niet kunnen voldoen aan de minimaal vereiste solvabiliteitsmarge, zodat er een reële dreiging ontstaat van onvoldoende verzekeringscapaciteit en marktverstoringen bij de invoering van de nieuwe zorgverzekering. Daardoor zou ook het maatschappelijke draagvlak voor de invoering van het nieuwe stelsel worden ondermijnd.

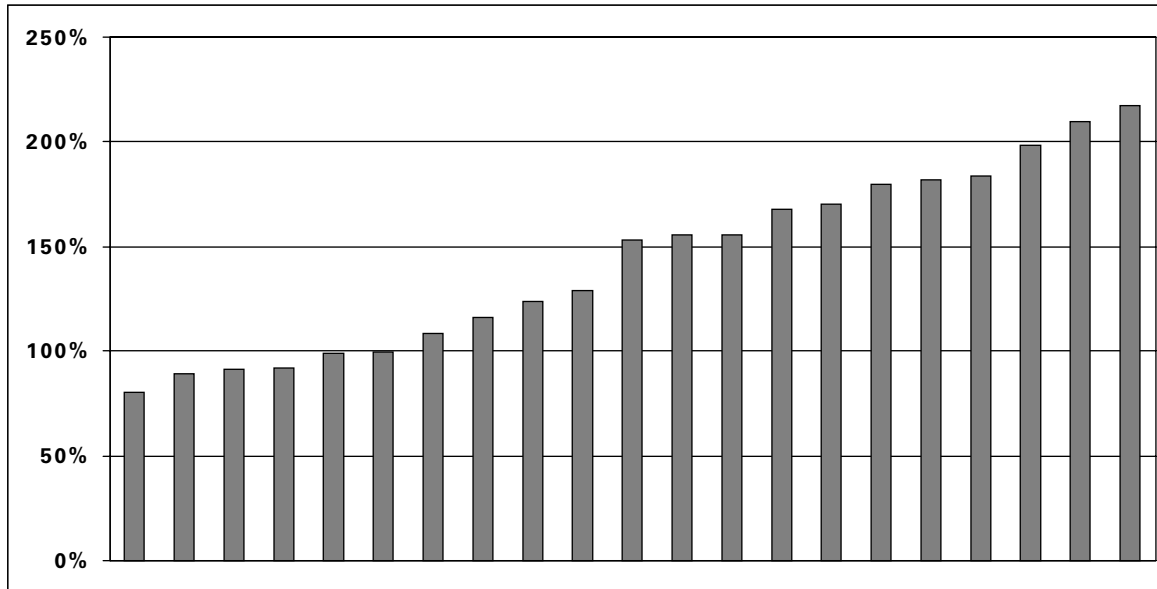
Tegen deze achtergrond wil de regering dat ziekenfondsen die besluiten tot uitvoering van de Zvw, de inmiddels opgebouwde wettelijke reserve kunnen inbrengen bij de start van de uitvoering van de Zvw.

#### *Omvang financiële reserves*

In figuur 1 is een overzicht opgenomen van de reserveposities van de ziekenfondsen per ultimo 2004. Hieruit blijkt dat enkele ziekenfondsen per ultimo 2004 niet voldoen aan de per 1 januari 2006 te stellen minimale solvabiliteits-eisen. De regering gaat er vanuit dat die ziekenfondsen die per ultimo 2004 nog niet aan de per 1 januari 2006 geldende eis voldoen, dat per ultimo 2005 wel zullen doen. De regering gaat er van uit dat ziekenfondsen een positief financieel resultaat over 2005 mogen verwachten. Dit resultaat komt ten goede aan de reserves, waarmee de vermogensposities van de ziekenfondsen in 2005 verder wordt versterkt. Ook in 2004 was dit het geval. De vermogenspositie van de ziekenfondsen is in 2004 met ruim 400 miljoen euro gestegen.

De huidige Zfw heeft in totaal 21 uitvoerders. Deze ziekenfondsen beschikken over een vermogen (ultimo 2004) van circa 1,7 miljard euro. Deze aanwezige solvabiliteit is voldoende om aan de huidige minimaal vereiste solvabiliteitsmarge in de Zfw en aan de toekomstige marge in de Zvw, te weten acht procent van de totale schade, te voldoen. Figuur 1 geeft inzicht in de dekking van de verwachte minimale solvabiliteits-eis Zvw op basis van gegevens ultimo 2004. Hieruit blijkt dat zes ziekenfondsen per ultimo 2004 niet voldoen aan de per 1 januari 2006 te stellen minimale solvabiliteits-eis.

**Figuur 1: Dekking minimaal vereiste solvabiliteitsmarge Zvw per ziekenfonds (op basis van gegevens ultimo 2004)**



Zeventien ziekenfondsen zijn onderdeel van een concern met andere (private) verzekeraars en/of banken. Op de private zorgverzekeraars binnen deze concerns houdt De Nederlandsche Bank (DNB) prudentieel toezicht en tevens houdt DNB aanvullend groepstoezicht om te waarborgen dat de soliditeit van deze concerns, inclusief de daarin opgenomen zorgverzekeraars, vanaf 1 januari 2006 ook de voormalige ziekenfondsen, gewaarborgd is. Hiermee kan derhalve worden zeker gesteld dat voor deze zeventien voormalige ziekenfondsen aan de prudentiële eisen wordt voldaan. Onder deze zeventien ziekenfondsen vallen vier ziekenfondsen waarvan boven reeds is aangegeven dat ze per ultimo 2004 niet voldoen aan de per 1 januari 2006 te stellen minimale solvabiliteitseisen.

Voor de vier ziekenfondsen die op dit moment niet deel uitmaken van een concern, geldt dat zij, in samenspraak met DNB, een versterking in de vermogenspositie zullen moeten bewerkstelligen, zodat ook zij zich per 1 januari 2006 kwalificeren om als private verzekeraar de markt te betreden. Hierbij is voor twee ziekenfondsen op dit moment op basis van cijfers 2004 nog in lichte mate sprake van een tekort aan solvabiliteit op een totale schadelast van 3,4 miljard euro. Op basis van nog voorlopige inzichten bestaat de verwachting dat het tekort in 2005 grotendeels verdwijnt ten gevolge van meevallende schade-ontwikkeling en premiegroei. Mogelijke oplossingen van de eventuele resterende financiële tekorten zijn fusie met een financieel sterkere partner of herstructurering, gedeeltelijke verkoop van de portefeuille en herverzekering van een deel van de schade.

De regering verwacht dat voormalige ziekenfondsen zonder gebruik te hoeven maken van bijzondere wettelijke instrumenten uitsluitend als solvabele zorgverzekeraars zullen voorzien in de uitvoering van de Zvw per 1 januari 2006.

#### *Europeesrechtelijk kader ten aanzien van de reserves*

Van meet af is de regering van mening dat bij het inbrengen van de bestaande wettelijke reserves geen sprake is van (ontoelaatbare) staats-

steun, omdat – gegeven het feit dat sprake is van het samenvoegen van twee gescheiden zorgverzekeringsmarkten – het behoud van reserves voor ziekenfondsen geen economisch voordeel met zich meebrengt, en er in ieder geval sprake is van een dienst van algemeen economisch belang. Overeenkomstig de hiervoor geldende procedures, is dit punt, tegelijk met het beoogde systeem van risicoverevening, gemeld bij de Europese Commissie. De Europese Commissie heeft op 3 mei 2005 bij beschikking bepaald dat de maatregel «behoud reserves» waarbij de Nederlandse overheid besluit dat ziekenfondsen de wettelijke reserves mogen behouden, verenigbaar is met artikel 87 (3)c van het EG-verdrag. De regering verbindt overigens wel een belangrijke voorwaarde aan de mogelijkheid de bestaande reserves in te brengen bij de start van de uitvoering van de privaatrechtelijke zorgverzekering. Die voorwaarde houdt in dat het inbrengen van bestaande reserves alleen kan zolang een ziekenfonds ervoor kiest de Zvw zonder winstoogmerk uit te voeren. Indien bij de start van de zorgverzekering of binnen tien jaar daarna alsnog wordt gekozen voor uitvoering van de zorgverzekering met winstoogmerk, dan wel het bedrijf wordt beëindigd, moeten de oude wettelijke reserves worden afgerekend.

### *Gelijke speelveld*

Onderdeel van het gelijke speelveld van zorgverzekeraars per 1 januari 2006 is een minimaal vereiste solvabiliteitsmarge van ongeveer acht procent van de totale schade die voor iedere uitvoerder gelijk is. Het kunnen meenemen van de opgebouwde wettelijk reserves door ziekenfondsen is essentieel voor de ziekenfondsen om te kunnen voldoen aan deze vermogens-eisen. Zonder de wettelijke reserves kan geen enkel ziekenfonds voldoen aan de solvabiliteits-eisen in de Zvw. De wettelijke reserves betreffen ultimo 2004 namelijk driekwart van het totale vermogen van een ziekenfonds (circa 1,3 miljard euro). Ook bij de motie Omtzigt is gevraagd naar de standpunten over een gelijk speelveld.<sup>1</sup> Volgens de regering is er sprake van een gelijk speelveld voor alle zorgverzekeraars, omdat de Zvw voorziet in een aantal verplichtingen voor alle zorgverzekeraars om een voor alle Nederlanders gelijke toegang tot de gezondheidszorg te kunnen waarborgen. Deze verplichtingen gelden voor alle zorgverzekeraars in gelijke mate, zodat in dit opzicht sprake is van een gelijk speelveld voor zorgverzekeraars. De belangrijkste verplichtingen zijn het wettelijk voorgescreven verzekerde pakket, de acceptatieplicht, de verplichting om voor één polis dezelfde nominale premie in rekening te brengen ongeacht de kenmerken van de verzekerden en de verplichte deelname aan het risicovereveningssysteem.

Het voorgaande laat onverlet dat de uitgangspositie van de huidige ziekenfondsen en particuliere en publiekrechtelijke ziektekostenverzekeraars op onderdelen van elkaar verschilt. Het gaat daarbij achtereenvolgens om omvang van het aantal verzekerden, landelijke versus regionale markt oriëntatie, wel of niet deel uitmaken van een multi-brancheorganisatie, wel of geen ervaring met zorginkoop, verschil in distributiekanaal, specialisatie in collectieve contracten, de mate van solvabiliteit en het risicoprofiel van het verzekerdenbestand. In een brief aan uw Kamer, die u ongeveer tegelijkertijd met het onderhavige voorstel van wet zult ontvangen, wordt onder andere ingegaan op het gelijke speelveld voor zorgverzekeraars. Daar zullen deze verschillen worden geanalyseerd. De regering komt tot de conclusie dat de Zvw zo is opgezet dat alle type zorgverzekeraars bij de inwerkingtreding van de Zvw een gelijk speelveld betreden.

De voor het behoud van de reserves gestelde voorwaarde dat het betreffende ziekenfonds gedurende een periode van tien jaar niet-winstbeoogend

---

<sup>1</sup> Kamerstukken 2004/05, II, 29 763 nr. 53.

mag gaan functioneren, is er op gericht te voorkomen dat opgebouwde reserves aan de aandeelhouders worden uitgekeerd. De omvang van het aantal verzekerden en de daarmee door ziekenfondsen opgebouwde goodwill vanwege de beschikbaarheid van het verzekerdenbestand verstoort een gelijk speelveld niet. Voor alle zorgverzekeraars geldt dat zij hun bestand aan verzekerden meenemen. Van een vast bestand aan verzekerden zal onder de Zvw naar verwachting geen sprake zijn. De verzekerden hebben immers onder de Zvw jaarlijks de mogelijkheid om van zorgverzekeraar te wisselen aangezien ze jaarlijks kunnen overstappen. De conclusie van de regering over het gelijke speelveld zal nog worden versterkt door de verwachte integratie van de huidige ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars.

#### *Vergunning tot het uitvoeren van de Zvw*

Voor het uitvoeren van de Zvw is een vergunning van DNB op grond van de Wtv 1993 een vereiste. Voor de verlening van een vergunning door DNB moet op grond van die wet aan een aantal voorwaarden worden voldaan. De huidige particuliere ziektekostenverzekeraars, die al langer als private schadeverzekeraar in de markt van ziektekostenverzekeringen actief zijn, beschikken al over de benodigde vergunning en voldoen dus daaraan al.

Een buitenlandse verzekeraar die tot de Nederlandse markt wil toetreden voor de uitvoering van de Zvw moet eveneens voldoen aan de wettelijke vereisten voor het verkrijgen van de vergunning maar kan, vanwege het feit dat die verzekeraar voor de uitvoering van de Zvw nog niet over een verzekeringsportefeuille beschikt, volstaan met het voldoen aan de vereisten ten aanzien van het minimumgarantiefonds. Deze zijn aanzienlijk lager dan de eisen die de wetgever stelt aan de reeds op de Nederlandse markt actieve verzekeraars (particulier en voormalig ziekenfonds), louter vanwege het feit dat die verzekeraars reeds over een verzekeringsportefeuille beschikken over de schade waarvan zij een solvabiliteitsmarge moeten aanhouden.

De ziekenfondsen die de Zvw gaan uitvoeren, moeten met ingang van 1 januari 2006 eveneens aan deze eisen voldoen. Zij moeten voor het kunnen uitvoeren van de Zvw alsnog een vergunning voor de branches Ziekte (branche 1) en Ongevallen (branche 2) van DNB verkrijgen. Zoals hiervoor al aan de orde kwam is een van de eisen waaraan in het kader van de vergunning moet worden voldaan, dat de verzekeraar voldoende solvabel dient te zijn. Voor de Zvw geldt dat verzekeraars ongeveer 8% van de schade als solvabiliteitsmarge moeten aanhouden.

De regering gaat er vanuit dat alle voormalige ziekenfondsen per ultimo 2005 aan deze eis zullen voldoen. De regering verwacht dat voormalige ziekenfondsen zonder gebruik te hoeven maken van bijzondere wettelijke instrumenten uitsluitend als solvabele zorgverzekeraars zullen voorzien in de uitvoering van de Zvw per 1 januari 2006.

De regering heeft, in overleg met DNB, gezocht naar een aanvaardbare oplossing voor het zich mogelijk voordoende vraagstuk dat niet al op of voor 1 januari 2006 kan worden vastgesteld of een ziekenfonds aan de vereisten ten aanzien van de minimale solvabiliteit voldoet. Teneinde een soepele overgang van het huidige naar het nieuwe verzekeringsstelsel mogelijk te maken is in overleg met DNB in het onderhavige wetsvoorstel een bepaling opgenomen die erin voorziet dat ziekenfondsen die op 31 december 2005 een toelating hebben voor de uitvoering van de Zfw van rechtswege kunnen beschikken over een vergunning voor de branches Ziekte en Ongevallen. Zo kunnen alle zorgverzekeraars, voorma-

lige ziekenfondsen en de huidige particuliere ziektekostenverzekeraars, vanaf 1 januari 2006 het zorgverzekeringsbedrijf uitoefenen.

Alle zorgverzekeraars die de Zvw uitvoeren staan vanaf 1 januari 2006 onder volledig toezicht van DNB conform de Wtv 1993. Dat betekent dat DNB vanaf de start van de Zvw zijn toezichtinstrumentarium kan toepassen op alle zorgverzekeraars. Zo kan DNB zonodig van zorgverzekeraars sanerings- en financieringsplannen verlangen ter versterking van de financiële positie. De rechtsvorm waarin het ziektekostenverzekeringsbedrijf wordt uitgevoerd, moet die van onderlinge waarborgmaatschappij, naamloze vennootschap of Europese vennootschap zijn. Ook gelden eisen aan het bestuur, de deskundigheid en betrouwbaarheid van bestuur en directie, goed intern toezicht en dergelijke. Dit zijn overigens voorwaarden waaraan ziekenfondsen ook nu al in belangrijke mate moeten voldoen op grond van de Zfw. DNB kan van zorgverzekeraars een bestuurder heenzenden ingeval van twijfel over betrouwbaarheid of deskundigheid of een stille curator aanstellen.

Samenhangend met de vergunning van rechtswege geldt een aantal bijzondere voorwaarden en beperkingen. Een zorgverzekeraar met een vergunning van rechtswege moet binnen een maand na de inwerkingtreding van de Zvw aantonen dat wordt voldaan aan de eisen van de artikelen 28 tot en met 30 en 32, van de Wtv 1993 en heeft een jaar de tijd om over het minimumbedrag van het garantiefonds of van de solvabiliteitsmarge te beschikken. Ook mag de zorgverzekeraar met een vergunning van rechtswege uitsluitend op de Nederlandse markt zorgverzekeringen aanbieden. Deze bijzondere voorwaarden en beperkingen vervallen op het moment dat deze zorgverzekeraars volledig in het reguliere toezicht van DNB ingevoerd zijn.

De regering heeft zich bij de opstelling van de onderhavige artikelen in het wetsvoorstel terdege rekenschap gegeven van de terzake, ook voor de ziekenfondsen die de Zvw willen uitvoeren, geldende Europeesrechtelijke eisen. Het feit dat de ziekenfondsen nu al zijn toegelaten voor de uitvoering van de Zfw op aspecten die in belangrijke mate overeenkomen met de aspecten die ook bij de vergunningverlening een rol spelen, rechtvaardigen de in het wetsvoorstel opgenomen overgangsbepalingen, die zowel naar inhoud als naar werkingsduur beperkt zijn. Deze beperkte overgangsbepalingen leiden niet tot een overgangssituatie die strijdig is met de Europese schadeverzekeringsrichtlijnen.

### **3. OVERGANGSRECHT WET OP DE TOEGANG TOT ZIEKTEKOSTENVERZEKERINGEN 1998**

#### **3.1 Omslagregeling**

Ook de Wtz 1998 zal bij de invoering van de Zvw worden ingetrokken. De Wtz 1998 kent een omslagregeling ter zake van de schaden die voortvloeien uit deze verzekering. Op basis van artikel 16 van de Wtz 1998 is een voorziening gevormd, die dient voor de vergoeding aan ziektekostenverzekeraars van naijlende schaden ingeval beëindiging van de omslagregeling. De omvang van deze voorziening blijft beperkt tot een bedrag ter grootte van de jaarlijks gemiddeld naijlende schaden. Dit komt globaal overeen met de Wtz 1998-schaden van drie kalendermaanden. De vorming van de voorziening is gestart in 2002 en wordt in 2005 afgerond. Door de invoering van de dbc's, is voor dbc's die in 2005 worden geopend en eerst in 2006 worden afgesloten en gedeclareerd, verhoging van de benodigde voorziening noodzakelijk. Er was al een bedrag van € 405 784 750 opgebouwd. Laatstelijk is bij regeling van 10 december



2004 (Stcrt. 2004, 244) de voorziening voor het jaar 2005 vastgesteld op € 831 080 200.

De uiteindelijke baten of lasten, wanneer de Wtz 1998 geheel afgewikkeld zal zijn, zullen ten goede of ten laste komen van de Algemene Kas.

### **3.2 Wtz 1998-verzekerden in het buitenland**

Er is een beperkte groep Wtz 1998-verzekerden in het buitenland. In 2002 en 2003 hebben in totaal bijna 900 personen een Wtz 1998-verzekering gesloten, van wie er ruim 650 in België en Duitsland wonen. De verzekerden uit die twee landen zijn hoofdzakelijk werknemers.

Voor alle in het buitenland wonende Wtz 1998-verzekerden betekent de invoering van de Zvw dat zij straks of ingevolge de Zvw verzekeringsplichtig worden of dat zij aanspraken op vergoeding van ziektekosten krijgen op grond van de EU-socialezekerheidsverordening of een socialezekerheidsverdrag. Degenen die aanspraken krijgen ingevolge de socialezekerheidsverordening of verdrag zullen aan het CVZ daarvoor een bijdrage verschuldigd zijn. Dit vloeit voort uit het bepaalde in artikel 68, tweede lid, van de Zvw.

### **3.3. Afbouw werkzaamheden Stichting uitvoeringsorganisatie omslagregeling (Suo)**

Met de intrekking van de Wtz 1998 komt ook op termijn een einde aan de wettelijke taak van de Suo, de rechtspersoon die ten behoeve van de Wtz 1998 als uitvoeringsorgaan is aangewezen. De regering staat een snelle en kwalitatief goede afhandeling van de uit de Wtz 1998 voortvloeiende claims voor. Gezien de daarmee gemoeide tijd, zal de Suo deze afwikkeling begeleiden tot 2009. Vanaf dat jaar zal de bevoegdheid van rechtswege overgaan op het CVZ.

### **3.4. Studenten**

Voor de introductie van het nieuwe zorgverzekeringsstelsel konden studenten gebruik maken van een speciale studentenstandaardpakketpolis op basis van de Wtz 1998. Met de introductie van een nieuw stelsel van zorgverzekeringen ontstaan dan ook inkomenseffecten voor studerenden. Deze worden grotendeels gecompenseerd via de zorgtoeslag, waar studenten ook recht op hebben. De regering heeft daarnaast besloten de particulier verzekerde studerenden te compenseren via de aanvullende beurs in de studiefinanciering. Studenten met een aanvullende beurs raken de huidige tegemoetkoming in de ziektekosten kwijt, die nu nog in de aanvullende beurs is opgenomen voor particulier verzekerde studenten. Daarom is gekozen voor compensatie in de aanvullende beurs, en niet in de basisbeurs. Compensatie via de aanvullende beurs zorgt voor een zo evenwichtig mogelijke verdeling van inkomenseffecten. Voor de compensatie via de studiefinanciering is € 33 miljoen aan extra middelen beschikbaar gesteld. De extra tegemoetkoming ziektekosten voor particulier verzekerde studerenden in de aanvullende beurs komt te vervallen (€ 450 per jaar). Dit levert € 35 miljoen op. Het totaal van € 68 miljoen wordt ingezet om de aanvullende beurs structureel te verhogen met € 330 per jaar. Deze verhoging geldt voor alle studerenden met een aanvullende beurs. Daarnaast wordt de aanvullende beurs eenmalig verhoogd met € 70 per jaar in 2006, zodat de inkomenseffecten in 2006 worden beperkt.

#### **4. OVERGANGSRECHT WET MEDEFINANCIERING OVERVERTEGENWOORDIGING OUDERE ZIEKENFONDSVERZEKERDEN**

De Wet MOOZ en het op basis van die wet getroffen Besluit medefinancieringsregeling bewerkstelligen een jaarlijkse solidariteitsoverdracht van particulier verzekerden aan ziekenfondsverzekerden; die vindt plaats omdat in de ziekenfondsverzekering verzekerden van 65 jaar en ouder relatief oververtegenwoordigd zijn.

De systematiek van de Wet MOOZ behelst -kort samengevat- dat jaarlijks wordt vastgesteld tot welke extra lasten de oververtegenwoordiging van ouderen in de ziekenfondsverzekering heeft geleid. Via het uitvoeringsorgaan van de Wet MOOZ, de Suo, wordt iedere particuliere ziektekostenverzekeraar jaarlijks aangeslagen voor zijn aandeel in bedoelde solidariteitsbijdrage op basis van het bij hem aangesloten aantal verzekerden. Een jaar later kunnen verzekeraars door middel van een premieopslag bedoelde bijdragen in rekening brengen aan hun verzekerden en deze vervolgens -via de Suo- afdragen aan de Algemene Kas, bedoeld in de Zfw.

Nu door de invoering van de Zvw met ingang van 1 januari 2006 het onderscheid tussen ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden vervalft, is er niet langer een groep particulier verzekerden aan wie de premieopslag in 2006 in rekening kan worden gebracht.

De regering heeft ter oplossing van dit vraagstuk een aantal opties verkend. Eén daarvan betrof de mogelijkheid om de MOOZ-omslagbijdrage op te leggen aan alle Nederlanders. Gevolg geven aan deze optie zou echter tot aanzienlijke administratieve lasten leiden. Daarnaast is in deze optie sprake van het rondpompen van geld. Een groot deel van de huishoudens zou deze heffing immers terugkrijgen via de zorgtoeslag.

Gegeven deze bezwaren heeft de regering er voor gekozen om de MOOZ-omslagbijdrage voor 2005 niet te heffen. Hierdoor ontstaat er een incidenteel tekort van 0,6 miljard euro in de Algemene Kas van de ziekenfondsverzekering. Dit tekort zal niet worden gedekt door hogere premies voor de ziekenfondsverzekering (de premies 2005 staan immers vast en in 2006 wordt er geen ziekenfondspremie meer geheven). Dit tekort zal er daarom toe leiden dat bij de overdracht van het restvermogen van de Algemene Kas aan 's rijks schatkist in 2010, dit restvermogen lager zal zijn, dan eerder verwacht.

#### **5. OVERGANGSRECHT ALGEMENE WET BIJZONDERE ZIEKTEKOSTEN**

De AWBZ behoeft op een aantal punten aanpassing. Dit betreft regels inzake de taken van het CVZ en het CTZ. Ook is voorzien in overgangsregelingen op het terrein van subsidies, voor zover niet reeds eerder is besloten subsidieregelingen te beëindigen.

Een ander onderdeel van het overgangsrecht betreft de vrijwillige AWBZ-verzekering. De AWBZ-verzekering is een in beginsel verzekering die voorziet in zorg in natura in Nederland voor Nederlandse ingezetenen. Bij de invoering van de zogeheten «Oortregelingen» in 1990 – in het kader van de vereenvoudiging van regels betreffende de belasting – en premieheffing is voorzien in een verplichte AWBZ-verzekering voor buiten Nederland wonende rechthebbenden op een langlopende Nederlandse socialezekerheidsuitkering of pensioen. Daarbij is voor deze categorie een restitutieregeling in het leven geroepen die betrokkenen recht geeft op restitutie van zorgkosten voor zover die zorg niet wordt verleend op grond van de EU-socialezekerheidsverordening of een socialezekerheidsverdrag. Zorg die wordt verleend op grond van de EU-sociale zekerheids-

verordening of een socialezekerheidsverdrag, is de zorg zoals die is geregeld in de wetgeving van het woonland van de betrokkenen (woonlandpakket).

Omdat de EU-socialezekerheidsverordening en de socialezekerheidsverdragen slechts van toepassing zijn op ziekenfondsverzekerden, komt in de praktijk de restitutieregeling er op neer dat die regeling voor ziekenfondsverzekerden een aanvullend karakter heeft naast de aanspraak op het woonlandpakket op grond van een verdrag of de verordening, terwijl particulier verzekerden alle in het buitenland gemaakte AWBZ-kosten gerestitueerd krijgen.

Op 1 januari 1999 is het Besluit uitbreiding en beperking kring verzekerden 1999 in werking getreden. De regering beoogde hiermee invulling te geven aan de wens terug te keren naar de oorspronkelijke bedoeling van de volksverzekeringen om alleen ingezetenen te verzekeren, voor zo ver dat binnen het kader van internationale socialezekerheidsregelingen mogelijk was. De verplichte verzekering werd daarom beëindigd voor personen die buiten Nederland woonachtig waren, behalve voor degenen op wie een socialezekerheidsverdrag of de EU-socialezekerheidsverordening van toepassing was. Dat zijn, zoals hiervoor uiteengezet, ziekenfondsverzekerden. Die mensen bleven dus verplicht verzekerd voor de AWBZ.

Voor in het buitenland wonende particulier verzekerde gepensioneerden werd een afwijkende regeling gemaakt. Om te zorgen dat deze mensen in samenhang met hun particuliere verzekering in het buitenland toch een volledige dekking konden hebben, is met ingang van 1 januari 2000 de vrijwillige AWBZ-verzekering ingevoerd.

Op grond van de hiervoor omschreven restitutieregeling konden de vrijwillig AWBZ-verzekerden zorgkosten die zij in het buitenland maken, vergoed krijgen ten laste van de AWBZ. Voor ziekenfondsverzekerden behield de restitutieregeling haar aanvullende karakter, naast de aanspraken uit verdrag of verordening. Op dit moment zijn er ongeveer 2 000 vrijwillige AWBZ-verzekerden in het buitenland die een resitutierecht hebben. Daarnaast zijn er ongeveer 40 000 ziekenfondsverzekerden in het buitenland.

Op basis van de restitutieregeling wordt uiteraard niet meer zorg vergoed dan is opgenomen in het AWBZ-pakket. Wanneer, als gevolg van wettelijke maatregelen, delen uit het AWBZ-pakket verdwijnen, wordt deze zorg ook niet meer vergoed door de restitutieregeling. Dat is bijvoorbeeld het geval als het kabinet het voornemen realiseert om per 1 januari 2006 de Wet op de maatschappelijke ondersteuning (WMO) in te voeren. De aanspraak op enkelvoudige huishoudelijke hulp gaat dan uit de AWBZ. Bij de invoering van de Zvw komt het verschil tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden te vervallen. In beginsel wordt de Zvw op iedereen van toepassing. Omdat de Zvw een sociale verzekering is komt daarom iedereen te vallen onder de EU-socialezekerheidsverordening of de socialezekerheidsverdragen. Evenals dat geldt voor de huidige ziekenfondsverzekerden kunnen de betrokkenen met toepassing van deze internationale socialezekerheidsregelingen in hun woonland aanspraak maken op het woonlandpakket. Daarom bestaat er geen noodzaak meer voor de vrijwillige AWBZ-verzekering. Die wordt derhalve, tegelijk met de inwerkingtreding van de Zvw, ingetrokken.

De regering heeft vervolgens overwogen of de restitutieregeling, in aanvulling op de aanspraken ingevolge een socialezekerheidsverdrag of de EU-socialezekerheidsverordening moet blijven bestaan.

Daarbij is overwogen dat de huidige restitutieregeling berust op verzekering ingevolge de AWBZ. Op grond van een recentelijk door de Europese Raad aanvaarde wijziging van de Europese socialezekerheidsverordening, die naar verwachting in de loop van 2006 in werking zal treden, zal het niet langer toegestaan zijn pensioengerechtigden verzekerd te maken ingevolge de wetgeving van een lidstaat, wanneer zij niet in die lidstaat woonachtig zijn.

Dat betekent dat deze groepen niet langer AWBZ-verzekerd kunnen zijn en dat de op de verzekering berustende restitutieregeling niet meer van toepassing zal zijn. Betrokkenen hebben dan in hun woonland recht op de medische zorg zoals geregeld in de wetgeving van hun woonland. De kosten komen ten laste van Nederland.

Vooruitlopende op de inwerkingtreding van de genoemde verordening heeft de regering besloten bedoeld woonlandbeginsel toe te passen met ingang van de inwerkingtreding van de Zvw. Aldus handelt de Nederlandse regering overeenkomstig de verplichtingen van internationale verdragen. Betrokkenen krijgen de aanspraken volgens het pakket van hun woonland, niet meer en niet minder. Zij worden daarmee gelijk behandeld met hun inlandse burens.

Voorkomen moet worden dat mensen die nu zorg ontvangen op basis van de restitutieregeling in de problemen komen na de toepassing van het woonlandbeginsel per 1 januari 2006. Tijdens de behandeling in de Tweede Kamer van de Zvw heeft onder meer de VVD-fractie hier aandacht voor gevraagd.

De regering onderschrijft de wenselijkheid van een adequate overgangsregeling. Dit voorstel van wet voorziet hierin. De overgangsregeling houdt in dat personen, die bij de inwerkingtreding van de deze wet al aanspraak hadden op een vergoeding van de kosten van zorg op grond van de vrijwillige AWBZ-verzekering, die vergoeding behouden. Ook is geregeld dat, indien een zorggenietende in aansluiting op de reeds verleende zorg een andere AWBZ-verstrekking nodig heeft, ook daarin wordt voorzien. Bijvoorbeeld: de gezondheidstoestand van een rechthebbende op vergoeding van de kosten van thuiszorg verslechtert zodanig dat hij moet worden opgenomen in een verpleeghuis. Voor zover de betrokkene op grond van een internationale regeling aanspraak heeft op het zogenaamde woonlandpakket, wordt de vergoeding in aanvulling daarop verleend. Op grond van de internationale regelingen betaalt Nederland namelijk al voor het woonlandpakket. Het is dan ook redelijk de vergoeding in aanvulling op de verdragsaanspraken te verstrekken. De overgangsregeling bevat verder bepalingen omtrent het vaststellen van de hoogte van de vergoeding, waarbij wordt aangesloten bij in het woonland geldende tarieven, of – bij het ontbreken van een vastgesteld tarief – het kostenniveau van de gezondheidszorg in dat land.

Verder wordt als voorwaarde gesteld dat rechthebbenden op de overgangsregeling zich binnen een termijn van vier maanden na inwerkingtreding van dit voorstel van wet aanmelden bij het CVZ. De betrokkenen ontvangen hierover voorlichting. Personen die zich na die termijn melden worden geaccepteerd, indien zij aantonen dat zij zich hebben aangemeld binnen een termijn van vier maanden nadat zij redelijkerwijs van de overgangsregeling kennis hebben kunnen nemen.

#### *Overgang geneeskundige geestelijke gezondheidszorg*

Bij koninklijk besluit wordt geregeld dat de Zvw (en de I&A-wet Zvw) met ingang van 1 januari 2006 in werking treden. Overigens zal in dat besluit worden geregeld dat artikel 14, eerste en tweede lid, pas met ingang van 1 januari 2007 in werking zullen treden. Dat is het gevolg van het feit dat de overgang van de geneeskundige gezondheidszorg (ggz) van de AWBZ naar de Zvw met ingang van die datum, in plaats van met ingang van

1 januari 2006, plaats zal vinden.<sup>1</sup> Partijen zijn eensgezind in hun inzet om de ggz in het Zvw-domein onder te brengen. Voorop staat dat de overheveling zorgvuldig plaatsvindt, praktisch werkbaar is en dat de verzekeraars met vertrouwen hun rol kunnen vervullen. Hierom is besloten om de overheveling van delen van de ggz van de AWBZ naar de Zvw gefaseerd in te voeren. Fase 1 gaat in op 1 januari 2006 en houdt in dat het Zvw-besluit in werking treedt, met daarin de geneeskundige ggz-aanspraken die per 1 januari 2007 zullen gelden. De financiering van de ggz zal in technische zin in 2006 al plaatsvinden vanuit het Zorgverzekeringsfonds met vervolgens een eenmalige storting aan het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten.

## **6. OVERGANG VERZEKERDEN**

### **6.1 Algemeen**

Op 1 januari 2006 vangt voor iedere AWBZ-verzekerde de Zvw-verzekeringplicht aan. In het nieuwe verzekeringsstelsel is voor verzekerden een belangrijke rol weggelegd. Beoogd wordt immers dat zorgverzekeraars concurreren om de gunst van verzekerden op premie, kwaliteit en service. Verzekerden zijn vrij in de keuze van hun zorgverzekeraar en vrij om te wisselen van verzekeraar. Deze vrijheid geldt ook bij de overgang naar de Zvw. Tegelijkertijd is het van belang voor zowel verzekerden als verzekeraars dat deze overgang ordentelijk verloopt. Verzekerden dienen te weten waar ze in het nieuwe verzekeringsstelsel aan toe zijn qua rechten en plichten en op de hoogte te zijn van de stappen die ze in het kader van de overgang moeten of kunnen zetten.

In dit verband is een aantal zaken relevant. Om te beginnen bevat de Zvw een aantal sociale waarborgen, waaronder de acceptatieplicht, het verbod op premiedifferentiatie en het wettelijk omschreven pakket, dat overeenkomt met het huidige Zfw-pakket aangevuld met een aanzienlijk deel van de geestelijke gezondheidszorg. De invoering van de Zvw leidt er toe dat deze waarborgen straks voor alle ingezetenen gelden. De gekozen premiestructuur in combinatie met de zorgtoeslag leidt er bovendien toe dat alle Nederlanders tegen redelijke kosten verzekerd zullen zijn.

Om verzekerden te ondersteunen in dit overgangsjaar bij het maken van hun keuze voor een zorgverzekeraar zal voorafgaand aan de invoering van de Zvw een uitgebreide overheidsvoorlichtingscampagne in gang worden gezet. Daarbij zal een belangrijke rol toekomen aan vertegenwoordigende organisaties van consumenten en patiënten. Ook worden de vertegenwoordigende organisaties van de huidige ziekenfondsen, particuliere ziektekostenverzekeraars en publiekrechtelijke ziektekostenregelingen voor ambtenaren hier intensief bij betrokken.

Verder streeft de regering bij het geven van voorlichting naar samenwerking met vertegenwoordigende organisaties van onder meer sociale partners, zorgaanbieders en assurantietussenpersonen. Ter ondersteuning van verzekerden wordt tevens vergelijkende informatie over verzekeraars beschikbaar gesteld via de zorgportal KiesBeter.nl.

Bij een eventuele keuze voor een zorgverzekering zullen veel verzekerden ook geïnteresseerd zijn in het aanbod aan aanvullende verzekeringen. Hoewel de aanvullende verzekeringen slechts een beperkt deel – nog geen 6% – betreffen van de kosten van curatieve zorg, hebben veel burgers immers een dergelijke verzekering afgesloten. De genoemde website KiesBeter.nl bevat ook hierover keuze-informatie.

De aanvullende verzekeringen maken per definitie geen deel uit van het wettelijke stelsel van sociale zekerheid. Er hoeft in dit verband ook geen overgangsrecht te worden opgesteld. Het is aan marktpartijen zelf, te

---

<sup>1</sup> Kamerstukken II 2004/05, 29 763, nr. 72, pagina's 1, 2 en 3.

weten de verzekeraars enerzijds en de verzekerden en eventueel hun werkgevers anderzijds, om zorg te dragen voor eventuele afspraken over aanvullende verzekeringen in het licht van de invoering van de Zvw. Het aspect dat met het oog op de acceptatieplicht en het voorkomen van risicoselectie bij de Kamerbehandeling van de Zvw ruime aandacht heeft gekregen, is de (ont)koppeling van het basispakket en de aanvullende verzekering. Aangenomen is het amendement-Heemskerk dat een beding van een verzekeraar, die een ziektekostenverzekering ter aanvulling van de zorgverzekering aanbiedt, nietig verklaart, indien dit bepaalt dat de ziektekostenverzekering eindigt zodra met of ten behoeve van de verzekerde een zorgverzekering met een andere zorgverzekeraar wordt gesloten.<sup>1</sup> Dit amendement is opgenomen in artikel 120 van de Zvw.

Voorts is een motie aangenomen van de leden Omtzigt en Bakker, waarin de regering wordt verzocht om vóór de behandeling van dit wetsvoorstel met een voorstel te komen, waarmee het mogelijk wordt om de aanvullende verzekering voor ziektekosten in een collectief contract te behouden bij het verlaten van de collectiviteit.<sup>2</sup> Met genoemd artikel 120 van de Zvw wordt (materieel) invulling gegeven aan deze motie. De nietigheid van het opzeggen van de aanvullende verzekering bij het opzeggen van de zorgverzekering geldt in alle gevallen, dus ook bij opzegging vanuit een collectiviteit.

### *Gedragslijn Zorgverzekeraars Nederland*

Vanuit het oogpunt van een ordentelijke uitvoering van de Zvw onderschrijft de regering het initiatief van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) voor de overgang van verzekerden. De voorzitter van ZN, de heer Wiegel, heeft in zijn brieven van 9 december 2004 en 12 april 2005<sup>3</sup>, aangegeven dat ten behoeve van een soepele overgang naar het nieuwe zorgstelsel zorgverzekeraars hun verzekerden een non-select, integraal aanbod doen voor de hoofdverzekering en aanvullende verzekering, dat zoveel mogelijk aansluit bij de huidige dekking. De verzekerden ontvangen dit aanbod uiterlijk 16 december 2005. Met het oog op de gewenste keuzevrijheid van de verzekerde zal daarbij expliciet worden aangegeven dat de verzekerde gerechtigd is een keuze te maken voor andere verzekeringsproducten dan wel voor een andere zorgverzekeraar. Verzekerden kunnen tot 1 maart aangeven aan de verzekeraar dat zij niet instemmen met het aanbod. Tot 1 mei kunnen verzekeringsplichtigen een zorgverzekering afsluiten, met terugwerkende kracht tot 1 januari en zonder boete vanwege te laat verzekeren. Daarmee komen eventuele zorgkosten en premie-inkomsten ten laste c.q. ten gunste van de verzekeraar waarvoor de verzekerde kiest. ZN heeft het Ministerie van VWS geïnformeerd over het feit dat de NPCF de gedragslijn ondersteunt.

Overigens ging de gedragslijn van ZN oorspronkelijk uit van 1 november, als datum waarop verzekerden een aanbod van hun huidige verzekeraar ontvangen. Over de achtergrond van de nieuwe afspraken is het parlement geïnformeerd in de brief van ZN van 12 april 2005 en de brief van 13 april jongstleden<sup>4</sup>. Het verschuiven van de datum, waarop verzekerden uiterlijk een non-select, integraal aanbod krijgen voor de hoofdverzekering en aanvullende verzekering, van 1 november naar 16 december, is een gevolg van de conclusies die binnen ZN zijn getrokken op basis van onderzoek van PriceWaterhouseCoopers. Naar het oordeel van zorgverzekeraars biedt verschuiving van de datum van 1 november de beste waarborg voor een kwalitatief verantwoorde invoering van de Zvw, met name met het oog op de benodigde aanpassing van IT-processen. Zoals de voorzitter van ZN aangeeft in zijn brief, vergt de voorbereiding namelijk meer tijd dan aanvankelijk door de zorgverzekeraars was ingeschat. De regering heeft waardering voor de zorgvuldige wijze waarop zorg-

<sup>1</sup> Kamerstukken II 2004/05, 29 763, nr. 61.

<sup>2</sup> Kamerstukken II 2004/05, 29 763, nr. 51.

<sup>3</sup> Bijlage bij Kamerstukken II 2004/05 29 763, nr. 72.

<sup>4</sup> Kamerstukken II 2004/05 29 763, nr. 72.

verzekeraars vorm geven aan de invoering en heeft begrip voor de verschuiving van de uiterste datum naar 16 december.

Deze verschuiving mag evenwel niet ten koste gaan van de keuzeperiode van de verzekeringsplichtigen. Was het bij een aanbod vóór 1 november 2005 de bedoeling in dit voorstel van wet te regelen dat de verzekerde zich met terugwerkende kracht en zonder boete wegens te laat verzekeren tot 1 maart 2006 kon verzekeren (hij heeft dan vier maanden om een zorgverzekering en zorgverzekeraar te kiezen), nu de uiterste datum op 16 december komt te liggen, ligt het in de rede daar 1 mei van te maken (dit hoeft niet te worden geregeld maar volgt reeds uit de Zvw, die in artikel 5 regelt dat iemand vier maanden vanaf het ontstaan van de verzekeringsplicht heeft om zich met terugwerkende kracht en zonder boete te verzekeren). De datum van 1 mei zal in ieder geval gelden voor personen die aangeven niet op het aanbod van hun huidige verzekeraar in te willen gaan, en ook voor mensen die nu geen verzekeraar hebben en dus geen aanbod krijgen.

Een belangrijke kwestie die nog nadere beschouwing behoeft, is of verzekeren (ziekenfondsverzekeren, particulier verzekeren en deelnemers aan de publiekrechtelijke ambtelijke regelingen) die het aanbod van hun verzekeraar nog niet voor 1 januari 2006 hebben geaccepteerd en die het ook niet hebben afgewezen, met ingang van 1 januari 2006 geacht dienen te worden te zijn verzekerd volgens het aanbod en bij de in het aanbod aangewezen zorgverzekeraar. Daarbij zouden deze «niet-reageerders» dan nog tot 1 maart de gelegenheid krijgen om deze zorgverzekering alsnog te ontbinden (waarna ze vervolgens weer tot 1 mei 2006 hebben om een andere zorgverzekering te sluiten). Een dergelijke optie heeft de voorkeur van de verzekeraars en kan aantrekkelijk zijn met het oog op het bieden van duidelijkheid aan verzekeraars, verzekerden en aanbieders in de overgangsfase, zonder inbreuk te doen op de keuzevrijheid van verzekerden. In zijn brief van 12 april geeft de voorzitter van ZN op hoofdlijnen aan hoe zal worden omgegaan met premies en schades in de periode totdat de uiteindelijke keuze van de verzekeringsplichtige vast staat. Op dit moment bestudeer ik tezamen met ZN de juridische en technische mogelijkheden van de geschetste optie.

## **6.2 Overgang verzekerden in het kader van een publiekrechtelijke ziektekostenverzekering**

De Kontaktcommissie Publiekrechtelijke Ziektekostenregelingen voor ambtenaren (KPZ) behartigt op dit moment de belangen van IZA Nederland, de Interprovinciale ziektekostenregeling (IZR), en de Regeling geneeskundige verzorging politie (RGVP). Bij deze regelingen zijn ruim 860 000 personen tegen ziektekosten verzekerd. Zij nemen op grond van hun arbeidsvoorwaarden verplicht deel aan de ziektekostenregeling. De deelnemers zijn geen Wtz 1998- of Wet MOOZ-bijdragen verschuldigd. De gezinsleden zijn meeverzekerd en de post-actieven blijven deelnemen aan de regeling. De basis voor deze ziektekostenregelingen ligt in de Wet gemeenschappelijke regelingen en maakt deel uit van de collectieve arbeidsvoorwaarden van ambtenaren in dienst van de lagere overheden en het politiepersoneel.

Op 11 oktober 2004 heeft de KPZ opmerkingen gemaakt over het overgangsrecht in een brief aan de Tweede Kamer. De KPZ behoorde overigens tot de organisaties die bij de voorbereiding van het wetsvoorstel zijn geconsulteerd. In de gesprekken die met het bestuur van deze organisatie zijn gevoerd, is het onderwerp overgangsrecht ook nadrukkelijk aan de orde geweest. Daarbij is een aantal specifieke vraagstukken op tafel gelegd die voortkomen uit de beëindiging van de bestaande gemeenschappelijke regelingen als gevolg van de invoering van de Zvw. Deze vraagstukken zijn inmiddels grotendeels van een antwoord voorzien. Eén

van deze vraagstukken, te weten het waarborgen van de toegang tot de zorgverzekering en de aanvullende verzekering voor de post-actieve deelnemers aan de publiekrechtelijke regelingen, wordt nader toegelicht. ZN heeft met betrekking tot de invulling van genoemde gedragslijn het volgende aangegeven. Voor het doen van een aanbod aan alle huidige deelnemers in de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen is het voldoende dat de deelnemers worden aangeschreven over het aanbod voor de zorgverzekering en de aanvullende verzekering. Dit wordt gedaan door de IZA/IZR, respectievelijk de RGVP, voor de door IZA/IZR op te richten verzekeraar of door de verzekeraar waarmee voor de deelnemers aan (een of alle) publiekrechtelijke regelingen een collectief contract wordt overeengekomen. In combinatie met de genoemde gedragslijn van ZN biedt dit voldoende waarborgen voor de toegang tot de zorgverzekering en de aanvullende verzekering van alle huidige deelnemers aan de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen. Werkgevers- en werknemersorganisaties kunnen hier vervolgens nadere afspraken over maken om tot een betekenisvolle regeling voor de deelnemers aan de publiekrechtelijke regelingen te komen.

## **7. SALDERING IN VERBAND MET CAO-AFSPRAKEN**

De regering wenst te voorkomen dat werkgevers met ingang van 2006 zowel een tegemoetkoming ten behoeve van de ziektekostenverzekering aan werknemers moeten betalen op grond van lopende CAO-afspraken, als op grond van de Zvw een vergoeding voor de door de werknemers te betalen inkomensafhankelijke premie. Bij CAO wordt immers veelal een tegemoetkoming inzake de ziektekosten geregeld, die de werknemer van de werkgever ontvangt. Tegelijkertijd voorziet de Zvw erin dat werkgevers bijdragen aan de financiering van de verzekering door middel van een verplichte vergoeding aan hun werknemers van de door deze werknemers verschuldigde inkomensafhankelijke bijdrage over nader aangewezen loon. Deze verplichting geldt ook voor uitkeringsinstanties met betrekking tot de door uitkeringsgerechtigden verschuldigde inkomensafhankelijke bijdrage over nader aan te wijzen uitkeringen.

Om te voorkomen dat werkgevers worden geconfronteerd met dubbele lasten, is het van belang dat de CAO's tijdig worden herzien. Het is allereerst een verantwoordelijkheid van de sociale partners zelf om te bepalen op welke wijze arbeidsvoorwaardelijke afspraken worden afgestemd op de invoering van de Zvw. De regeringsvoornemens met betrekking tot de Zvw zijn reeds geruime tijd bekend. Daarnaast heeft de regering bij brief een en ander nadrukkelijk onder de aandacht gebracht van de sociale partners in de Stichting van de Arbeid.

Nochtans bestaat er, mede gezien de in de Tweede Kamer aanvaarde motie-Schippers en Bakker<sup>1</sup> aanleiding om een wettelijke voorziening te treffen voor die gevallen, waarin partijen er niet in geslaagd zijn de desbetreffende overeenkomst tijdig te wijzigen. Deze wettelijke regeling heeft het karakter van een overgangsmaatregel, waarbij de regering terughoudendheid heeft betracht. Voorzien is in een regeling die de werkgever de bevoegdheid geeft om krachtens overeenkomst verschuldigde vergoedingen in mindering te brengen op de wettelijk verschuldigde vergoeding voor de inkomensafhankelijke bijdrage. De voorgestelde regeling heeft alleen betrekking op nog niet gewijzigde overeenkomsten en het deel van de contractuele vergoedingen, dat evenredig is aan de vergoeding voor de wettelijke zorgverzekering. De bevoegdheid tot salderen geldt dus niet voor zover de op grond van een (collectieve) arbeidsovereenkomst of vergelijkbare overeenkomst verplichte bijdrage functioneert als een tegemoetkoming in de kosten van een aanvullende verzekering. Evenmin wordt afbreuk gedaan aan de verschuldigdheid van de contractuele vergoeding; bepaald wordt slechts of en in hoeverre deze in mindering

---

<sup>1</sup> Kamerstukken II, 2004/05, 29 763, nr. 54.



mag worden gebracht op de wettelijke vergoeding. De vermindering van de wettelijke vergoeding van de inkomensafhankelijke bijdrage met de bedoelde contractuele vergoedingen leidt niet tot wijzigingen in de middelen van het Zorgverzekeringsfonds. Het Zorgverzekeringsfonds wordt (mede) gevoed door de inkomensafhankelijke bijdragen (en niet door de hoogte van de wettelijke vergoeding daarvan door de werkgever) en deze ondergaan geen wijziging.

## **8. ADVIESORGANEN**

Het onderhavige voorstel van wet bevat naast de veelal technische noodzakelijke overgangsmaatregelen ook een aantal inhoudelijke voorstellen. De regering heeft dit voorstel van wet daarom bezien op de effecten ten aanzien van de administratieve lasten en deze gekwantificeerd. Het voorstel van wet is aan het Adviescollege toetsing administratieve lasten (Actal) aangeboden ter beoordeling. Aangegeven is dat de administratieve lasten die met dit voorstel van wet gemoeid zijn buitengewoon gering zijn. Actal heeft daarop besloten dit wetsvoorstel niet te selecteren voor toetsing en advies.

Nu dit wetsvoorstel niet voorziet in nieuwe regelgeving op het terrein van de verwerking van persoonsgegevens, heeft de regering dit wetsvoorstel niet voor advies voorgelegd aan het College Bescherming Persoonsgegevens.

## **9. ARTIKELSGEWIJS**

Bij het opstellen van dit wetsvoorstel is ervan uitgegaan dat de volgende wetsvoorstellen tevoren tot wet zijn verheven en in werking zijn getreden:

- de Wet toelating zorginstellingen (Kamerstukken II 2003/04, 27 659, A) (WTZi);
- de Wijziging van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998 en de Zfw 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 Zfw en enige andere wijzigingen (fraudebestrijding zorgverzekeringswetten) (Kamerstukken II 2003/04, 29 623). Dat is van belang voor het nieuwe artikel 15, onder f van de AWBZ.
- de Wet tot Vaststelling van titel 7.17 (verzekering) en titel 7.18 (lijfrente) van het nieuwe Burgerlijk Wetboek (Kamerstukken I 2002/03, 19 529, nr. 206), alsmede de (nog bij de Tweede Kamer in te dienen) Invoeringswet titel 7.17. en titel 7.18 Burgerlijk Wetboek).
- de Wet financiering sociale verzekeringen (Wfsv) en de Invoeringswet Wet financiering sociale verzekeringen (IWfsv).

## **HOOFDSTUK 1. DEFINITIES**

### Artikel 1

De in dit artikel opgenomen begripsomschrijvingen gelden voor de hele wet, behalve voor de artikelen 2.1.3 en 2.1.4, 2.4.1 en 2.4.2, artikel 3.1.1, en de artikelen 3.2.1 tot en met 3.8.23. De genoemde artikelen strekken (met uitzondering van de artikelen 2.1.3 en 2.1.4) namelijk tot wijziging (of intrekking) van andere wetten, die hun eigen definitie-bepalingen kennen.

## HOOFDSTUK 2. INVOERING VAN DE ZORGVERZEKERINGSWET

### *Paragraaf 2.1 Overgangsrecht Zfw*

#### **Artikel 2.1.1**

Bij de invoering van de Zvw op 1 januari 2006 vervalt de Zfw. Alle ingezetenen zijn vanaf 1 januari 2006 verzekeringsplichtig ingevolge de Zvw en moeten door de zorgverzekeraars worden geaccepteerd voor een zorgverzekeringsovereenkomst naar hun keuze. De voorheen onder de dekking van de Zfw vallende zorg die zij behoeven, is vanaf 1 januari 2006 gedekt door de zorgverzekering. Hierbij zij opgemerkt dat dit uitzondering lijdt ingeval een behandeling behoort tot een dbc die voor 1 januari 2006 is begonnen en pas in 2006 wordt afgesloten; na die afsluiting wordt ingevolge de WTG één ongedeelde tarief in rekening gebracht. Dit tarief komt ten laste van de verzekeraar bij welke de betrokken patiënt verzekerd was op het tijdstip waarop de dbc werd geopend. Dat betekent dat rekeningen voor in 2005 geopende en in 2006 afgesloten dbc's van mensen die in 2005 ziekenfondsverzekerde waren, nog ten laste komen van hun (oude) ziekenfonds.

#### **Artikel 2.1.2**

Met de intrekking van de Zfw zijn uiteraard nog niet de werkzaamheden ter uitvoering van de wet direct afgerond. De uitvoering van de verzekering over de voor de intrekking liggende periode dient uiteraard zorgvuldig te worden afgewikkeld. Voor de vaststelling van rechten en plichten van de verzekerden en de ziekenfondsen jegens elkaar en van ziekenfondsen en zorgaanbieders jegens elkaar over die periode blijven op grond van artikel 2.1.2 in beginsel de regels van toepassing die toen golden.

De bepalingen van de Zfw die betrekking hebben op de uitvoering van die wet door ziekenfondsen en de bepalingen die de verplichtingen van ziekenfondsen jegens het CVZ en het CTZ regelen, alsmede de bepalingen die bevoegdheden van het CVZ en het CTZ jegens de ziekenfondsen regelen, vervallen weliswaar, maar toch zullen de ziekenfondsen en de colleges nog een zekere tijd bezig zijn met de afwikkeling van de uitvoering van de wet; de bedoelde bepalingen zullen daarom nog enige tijd van kracht moeten blijven. Daarnaast moeten er enige bepalingen worden vastgesteld die specifiek zijn toegesneden op de afwikkeling van de ziekenfondsverzekering; die bepalingen bevatten verplichtingen voor de bestuursorganen die bij de uitvoering van de wet een rol vervullen. Het eerste lid geeft als overgangsregel dat het bepaalde bij of krachtens de Zfw van kracht blijft terzake van de afwikkeling van die wet.

Aanspraken, rechten en verplichtingen van verzekerden die voortvloeien uit het bepaalde bij of krachtens de Zfw, worden in beginsel beheerst door het oude recht. Dat geldt ook voor de verhoudingen tussen ziekenfondsen, CVZ en CTZ. De afwikkeling door de ziekenfondsen en colleges moet in beginsel gebeuren volgens de regels van de dan inmiddels vervallen Zfw. Dat is noodzakelijk om te komen tot een zorgvuldige afwikkeling.

Voorts brengt het eerste lid met zich mee dat alle wettelijke bepalingen, met inbegrip van wettelijke regels op het gebied van bezwaar en beroep, die betrekking hebben op of verband houden met de uitvoering van de Zfw, eveneens van toepassing blijven, behoudens voor zover terzake in deze wet afwijkende regels zijn gesteld. Dit geldt ook ten aanzien van bezwaar en beroep tegen een besluit op grond van de Zfw, indien dat na de inwerkingtreding van artikel 2.1.1 is genomen.

Besluiten die zijn gebaseerd op paragraaf 2.1 vloeien niet voort uit de werking van de Zfw, en vallen daarom niet onder het bereik van het eerste lid. Om die reden geeft het tweede lid voor dergelijke besluiten een rege-

ling voor bezwaar en beroep, die aansluit bij de regeling voor geschillen in het recht zoals dat gold voor 1 januari 2006. Dit betekent feitelijk, net als in de huidige situatie, dat de concrete rechtsgang afhankelijk is van het concrete geschil. Zo zal bijvoorbeeld op een beroep van een verzekerde op grond van artikel 2.1.5 uiteindelijk in hoogste instantie uitspraak worden gedaan door de Centrale Raad van Beroep, omdat de Zfw op de bijlage bij de Beroepswet is opgenomen. Anderzijds zal bijvoorbeeld een beroep door een ziekenfonds in verband met het bepaalde in artikel 2.1.9 op grond van artikel 77 van de Zfw worden behandeld door de Afdeling bestuursrechtspraak van de Raad van State.

Het derde lid regelt uitdrukkelijk dat een ziekenfonds dat voor 2006 als zodanig werkzaam was, die hoedanigheid behoudt terzake van de afwikkeling van de Zfw. Een ziekenfonds dat met ingang van 2006 actief is als zorgverzekeraar, blijft derhalve gehouden tot de afwikkeling van de Zfw, en behoudt in zoverre ook de hoedanigheid van bestuursorgaan in de zin van de Algemene wet bestuursrecht.

In het vierde lid is op de bestuursorganen die bij de uitvoering van de Zfw een taak hadden, de verplichting gelegd zorg te dragen voor een zorgvuldige afwikkeling van de uitvoering van de Zfw. Die bestuursorganen zijn de ziekenfondsen en de genoemde colleges. De kern van deze bepaling wordt gevormd door de woorden «overeenkomstig de bepalingen van deze wet». Daarmee is tot uitdrukking gebracht dat zij daarbij te werk moeten gaan volgens de regels van paragraaf 2.1 van de I&A-Wet Zvw. Dat op deze bestuursorganen (mede) het bepaalde bij of krachtens de Zfw van toepassing is, vloeit reeds voort uit het bepaalde in het eerste lid. Op de naleving van deze verplichting kan worden toegezien en zonodig kan ook corrigerend worden ingegrepen met behulp van het oude instrumentarium.

#### **Artikel 2.1.3 en 2.1.4**

Door het intrekken van de Zfw vervallen ook de artikelen die regelen dat er een CVZ en een CTZ is.

De continuïteit van deze bestuursorganen wordt in de artikelen 2.1.3 en 2.1.4 geregeld door vast te stellen dat het bestaan van de colleges voortaan berust op de nieuwe wettelijke grondslag. De leden van het CVZ en het CTZ zijn benoemd tot 1 januari 2006, zodat kan worden afgezien van een overgangsregeling met betrekking tot benoemingen uit het verleden.

#### **Artikel 2.1.5**

In het eerste lid wordt bepaald dat zorgaanbieders tot 1 januari 2008 bij de ziekenfonds-verzekerde kosten van zorg kunnen vorderen, terzake waarvan de verzekerde aanspraak heeft op vergoeding door het ziekenfonds. Met inachtneming van het bepaalde bij en krachtens de artikelen 9 tot en met 11b van de Zfw kunnen verzekerden in gevallen waarin de zorg niet in natura is verstrekt, aanspraak maken op vergoeding van de kosten van zorg door het ziekenfonds. Zorgaanbieders zijn ten behoeve van de facturering van de kosten doorgaans op de hoogte van de wijze van verzekering van degene aan wie de zorg is verleend. Bovendien hebben zorgaanbieders er geen belang bij om het in rekening brengen van kosten van verleende zorg lang uit te stellen; aannemelijk is dat zij ruim vóór 1 januari 2008 hun nota's zullen hebben verzonden. Nochtans is in het belang van een zorgvuldige en voortvarende afwikkeling van de Zfw uitdrukkelijk bepaald dat de zorgaanbieder de nota voor 1 januari 2008 aan de verzekerde zendt.

In het tweede lid van dit artikel wordt bepaald dat aanspraken van verzekerden op vergoeding van kosten ingevolge de Zfw vervallen, indien verzoeken tot betaling van de vergoeding niet voor 1 april 2008 bij het

ziekenfonds zijn ingediend. Aan de verzekerde staat derhalve een toereikende periode (van ten minste drie maanden) ter beschikking om de rekening bij het ziekenfonds in te dienen. Gelet op het feit dat verstrekking in natura in de Zfw voorop staat en er slechts beperkt sprake is van vergoeding van door verzekerden zelf gemaakte kosten, zal die periode naar verwachting voor verzekerden voldoende zijn om hun vergoedingen aan te vragen. Voor de aanspraken in natura behoeft in dit verband uit de aard der zaak niets te worden geregeld.

Voor de aanspraak op een no-claimteruggave ligt het initiatief bij het ziekenfonds; het ziekenfonds zal ultimo maart 2006 de eerste no-claimteruggave met de verzekerden verrekenen en kan, als daar in verband met later ontvangen informatie over door de verzekerde gemaakte zorgkosten aanleiding toe is, ultimo maart 2007 een herziene afrekening aan de verzekerde zenden.

#### **Artikel 2.1.6**

De door ziekenfondsen met zorgaanbieders in het kader van de Zfw gesloten (medewerkers-) overeenkomsten hebben betrekking op de levering van zorg door de zorgaanbieders aan de Zfw-verzekerden van het ziekenfonds. De Zvw geeft de zorgverzekeraars de vrijheid zelf te bepalen of zij aan hun verzekerden zorg zullen leveren (en daartoe overeenkomsten met zorgaanbieders sluiten) dan wel de kosten van zorg zullen vergoeden. In die wet zijn dan ook geen bepalingen meer opgenomen die verplichten tot het sluiten van overeenkomsten met zorgaanbieders of die de inhoud daarvan regelen. Zorgverzekeraars die kiezen voor het vergoeden van gemaakte kosten, zullen daarom geen belang meer hebben bij het voortzetten van onder het Zfw-regime gesloten overeenkomsten. Zorgverzekeraars die hun verzekerden wel zorg in natura willen leveren, zullen wellicht tot andere afspraken met de zorgaanbieders willen komen dan zij onder het Zfw-regime hebben gemaakt. Mogelijk willen ook zorgaanbieders de nieuwe situatie aangrijpen om nieuwe overeenkomsten te sluiten. Indien beide partijen de oude overeenkomst willen opzeggen of wijzigen, is dat uiteraard zonder meer mogelijk. Voor het geval een van de partijen daaraan niet wil meewerken, bepaalt artikel 2.1.6, eerste lid, dat beide partijen het recht hebben de bestaande overeenkomsten met een termijn van twee maanden op te zeggen, ook voor zover die overeenkomst anders bepaalt. Hierbij dient overigens te worden bedacht dat de bepaling slechts in een beperkt aantal gevallen betekenis zal hebben, omdat alle betrokkenen sinds lange tijd op de hoogte zijn van de invoering van de Zvw per 1 januari 2006 en daarop dus hebben kunnen anticiperen. Veel overeenkomsten zullen daarom al voordien zijn opgezegd of vervangen door een nieuwe.

In het tweede lid is geregeld dat de zorgaanbieders die op grond van een overeenkomst in het kader van de Zfw nog een vordering hebben op een ziekenfonds, hun declaratie voor 1 januari 2008 aan het ziekenfonds moeten zenden op straffe van verval van hun vorderingsrecht. Deze afwijking van de algemene regeling in het Burgerlijk Wetboek is redelijk, noodzakelijk en gerechtvaardigd in het licht van het belang van een zorgvuldige en voortvarende afwikkeling van de Zfw. Bij het bepalen van de termijn is rekening gehouden met het najlen van de afrekening van dbc's.

#### **Artikel 2.1.7**

Op grond van de van toepassing blijvende artikelen van de Zfw moeten ziekenfondsen in 2006 een verslag en verantwoording indienen over de uitvoering van de Zfw in 2005. Na controle stelt het CVZ in beginsel in 2006 een eerste afrekening op. Het zal duidelijk zijn dat de definitieve afrekening over 2005, en mogelijk ook over een aantal voorafgaande jaren, in de praktijk nog enige jaren op zich laat wachten. Zie ook de voor-

gaande artikelen en paragraaf 2.1 van het algemeen deel van de memorie van toelichting die duidelijk maken dat ook de ziekenfondsen in 2006 nog geen volledig beeld kunnen hebben van de voor rekening van de Zfw komende kosten.

Als de ziekenfondsen de stukken over 2005 hebben ingediend, hebben zij in beginsel voldaan aan de verplichting om op grond van de artikelen 43e en 43f Zfw jaarlijks een verslag en verantwoording in te dienen. Toegespitst op de afwikkeling van de uitvoering van de Zfw, is nu in artikel 2.1.7 expliciet geregeld dat de ziekenfondsen uiterlijk 1 november 2008 een eindafrekening en verantwoording moeten indienen.

Verder is in het tweede lid geregeld dat het CVZ uiterlijk 1 juli 2009 de eindafrekening (nadere vaststelling) met alle ziekenfondsen over 2005 en eerdere jaren moet hebben afgerond.

Het derde lid houdt rekening met de mogelijkheid dat pas na het in het eerste lid bedoelde tijdstip waarop de in dat lid bedoelde verslagen aan het CVZ zijn gezonden (dat variabel is, maar uiterlijk 31 oktober 2008), komt vast te staan dat een ziekenfonds nog een vordering aan een zorgaanbieder of aan een verzekerde moet voldoen in het kader van de uitvoering van de Zfw, dan wel pas na het in het eerste lid bedoelde tijdstip betaling ontvangt terzake van een door het ziekenfonds ingestelde vordering. Een dergelijke gedane of ontvangen betaling kan dan niet worden meegenomen in de eindafrekening. Alleen vorderingen van zorgaanbieders die zijn ingesteld voor 1 januari 2008 komen op grond van artikel 2.1.5 en 2.1.6 voor vergoeding door het ziekenfonds in aanmerking. Als het een vordering betreft die is ingesteld voor 1 januari 2008, maar ten aanzien waarvan pas na het in het eerste lid bedoelde tijdstip onherroepelijk wordt vastgesteld dat het ziekenfonds gehouden is tot betaling, komt die betaling ten laste van (de reserve van) het ziekenfonds of zijn rechtsopvolger onder algemene titel. Betalingen die het ziekenfonds ontvangt na het in het eerste lid bedoelde tijdstip, komen ten gunste van (de reserve van) het ziekenfonds.

#### **Artikel 2.1.8**

Nadat het CVZ -op basis van door het CTZ uitgevoerd onderzoek- heeft afgerekend met de ziekenfondsen, zal het CTZ een eindrapportage aan de minister moeten verzorgen per ziekenfonds over de rechtmatigheid van de uitvoering van de afwikkeling van de Zfw. In het jaar 2006 zal een dergelijke rapportage, zoals jaarlijks gebruikelijk, dan al zijn uitgebracht over het jaar 2005.

#### **Artikel 2.1.9**

Artikel 43d Zfw regelt dat ziekenfondsen de met de uitvoering van de Zfw opgebouwde reserves moeten afdragen ingeval van (in de sfeer van het ziekenfonds liggende) liquidatie of verlies van toelating door een ziekenfonds. Deze collectieve middelen blijven daardoor beschikbaar voor de uitvoering van de sociale ziektekostenverzekering. Die bepaling is weliswaar niet toegesneden op de aan de orde zijnde situatie, waarbij het wettelijke systeem van de Zfw komt te vervallen, maar ook in die situatie geldt uiteraard het uitgangspunt dat het gaat om collectieve middelen die voor de sociale ziektekostenverzekering beschikbaar moeten blijven. Daarom bepaalt artikel 2.1.9 dat de ziekenfondsen na de afrekening met het CVZ per 1 juli 2009 in beginsel de voor de uitvoering van de Zfw gereserveerde gelden (de ziekenfondsreserve) moeten afdragen aan de Algemene Kas.

Het is echter de bedoeling dat ziekenfondsen die dat wensen, werkzaam kunnen zijn als zorgverzekeraar in het kader van de Zvw. Het is niet onaanvaardbaar dat veel ziekenfondsverzekerden per 1 januari 2006 verzekerd willen blijven bij het ziekenfonds (als zorgverzekeraar) waarbij zij voordien

ingeschreven waren. Daarom is in het tweede lid bepaald dat afdracht aan de Algemene Kas achterwege kan blijven, mits het ziekenfonds (of zijn rechtsopvolger onder algemene titel) heeft voldaan aan artikel 25, eerste en tweede lid, van de Zvw (d.w.z. zich heeft aangemeld als zorgverzekeraar en zijn modelpolissen heeft overgelegd). Aldus kan het ziekenfonds voldoen aan de op grond van de Wtv 1993 geldende solvabiliteits-eisen.

Ingevolge het derde lid geldt daarbij echter nog een andere voorwaarde. De ziekenfondsreserve kan door het ziekenfonds of de rechtsopvolger slechts worden behouden indien en voor zover de statuten waarborgen dat het ziekenfonds gedurende minimaal gedurende tien jaren na 1 januari 2006 werkzaam is als zorgverzekeraar zonder winstoogmerk.

#### **Artikel 2.1.10**

Artikel 1s van de Zfw verplicht het CVZ jaarlijks een financieel verslag met betrekking tot de Algemene Kas in te dienen over de uitgaven en ontvangsten in het voorafgaande kalenderjaar. Zo zal het CVZ eind 2006 moeten rapporteren over de uitgaven en ontvangsten in 2005. Voor de resterende periode van de afwikkeling van de Zfw kan worden volstaan met een slotafrekening inzake de Algemene Kas. In artikel 2.1.10 is geregeld dat zo'n verslag over de periode van 1 januari 2006 tot 31 december 2009 voor 1 maart 2010 moet worden ingediend.

#### **Artikel 2.1.11**

Deze bepaling regelt dat het saldo van de Algemene Kas naar de situatie op 1 januari 2010 ten bate of ten laste komt van 's Rijks schatkist.

#### **Artikel 2.1.12**

Bepaald is dat baten en lasten van afrekeningen met ziekenfondsen, ten goede komen aan of ten laste komen van de Algemene Kas.

#### **Artikel 2.1.13**

Omdat tevoren niet volledig is te voorzien of er nog andere voorzieningen moeten worden getroffen inzake de afwikkeling van de Zfw, is voorzien in de bevoegdheid voor de minister om regels te stellen die daarvoor noodzakelijk zijn.

*Paragraaf 2.2 Overgangsrecht Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998*

#### **Artikel 2.2.1**

Door de totstandkoming van de Zvw is er sprake van één wettelijk verzekeringsregime voor noodzakelijke zorg voor alle ingezetenen van Nederland. Aan een wettelijk vastgestelde standaardpolis voor risicogroepen die zonder een dergelijke voorziening voorheen niet op acceptabele voorwaarden toegang tot de gezondheidszorg zouden hebben, bestaat daarmee niet langer behoefte. Om die reden wordt de Wtz 1998 met ingang van 1 januari 2006 ingetrokken (artikel 2.2.1). De intrekking van de Wtz 1998 heeft niet rechtstreeks gevolgen voor de op grond van die wet gesloten overeenkomsten van standaardverzekering. Deze privaatrechtelijke overeenkomsten kunnen door partijen uiteraard op de gebruikelijke wijze worden opgezegd, maar vervallen (gedeeltelijk) op grond van artikel 2.5.2 van de onderhavige wet, waarin overeenkomstig artikel 119 Zvw wordt geregeld dat ziektekostenverzekeringen voor personen, voor wie met ingang van 1 januari 2006 een zorgverzekering

wordt aangegaan, voor zover daaraan rechten kunnen worden ontleend, gelijkwaardig aan die welke uit de zorgverzekering voortvloeien, vervallen. Degenen die nu een standaardpakketpolis hebben, maar niet verzekeringsplichtig zijn ingevolge de Zvw (dat wil zeggen: in het buitenland wonende Wtz-verzekerden), zullen (na aanpassing van een bijlage bij Verordening nr. 1408/71) recht hebben op geneeskundige zorg zoals voorzien in de wetgeving van hun woonland en zullen op grond van artikel 69 Zvw daarvoor een bijdrage aan het CVZ verschuldigd zijn.

### **Artikel 2.2.2**

Op grond van artikel 2.2.2, eerste lid, blijft de Wtz 1998, zoals die op het tijdstip van intrekking luidde, van toepassing blijft op de afwikkeling van die oude jaren.

Dat betekent dat verzekerden en ziektekostenverzekeraars gehouden blijven met betrekking tot voor het tijdstip van intrekking van de wet verstreken kalenderjaren hun verplichtingen na te komen. Zo zullen verzekerden verplicht blijven de premie en omslagbijdragen over verstreken jaren te betalen en recht houden op vergoeding van kosten over die jaren. Ook blijft voor de ziektekostenverzekeraars verrekening van de omslagbijdragen met het uitvoeringsorgaan plaatsvinden. Het betekent ook dat het uitvoeringsorgaan gedurende de afwikkeling gehouden blijft aan de in de wet gestelde regels te voldoen (waaronder de jaarlijks in te dienen begroting van uitvoeringskosten en de goedkeuring ervan ingevolge artikel 22, eerste lid, van de Wtz 1998). De kosten van de afwikkeling komen in beginsel ten laste van de voorziening die ingevolge artikel 16 van de Wtz 1998 is getroffen met het oog op de beëindiging van de omslagregeling.

Het jaar 2005 is het laatste jaar waarvoor ziektekostenverzekeraars door middel van een omslagbijdrage schadeloos worden gesteld voor de uitvoering van de Wtz 1998. Uiteraard zal de afwikkeling van claims van de ziektekostenverzekeraars over oude jaren nog enige tijd kosten; dat hangt samen met de vertraging die kan optreden bij de indiening van claims over die oude jaren door verzekerden bij de ziektekostenverzekeraars. Overigens is in de voorwaarden van de standaardpakketpolis veelal opgenomen dat de te vergoeden nota's binnen 12 maanden na afloop van het kalenderjaar, waarin de behandeling heeft plaatsgevonden, bij de verzekeraar moeten worden ingediend.

Op enkele punten is voorzien in een specifieke voorziening ten opzichte van de Wtz 1998. Om te voorkomen dat de afwikkeling van de Wtz 1998 zich te lang zou voortslepen, is bepaald dat toepassing van artikel 8 van de Wtz 1998 slechts plaatsvindt voor zover de ziektekostenverzekeraar voor 1 juli 2008 daarom heeft verzocht. Dit betekent dat ziektekostenverzekeraars hun claims uiterlijk 30 juni 2008 zullen moeten indienen bij de aangewezen rechtspersoon (de Stichting uitvoering omslagregelingen te Houten, hierna te noemen Suo). Het toezicht op de uitvoering van de afwikkeling van de Wtz 1998 blijft bij de PVK, thans DNB.

In artikel 2.2.2, tweede lid, is bepaald dat het door de uitvoering van de Wtz 1998 gevormde vermogen, exclusief de discontinuïteitsvoorziening die ten behoeve van de wachtgeldregeling is opgebouwd, op 1 januari 2009 ten gunste of ten laste van de Algemene Kas van de Zfw komt. Dit is in lijn met het publieke karakter van de gelden die omgaan in de omslagregeling. Hiermee wordt aangesloten bij de afbouw van de Zfw en verloopt de afwikkeling van beide wetten via de Algemene Kas van de Zfw en via het CVZ.

In het derde lid is bepaald dat het CVZ vanaf 1 januari 2009 de afwikkeling voor zijn rekening neemt. Het CVZ treedt van rechtswege in de rechten en verplichtingen van de Suo met betrekking tot de afwikkeling. De Suo blijft verantwoordelijk voor de uitvoering van de wachtgeldregeling die voor haar werknemers is ingesteld. In de afgelopen periode is op basis van

artikel 16 jo. artikel 38, derde lid, van de Wtz 1998 zorg gedragen voor het opbouwen van een voorziening die in beginsel voldoende is voor de financiering van de bedragen die het uitvoeringsorgaan bij beëindiging van de omslagregeling aan de ziektekostenverzekeraars per saldo verschuldigd is. Burgers zullen in 2006 geen omslagbijdrage meer verschuldigd zijn. Mocht er na afwikkeling van de Wtz 1998 sprake zijn van een tekort of een overschot, dan komt dit ingevolge artikel 2.2.2, tweede lid, ten laste of ten gunste van de Algemene Kas van de Zfw.

Het vierde lid bepaalt dat baten en lasten in verband met de afwikkeling van de Wtz 1998, die zich manifesteren nadat het CVZ de verantwoordelijkheid voor de afwikkeling heeft gekregen, ten goede komen aan of ten laste komen van de Algemene Kas. Indien dit zich voordoet na de opheffing van de Algemene Kas, geldt hetzelfde, maar dan met betrekking tot 's Rijks schatkist.

In het vijfde en zesde lid is bepaald dat indien de voorziening die is opgebouwd ten behoeve van de wachtgeldregeling op enig moment onbenut blijft, het resterende deel daarvan op vordering van Onze Minister in 's Rijks schatkist vloeit. De reden daarvan is dat deze voorziening met publieke middelen (ten laste van de begroting van VWS) is opgebouwd. Het resterende deel van de voorziening is alleen opvorderbaar, indien vaststaat dat ook in de toekomst geen uitkeringen ten laste zullen komen van de voorziening. Op grond van het vijfde lid dient de Suo uit eigen beweging Onze Minister te informeren indien de voorziening die is opgebouwd ten behoeve van de wachtgeldregeling op enig moment onbenut blijft. De Minister kan gegevens verlangen met betrekking tot de voorziening, voorzover die van belang zijn voor de hem in het zesde lid gegevens bevoegdheid. Op eventuele geschillen hieromtrent, is artikel 2.2.4 van toepassing.

In het zevende lid is voorzien in de bevoegdheid voor de minister om eventueel noodzakelijke aanvullende overgangsregels te stellen.

### **Artikel 2.2.3**

In dit artikel is bepaald dat artikel 14, derde lid, van de Wtz, welk artikel van de oude wet is blijven gelden ingevolge artikel 35, eerste lid, van de Wtz 1998, vervalt. Daarmee is thans de gehele oude Wtz vervallen. In het tweede lid van artikel 2.2.3 is thans opnieuw voorzien in de verplichting voor de ziekenfondsen om de reserves van de vrijwillige verzekering aan te wenden op een door de ministers van VWS en Financiën aan te geven wijze. In 1999 zijn in een convenant daarover goede afspraken neergelegd; dat convenant houdt in dat deze gelden zijn ondergebracht in een Stichting Centraal Fonds RVVZ en in een tijdvak van 20 jaren zullen worden besteed aan projecten.

De formulering van het artikel komt overeen met die in de vervallen bepaling, met dien verstande dat thans expliciet tot uitdrukking is gebracht dat de verplichting met toestemming van de betrokken ministers aan een andere rechtspersoon kan worden overgedragen; aldus is uitgesloten dat de ziekenfondsen uitsluitend in verband met deze verplichting nog vele jaren zouden moeten voortbestaan.

### **Artikel 2.2.4**

Artikel 34 van de Wtz 1998 bepaalt dat tegen een op grond van die wet genomen beschikking een belanghebbende beroep kan instellen bij het College van Beroep voor het bedrijfsleven. Artikel 2.2.2, eerste lid, brengt met zich mee dat artikel 34 van de Wtz 1998 toepassing is op de afwikkeling van de wet. Besluiten die zijn gebaseerd op het overgangsrecht zelf



(bijvoorbeeld artikel 2.2.3, tweede lid), vloeien niet voort uit de werking van de Wtz 1998 tot 1 januari 2006, en vallen daarom niet onder het bereik van artikel 2.2.2. Om die reden geeft artikel 2.2.4 een regeling die ertoe leidt dat ook ten aanzien van het overgangsrecht beroep kan worden ingesteld bij het College van Beroep voor het bedrijfsleven.

### *Paragraaf 2.3 Overgangsrecht Wet MOOZ*

#### **Artikel 2.3.1**

Nu de Zfw vervalt, moet ook de Wet oververtegenwoordiging oudere ziekenfondsverzekerden (Wet MOOZ) vervallen. Deze wet regelde dat de particulier-verzekerden jaarlijks een bijdrage moesten betalen om de extra kosten van de relatieve oververtegenwoordiging van ouderen in de ziekenfondsverzekering te compenseren.

#### **Artikel 2.3.2**

De Wet MOOZ en het op basis van die wet getroffen Besluit medefinancieringsregeling bewerkstelligen een jaarlijkse solidariteitsoverdracht van particulier verzekerden aan ziekenfondsverzekerden aangezien in de ziekenfondsverzekering ouderen (van 65 jaar en ouder) relatief oververtegenwoordigd zijn.

De systematiek van de Wet MOOZ behelst – kort samengevat – dat jaarlijks wordt vastgesteld tot welke extra lasten de oververtegenwoordiging van ouderen in de ziekenfondsverzekering heeft geleid. Via het uitvoeringsorgaan van de Wet MOOZ (de *Suo*) wordt iedere particuliere ziektekostenverzekeraar jaarlijks aangeslagen voor zijn aandeel in bedoelde solidariteitsbijdrage op basis van het bij hem aangesloten aantal verzekerden.

Een jaar later kunnen verzekeraars door middel van een premieopslag bedoelde bijdragen in rekening brengen aan hun verzekerden en deze vervolgens – via de *Suo* – afdragen aan de Algemene Kas, bedoeld in de Zfw.

De werkzaamheden van de *Suo* met betrekking tot de omslagbijdrage 2004 zullen op 1 januari 2006 nagenoeg afgerond zijn. Voor het geval er nog enige werkzaamheden dienen te worden uitgevoerd, is in dit artikel geregeld dat dat geschiedt overeenkomstig de regels van de Wet MOOZ zoals die golden tot dat tijdstip. Indien bij de afwikkeling van de Wet MOOZ over 2004 een positief of negatief saldo resteert, wordt dit op grond van het tweede lid ten bate of ten laste van de Algemene Kas gebracht. Dit vloeit strikt genomen reeds voort uit het eerste lid, maar is ter wille van de duidelijkheid uitdrukkelijk bepaald. Voorts is voorzien in de mogelijkheid voor de minister om eventueel noodzakelijke aanvullende regels te stellen.

### *Paragraaf 2.4 Wijzigingen in de Wzt en de Zvw*

#### **Artikel 2.4.1**

A

##### *subonderdeel 1*

Verwezen wordt naar de toelichting op artikel 2.4.2, onderdeel S, bij subonderdeel 2.

##### *subonderdeel 2*

Ten gevolge van het amendement op stuknummer 19 op het wetsvoorstel **Wet op de zorgtoeslag** (Kamerstukken II 2003/04, 29 762 e.v.) is een artikel 2a toegevoegd, dat in de versie van het wetsvoorstel zoals dat naar

de Eerste Kamer is gezonden, artikel 3 is geworden. Daardoor is ook het oorspronkelijke artikel 3, waarin de standaardpremie werd geregeld, tot artikel 4 vernummerd. Vergeten is echter tegelijkertijd de verwijzing in artikel 1, onderdeel f, naar artikel 3, mee te wijzigen. Dat gebeurt hier alsnog.

B

In dit onderdeel worden de percentages genoemd in artikel 2, derde lid, eerste zin gewijzigd. Deze percentages voor de zorgtoeslag zorgen voor een duidelijk zichtbare en herkenbare compensatie.

C

Dit onderdeel betreft een louter redactionele wijziging.

#### **Artikel 2.4.2**

A

##### *subonderdeel 1*

De verwijzing naar «geneeskundige» zorg in artikel 1, eerste lid, onderdeel f, van de **Zvw** kan ten onrechte de indruk wekken dat een verzekeringsovereenkomst reeds een overeenkomst is indien deze slechts het risico van behoefte aan zorg, bedoeld in artikel 10, onderdeel a, dekt. Maar een zorgverzekering dient uiteraard het risico van behoefte aan alle vormen van de in artikel 10 bedoelde zorg en overige diensten te dekken. Daarom wordt voorgesteld het woord «geneeskundige» in onderdeel f te schrappen en «overige diensten» toe te voegen. Voor de passage «als bedoeld in artikel 10» is, hoewel dit niet overeenkomt met Aanwijzing voor de regelgeving 82, een komma geplaatst, om aan te geven dat deze clausule niet alleen geldt voor de «overige diensten» maar ook voor de «zorg».

##### *subonderdeel 2*

Op grond van artikel 3 Zvw dient een zorgverzekeraar iedere door hem aangeboden variant van de zorgverzekering in een modelovereenkomst neer te leggen en aan aspirant verzekeringnemers ter beschikking te stellen. Daarbij geldt wel dat varianten die slechts wat betreft de staffels vrijwillig eigen risico en de daarbij behorende premiekortingen van elkaar afwijken of die slechts van elkaar afwijken omdat in geval van deelnemerschap aan een collectiviteit een premiekorting geldt en anders niet, in één modelovereenkomst mogen worden neergelegd.

Bij amendement op stuknummer 37 bij het wetsvoorstel Zvw (Kamerstukken II 2003/04, 29 763, nrs. 1–3 e.v.) is een definitie van «modelovereenkomst» in artikel 1, onderdeel i, opgenomen. Die definitie is niet geheel juist. Allereerst strookt de definitie daar waar deze stelt dat de modelovereenkomst een «voorbeeld zorgpolis (van de zorgverzekering) is, bestaande uit polisbladen» niet met de definitie van «zorgpolis» in onderdeel j van artikel 1. De zorgpolis is namelijk de schriftelijke neerslag van de werkelijk tussen de zorgverzekeraar en de verzekeringnemer gesloten zorgverzekering, oftewel een «geïndividualiseerd» stuk. Een «voorbeeld zorgpolis» is daarmee een contradictio in terminis. Om gelijksoortige redenen is het onmogelijk om «de premie, (...), het gekozen eigen risico en de collectiviteitskorting» in een modelpolis op te nemen: ook deze hangen af van wat de verzekeringnemer in zijn individuele geval gekozen heeft, komen in de zorgpolis terecht maar kunnen niet al in de modelovereenkomst staan. Kort gezegd is de volgorde aldus, dat een aspirant verzekeringnemer een keuze maakt uit de beschikbare model-

overeenkomsten, deze keuze kenbaar maakt aan de zorgverzekeraar die dat model voert, dat aldus een -nog niet in een schriftelijk stuk belegde- zorgverzekering tot stand komt zodra de verzekeringnemer de gegevens, bedoeld in artikel 5 Zvw heeft verschaft, en dat vervolgens de inhoud van de gesloten zorgverzekering in de zorgpolis -die tevens als bewijsstuk dient- terechtkomt.

Het voorgestelde onderdeel i bevat een juiste definitie van de model-overeenkomst: een model van een zorgverzekering, waarin een overzicht wordt gegeven van de rechten en plichten die de verzekeringnemer, de verzekerde en de zorgverzekeraar jegens elkaar zullen hebben indien een overeenkomst volgens het desbetreffende model wordt gesloten. Dat betekent dat in de modelovereenkomst in ieder geval moeten staan:

- bepalingen over het begin en het einde van de verzekering (hoofdstuk 2 Zvw)
- wat het te verzekeringen risico is (art. 10 Zvw)
- wat de verzekerde prestaties zijn, welke vormen van zorg de verzekerde van gecontracteerde zorgaanbieders moet betrekken, hoe de (gedeeltelijke) kostenvergoeding wordt vastgesteld indien hij dat niet doet, voor welke vormen van zorg hij een verwijzing of een toestemming vooraf moet hebben (artt. 11 tot en met 14 Zvw)
- de premiegrondslag (artt. 16 en 17 Zvw)
- de voorwaarden voor de no-claimteruggave (art. 18 Zvw)
- of, en zo ja, welke staffels eigen risico worden aangeboden en wat de bijbehorende premiekortingen zijn (artt. 19 tot met 21 Zvw)
- of de mogelijkheid bestaat om een collectiviteitskorting te bedingen (art. 18 Zvw)
- wederzijdse administratieve verplichtingen (zoals bij een restitutieverzekering bijvoorbeeld een bepaling over wanneer een verzekerde uiterlijk zijn nota's kan indienen, willen deze nog vergoed worden).

Het is niet nodig al deze onderwerpen afzonderlijk in de definitie van modelovereenkomst te benoemen. De verplichting dat deze «een overzicht moet geven van de rechten en plichten die de verzekeringnemer, de verzekerde en de zorgverzekeraar jegens elkaar zullen hebben» leidt daar namelijk al toe. Overigens is op enkele plaatsen in de wet, namelijk daar waar anders mogelijk onduidelijkheid zou bestaan over de verplichting of iets in een modelovereenkomst moet worden opgenomen, wel geëxpliciteerd dat dat moet (zie bijvoorbeeld de artikelen 17, zesde lid, en 19, derde lid, Zvw).

B, R, subonderdeel 1, S

Na aanvaarding van de wetsvoorstellen Wet financiering sociale verzekeringen (Wfsv) en de Invoeringswet Wet financiering sociale verzekeringen (IWfsv) door de Staten-Generaal, zijn de artikelen van die wetten doorlopend genummerd. De voorliggende wijzigingen strekken ertoe naar de juiste hernummerde bepaling van de Wfsv, zoals gepubliceerd in Staatsblad 2005, 36, te verwijzen.

C

Deze wijziging sterkt ertoe artikel 3, vierde lid, van de Zvw gemakkelijker leesbaar te maken.

D

Indien DNB een vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf (gedeeltelijk) intrekt, leidt dat ertoe dat de debsbetreffende schadeverzekeringen niet meer mogen worden aangeboden. Ze mogen echter

nog wel worden afgewikkeld. Daarom is de toevoeging «of uitvoeren» in artikel 6, eerste lid, onderdeel a, Zvw niet juist. Overigens leidt het schrappen van deze woorden voor de zorgverzekeringen niet tot een beleidswijziging, aangezien het intrekken van de vergunning tot het uitoefenen van het schadeverzekeringsbedrijf voor de branches 1 of 2 ten gevolge van de aanhef van artikel 6, eerste lid, en (de rest van) onderdeel a, nog steeds leidt tot het van rechtswege eindigen van de zorgverzekeringen van de desbetreffende verzekeraar. De regering acht het, gezien het belang van de zorgverzekeringen, namelijk ongewenst dat een verzekeraar die ten gevolge van de (gedeeltelijke) intrekking van zijn vergunning geen zorgverzekeringen meer mag aanbieden, zijn bestaande zorgverzekeringen nog zou mogen blijven uitvoeren.

## E

Zoals in de memorie van toelichting op artikel 8 Zvw is aangegeven (Kamerstukken II 2003/04, 29 763, nr. 3, pp. 98 en 99), beoogt artikel 8, eerste lid, onder meer ervoor te zorgen, dat bij beëindiging van de zorgverzekering wegens het niet betalen van de premie, partijen reeds jegens elkaar verrichte prestaties niet ongedaan hoeven te maken. Gezien de artikelen 6:269 juncto 6:271 BW, regelt het huidige artikel 8, eerste lid, Zvw, dit echter onvolledig. Met voorliggende wijziging wordt alsnog een dekkende regeling tot stand gebracht.

## F, H, M (deels), V, AP

Door middel van het amendement op het stuknummer 40 bij het wetsvoorstel Zvw is een tweede zin aan artikel 11, derde lid, Zvw toegevoegd. De eerste wijziging in onderdeel F strekt ertoe van die nieuwe zin een afzonderlijk lid te maken, en daarmee de redactie van artikel 11 gelijk te maken aan die van de rest van de wet. Die gaat namelijk uit van één zin per artikellid.

Het amendement op stuknummer 40 beoogde ervoor te zorgen dat de nadere invulling van de inhoud en de omvang van het te verzekeren pakket zoveel mogelijk bij amvb geschiedt. De eigen bijdragen mogen echter, zo is in de toelichting op het amendement aangegeven, tezamen met de indexering van ervan, worden vastgesteld in een op die amvb berustende ministeriële regeling. De wijze waarop deze uitzondering in onderdeel c is geformuleerd, kan echter verwarring wekken over de vraag of nu de hoogte bij ministeriële regeling mag worden vastgesteld dan wel of slechts de wijze waarop de verschuldigde bijdragen wordt vastgesteld mag worden geregeld, alsmede de indexering van die bijdragen (waarvan dan de initiële hoogte bij amvb wordt vastgesteld). Het eerste is, gezien eerdergenoemde toelichting, de bedoeling. Dat wordt in voorliggend onderdeel duidelijker geregeld. Nu indexering onderdeel uitmaakt van de bepaling van de hoogte van de eigen bijdragen, hoeft niet meer afzonderlijk te worden geregeld dat ook regels over de indexering kunnen worden gesteld.

## H

Zoals bij onderdeel F reeds is aangegeven, beoogde het amendement op stuknummer 40 op het wetsvoorstel Zvw ervoor te zorgen dat de nadere invulling van de inhoud en de omvang van het te verzekeren pakket zoveel mogelijk bij amvb geschiedt. De hoogte van een eigen bijdrage mag echter bij een op die amvb te baseren ministeriële regeling worden bepaald. Omdat uiteraard de hoogte van de bijdrage ook voor de toepassing van artikel 13, derde lid, Zvw van belang is, dient het «Indien bij de

amvb, bedoeld in artikel 11, derde lid» van de aanhef van dat lid, te worden veranderd in «Indien bij of krachtens de amvb, bedoeld in artikel 11».

I

Na aanvaarding van het wetsvoorstel Zvw door de Tweede Kamer is mij gebleken dat werkgevers vaak niet alleen collectiviteitskortingen op verzekeringen voor hun werknemers bedingen, maar ook voor de gezinsleden van die werknemers. Naar de letter van het huidige artikel 18 Zvw zou dit voor zorgverzekeringen slechts mogelijk zijn met gebruikmaking van het vijfde lid van dat artikel, hetgeen ertoe zou leiden dat de werkgever een afzonderlijke rechtspersoon zou moeten oprichten die tot doel zou moeten hebben de belangenbehartiging van zijn werknemers én hun gezinsleden. Omdat werkgevers aldus met onnodige administratieve lasten te maken zouden krijgen, wordt met voorliggend onderdeel artikel 18 Zvw zo gewijzigd, dat werkgevers ook direct tezamen met kortingen voor hun werknemers kortingen voor hun gezinsleden kunnen bedingen.

J en K

Bij amendement op stuknummer 39 is artikel 20 Zvw zo gewijzigd, dat een zorgverzekeraar de premiekorting voor een eigen risico van het aantal kalenderjaren waarvoor een eigen risico geldt, mag laten afhangen. Dit amendement kende echter een aantal technische onvolkomenheden, die met de onderdelen J en K worden hersteld. Allereerst dient de mogelijkheid om de premiekorting van het aantal jaren eigen risico te laten afhangen, gezien de inhoud van beide artikelen, in artikel 19 Zvw in plaats van in artikel 20 Zvw te worden opgenomen. Daarnaast is het de bedoeling, dat de extra korting voor het aantal jaren eigen risico gaat lopen vanaf het jaar waarvoor men een eigen risico heeft gekozen (waarbij, in geval van overstap van de ene naar de andere verzekeraar, de nieuwe verzekeraar het aantal bij de vorige verzekeraar opgebouwde jaren mag laten meetellen, mits hij dit in zijn modelovereenkomst aangeeft). Met de bij het amendement ingevoegde formulering «De premiekorting geldt vanaf de dag waarop de nieuwe verzekering ingaat.» wordt dit echter niet afdoende geregeld. Zo brengt deze formulering bijvoorbeeld met zich, dat het aantal verzekerde jaren niet mee mag tellen als een verzekerde bij dezelfde zorgverzekeraar voor een andere variant van de zorgverzekering - dus een nieuwe zorgverzekering - kiest, of als hij naar een nieuwe zorgverzekeraar overstapt. Het in onderdeel J voorgestelde artikel 19, derde lid, Zvw bereikt het beoogde doel wél. De beoogde inhoud van artikel 19, derde lid, en artikel 20, eerste lid, is aldus in een betere redactie in artikel 19, derde en vierde lid, Zvw opgenomen. Voorts is de inhoud van artikel 20, tweede lid, gezien de samenhang met hetgeen in artikel 19 wordt geregeld, in een nieuw vijfde lid van laatstgenoemd artikel opgenomen.

In het aldus vrijvallende artikel 20 wordt met onderdeel K een nieuw onderwerp geregeld, waarop in het hiernavolgende wordt ingegaan.

Eind maart 2005 hebben VWS, ZN en het bestuur van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) een principe-akkoord gesloten over een nieuw bekostigingssysteem voor huisartsenzorg. De hoofdlijnen van dat systeem zijn bij brief van 8 april 2005 aan de Tweede Kamer uiteengezet (Kamerstukken II 2004/05, 29 247, nr. 24).

Daarin is onder meer aangegeven dat huisartsen of instellingen die huisartsenzorg verlenen bij inschrijving van een patiënt en vervolgens ieder jaar als tegenprestatie voor hun beschikbaarheid een bedrag in rekening zullen mogen brengen, ter hoogte van (maximaal) een op grond van de Wtg vast te stellen «beschikbaarheidstarief». Voorts is aangegeven

dat zorgverzekeraars met huisartsen of eerderbedoelde instellingen extra vergoedingen overeen kunnen komen indien zij extra werkzaamheden verrichten, indien hun patiëntenbestand zodanig afwijkt van het gemiddelde patiëntenbestand dat een hogere vergoeding in de rede ligt, of indien zij de zorg op dure locaties verlenen. Afgesproken is dat dergelijke vergoedingen, indien overeengekomen, versleuteld over de verzekerden van de desbetreffende zorgverzekeraars die de afspraken met de huisarts of instelling hebben gemaakt, tegelijk met het inschrijftarief in rekening zullen worden gebracht. Daarnaast zal voor ieder consult een bedrag in rekening kunnen worden gebracht.

De verplichting om voor het ingeschreven staan een beschikbaarheidsvergoeding te betalen, zou verzekerden die een zorgverzekering met een eigen risico hebben, ertoe kunnen bewegen zich pas bij een huisarts in te schrijven op het moment waarop zij zorg nodig hebben. Zowel vanuit het oogpunt van continuïteit van de zorgverlening aan de verzekerde, als vanuit het doel van het beschikbaarheidstarief, te weten het verlenen van een vergoeding aan de aanbieder voor zijn beschikbaarheid als leverancier voor zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, wordt dit ongewenst geacht. Daarom is besloten dat deze beschikbaarheidsvergoeding, alsmede eventuele tussen de huisarts of instelling en de zorgverzekeraar overeengekomen extra vergoedingen die de huisarts of instelling tegelijk met de beschikbaarheidsvergoeding in rekening mag brengen, buiten het eigen risico moeten blijven.

Het voorgestelde artikel 20 Zvw bevat daartoe de delegatiebasis. Bij het Besluit zorgverzekering zal worden geregeld dat de beschikbaarheidsvergoeding en eerderbedoelde extra vergoedingen buiten een eigen risico blijven. Aangezien deze kosten ook buiten de no-claimteruggave blijven (dit zal in het Besluit zorgverzekering worden geregeld) komen deze kosten in de praktijk derhalve voor rekening van de zorgverzekeraar waarbij de in te schrijven patiënt verzekerd is.

Hoewel voor het jaar 2006 reeds vaststaat dat van de delegatiebasis gebruik zal worden gemaakt, is geregeld dat vormen van zorg of diensten bij amvb *kunnen* worden aangewezen. Aldus bestaat de mogelijkheid om, indien ontwikkelingen in het zorgstelsel daar aanleiding toe geven, in het geheel geen zorg aan te wijzen waarvan de kosten buiten het eigen risico valt.

L

#### *subonderdelen 1 tot en met 3*

Personen die voor hun zorgverzekering geen premie verschuldigd zijn, dienen ook geen no-claimteruggave te kunnen ontvangen. Bij het schrijven van de Zvw is ervan uitgegaan dat het hier slechts om personen, jonger dan achttien jaar zou kunnen gaan. Premie voor een zorgverzekering is immers pas verschuldigd vanaf de eerste dag van de kalendermaand volgend op de maand waarin de verzekerden achttien wordt. Op zich is dit juist. Echter, op grond van de Europese socialezekerheidsverordening (Vo. 1408/71), de Europese Economische Ruimte (EER) en socialezekerheidsverdragen hebben niet-verzekeringsplichtige onderdanen van de Europese Unie (EU), de EER en de andere verdragsstaten die in Nederland wonen, recht op prestaties uit een zorgverzekering als zouden zij een zorgverzekering hebben gesloten. Dat geldt, als zij achttien jaar of ouder zijn, inclusief de no-claimteruggave bij beperkt zorggebruik. Daartegenover staat echter niet de plicht om de bijbehorende premie te betalen. (Als zij al premie betalen, doen zij dat aan het orgaan van de andere verdragsstaat, en vervolgens wordt de in Nederland gele-

verde zorg door het orgaan van de verdragsstaat vergoed of wordt er tussen Nederland en de verdragsstaat verrekend.) Nu deze groep niet-verzekeringsplichtigen voor hun (semi-)zorgverzekering geen premie hoeft te betalen, ligt het in de rede hen bij beperkt zorggebruik ook geen no-claimteruggave toe te kennen. Dat wordt met voorliggende wijzigingen bereikt.

#### *subonderdeel 4*

In onderdeel C van de eerste nota van wijziging op de Zvw (Kamerstukken II 2004/05, 29 763, nr. 8) werd artikel 23, tweede lid, Zvw zo aangepast dat daar – dus bij wet – in plaats van in de amvb op grond van artikel 22, geregeld wordt dat zorggebonden eigen bijdragen alsmede een deel van de rekening van de zorgaanbieder dat op grond van de vertaling, in de zorgpolis, van artikel 13 Zvw voor rekening van de verzekerde blijft, niet meetellen voor het bepalen van de hoogte van de no-claimteruggave. Ten onrechte is niet tegelijkertijd uit het vijfde lid, onderdeel a, van artikel 22 Zvw de delegatiebepaling geschrapt, die bepaalde dat dit onderwerp bij amvb geregeld zou worden. Dat gebeurt in subonderdeel 4 alsnog.

#### M

De wijziging die ertoe leidt dat mede naar artikel 11, vierde lid, Zvw wordt verwezen, hangt samen met onderdeel F. De wijziging in de manier waarop naar artikel 13, eerste lid, wordt verwezen hangt samen met het feit dat niet op grond van dat artikel een deel van de zorgkosten voor rekening van de verzekerde kan blijven, maar op grond van zijn zorgpolis, welke overigens een vertaling van artikel 13 dient te bevatten.

#### N

Door middel van het amendement op stuknummer 38 op het wetsvoorstel Zvw is geregeld dat generieke verevening slechts tot 31 december 2010 mogelijk is. Dat dient uiteraard «tot en met» 31 december 2010 te zijn.

#### O

Omdat in de Zvw slechts één soort inkomensafhankelijke bijdrage wordt geregeld, dient de aanduiding daarvan in het opschrift van hoofdstuk 5 in het enkelvoud te staan.

#### P

##### *subonderdeel 1*

In onderdeel U, derde subonderdeel, wordt voorgesteld aan artikel 69 Zvw een lid toe te voegen op grond waarvan het CVZ een boete op kan leggen aan verdragsgerechtigden die zich te laat bij het CVZ melden. Subonderdeel 1 regelt dat die boeten ten goede komen aan het Zorgverzekeringsfonds.

##### *subonderdeel 2*

Artikel 39, derde lid, onderdeel b, verwijst naar subsidies als bedoeld in artikel 68, Zvw inclusief vergoedingen die zorgverzekeraars kunnen ontvangen indien zij het CVZ bijstand verlenen bij de verstrekking daarvan. Deze vergoedingen zijn echter niet in het derde lid van artikel 68 geregeld, maar in het tweede.

#### Q

##### *subonderdeel 1*

In de aanvankelijk voorgestelde tekst van artikel 43, eerste lid, onderdeel

a, was nog geen rekening gehouden met de wijzigingen die voortvloeien uit de Invoeringswet Wet financiering sociale verzekeringen (IWfsv). De tekst is thans op dit punt aangepast.

#### *subonderdeel 2*

Overeenkomstig artikel 19 van de Wfsv wordt in het nieuwe vierde lid van artikel 43 Zvw bepaald dat geen maximumgrens voor het bijdrageinkomen geldt voor zover dat inkomen loon is en de betrokken werknemer niet of niet goed in de administratie van de werkgever staat. De Belastingdienst zal in dit geval bij de desbetreffende werkgever dus de inkomensafhankelijke bijdrage over het gehele loon heffen. De werkgever is inhoudingsplichtig. Omdat in artikel 46, tweede lid, Zvw niet wordt geregeld dat ook het nieuwe artikel 43, vierde lid, Zvw van overeenkomstige toepassing is, is de werkgever niet verplicht ook de bijdrage over het gedeelte van het loon, dat de bijdrage-inkomensgrens overschrijdt te vergoeden. Hij kan dit meerdere dus voor rekening van de werknemer laten.

R

#### *subonderdeel 2*

Met deze wijziging wordt de mogelijkheid om teruggave te vragen van het bedrag van de teveel ingehouden inkomensafhankelijke bijdrage in overeenstemming gebracht met de regeling zoals die geldt in de Wfsv. Dat betekent dat het verzoek om teruggave pas na afloop van het kalenderjaar kan worden ingediend. Naast het feit dat de in eerste instantie opgenomen mogelijkheid om dit verzoek voorafgaand aan of in de loop van het kalenderjaar in te dienen een afwijking van het systeem van de Wfsv betekende, waren aan die mogelijkheid ook grote uitvoeringstechnische bezwaren verbonden.

Indien is vastgesteld dat teveel inkomensafhankelijke bijdrage is ingehouden, staat in de situatie dat de inhoudingsplichtige een vergoeding voor die inkomensafhankelijke bijdrage aan de werknemer heeft gegeven tevens vast dat een te hoge vergoeding is verstrekt. Gelet op het feit dat de teruggaaf van de teveel ingehouden inkomensafhankelijke bijdrage aan de inhoudingsplichtige plaatsvindt, ontstaat op dat moment derhalve enerzijds een recht van de werknemer op de uitbetaling van dit bedrag door de inhoudingsplichtige en anderzijds tot hetzelfde bedrag een recht van de inhoudingsplichtige op de terugbetaling van het ten onrechte uitbetaalde deel van de vergoeding. De terugbetaling van de ten onrechte ontvangen vergoeding leidt tot negatief loon voor de werknemer. Dit is eveneens het geval indien deze terugbetaling plaatsvindt in de vorm van een uitsluitend boekhoudkundige verrekening met de teveel ingehouden inkomensafhankelijke bijdrage.

#### *subonderdeel 3*

De beslistermijn voor beschikkingen op aanvraag van de belastinginspecteur is maximaal een jaar. Aangezien de premies voor de sociale verzekeringen op grond van de Wfsv (alle sociale verzekeringen behalve de Zfw/Zvw) en de Invoeringswet Wfsv (Zfw) met ingang van 1 januari 2006 door de Belastingdienst zullen worden geheven met – onder meer – overeenkomstige toepassing van de Algemene wet inzake rijksbelastingen (Awr), bedraagt de beslistermijn van door de belastinginspecteur te geven beschikkingen op aanvraag doorgaans een jaar. Bij amendement met stuknummer 15 op het wetsvoorstel dat heeft geleid tot de Wfsv en bij amendement met stuknummer 10 op het wetsvoorstel dat heeft geleid tot de Invoeringswet Wfsv, is in artikel 4.1.3, tiende lid (inmiddels artikel 59, tiende lid) Wfsv respectievelijk artikel 16, vierde lid, Zfw in afwijking hiervan geregeld dat voor beschikkingen die zijn aangevraagd om te voorkomen dat over een te hoog loon premies worden ingehouden, de



beslistermijn gelijk is aan de redelijke termijn uit de Algemene wet bestuursrecht (Awb). Deze termijn is in ieder geval verstreken, zo volgt uit de artikelen 4:13, tweede lid, en 4:14, derde lid, Awb, indien de Belastinginspecteur niet binnen acht weken na ontvangst van de aanvraag een beschikking heeft geven, tenzij hij de beslistermijn tijdig met een redelijke termijn heeft verlengd. In de amendementen is voorts nog neergelegd, dat in gevallen waarin in het buitenland informatie moet worden ingewonnen, de verlenging maximaal zes maanden is. Met het oog op de consistentie worden deze regels door middel van onderdeel P, onder 3, ook in de Zvw opgenomen.

T, Y

Op 30 oktober 2004 trad de wet van 13 oktober 2004, houdende bepalingen in verband met de fusie van de Nederlandsche Bank N.V. en de Stichting Pensioen- & Verzekeringskamer (Stb. 2004, 556) in werking. Daarmee ging de Pensioen- & Verzekeringskamer in de Nederlandsche Bank op. Hoewel de in bestaande wetten gebezigde term «Pensioen- & Verzekeringskamer» pas in het kader van de Wet op het financieel toezicht (Kamerstukken II 2003/04, 29 708, nrs. 1–3 e.v.) zal worden omgezet in «De Nederlandsche Bank», zal is het kabinetsbeleid dat in nieuwe wetten wel al direct laatstgenoemde term wordt gebezigd. De voorliggende wijzigingen strekken hiertoe.

U

#### *subonderdeel 1*

Artikel 69 regelt de administratie en de bijdragebetaling van in het buitenland wonende personen die niet verzekeringsplichtig zijn ingevolge de Zvw maar op grond van Verordening 1408/71 of een sociaalzekerheidsverdrag (waaronder de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte) recht hebben op zorg ten laste van Nederland. Deze categorie «verdragsgerechtigden» bestaat in de eerste plaats uit mensen die een Nederlands pensioen of een Nederlandse sociale zekerheidsuitkering ontvangen en hun gezinsleden. Naast deze groep verdragsgerechtigden is er nog een categorie van personen die hun rechten ontlenen aan de verordening of een sociaal zekerheidsverdrag. Dit zijn de gezinsleden van mensen die in Nederland werken. Deze werkenden zijn zelf verzekeringsplichtig voor de Zvw en dienen een zorgverzekering te sluiten met een zorgverzekeraar. Hun gezinsleden zijn echter niet verzekeringsplichtig voor de Zvw. In Verordening 1408/71 en de verdragen is bepaald dat deze mensen toch recht hebben op medische zorg ten laste van het verzekeringsland van de werknemer, indien de wetgeving van hun woonland hen als gezinslid van een werknemer aanduidt. In het algemeen gaat het hierbij om huwelijkspartners en kinderen tot achttien jaar. Die situatie is anders geworden dan die onder de Zfw, die gezinsleden als «mede-verzekerden» onder de verzekering bracht.

Omdat gezinsleden van werknemers, anders dan gepensioneerden of uitkeringsgerechtigden en hun gezinsleden, in de verordening of de verdragen als zodanig juridisch worden aangewezen, was het aanvaankelijke voornemen de inschrijving en de bijdragebetaling eveneens uitsluitend in de verordening of de verdragen op te nemen. Daarom beperkte de tekst van artikel 69 Zvw zich tot gepensioneerden en uitkeringsgerechtigden. Nader overleg met de instanties die betrokken zijn bij de uitvoering van de verordening en de verdragen in Nederland heeft uitgewezen dat het aanbeveling verdient de inschrijving en bijdrageverplichting van gezinsleden van werknemers ook in artikel 69 van de Zvw op te nemen. Met de wijziging van artikel 69 in het eerste deel van subonderdeel 1 wordt dit alsnog gedaan.

Hiermee ontstaat een volledig transparante situatie voor de zogenaamde

verdragsgerechtigden. Voor alle verdragsgerechtigden geldt dezelfde procedure. Zij dienen zich te registreren bij het CVZ, zij betalen aan het CVZ een bij ministeriële regeling te bepalen bijdrage. Door of vanwege het CVZ wordt een formulier verstrekt waarmee de betrokkenen zich ten laste van Nederland kunnen inschrijven bij de voor hen relevante uitvoeringinstantie (bijvoorbeeld een daar werkend ziekenfonds) in hun woonplaats in het buitenland. Die buitenlandse verzekeringsinstantie verzorgt de zorgverlening aan de betrokkenen voor rekening van Nederland. De hiervoor geschetste administratieve procedure is op zichzelf niet bepalend voor het ontstaan van het recht op zorg voor de betrokkenen. Dat recht vloeit rechtstreeks voort uit de Verordening of het verdrag. Daarom zijn betrokkenen (nadat de Zvw in werking is getreden) vanaf het moment waarop het verdragsrecht op hen van toepassing wordt een bijdrage verschuldigd.

Materieel gezien verandert er voor de genoemde verdragsgerechtigden niets voor zover zij eerst ziekenfondsverzekerd waren: zij waren en blijven ingeschreven bij de uitvoeringsinstantie in hun woonplaats in het buitenland dat voor hen de zorg ter plaatse organiseert. Nieuw is dat dit ook gaat gelden voor personen die tot nu toe particulier verzekerd waren, zowel waar het gaat om gepensioneerden en hun gezinsleden als om gezinsleden van werknemers.

Nederland maakt een onderscheid tussen zorg die onder de AWBZ valt («care») en zorg die onder de zorgverzekeringen valt («cure»). Noch Verordening 1408/71 of de verdragen, noch de andere EU-lidstaten of de verdragslanden kennen echter een dergelijk onderscheid. Artikel 69, eerste lid, Zvw kan op dit moment door het gebruik van het woord «geneeskundige» voor het woord «zorg» nog ten onrechte de indruk wekken dat dit artikel slechts geldt voor mensen die ingevolge de verordening of zo'n verdrag recht hebben op cure. Door het woord «geneeskundige» te schrappen, wordt duidelijk dat het zowel om cure om care gaat. De zorg die in het woonland van de betrokken personen wordt verstrekt, komt voor rekening van Nederland. Daarom is in het tweede lid van artikel 69 Zvw bepaald dat betrokkenen een bijdrage aan het CVZ dienen te betalen. Deze bijdrage zal zodanig worden vastgesteld, dat daarin ook rekening wordt gehouden met het feit dat bovenbedoelde personen recht hebben op het care-deel van hun woonlandpakket.

#### *subonderdeel 2*

Personen die onder artikel 69 Zvw vallen zijn niet verzekeringsplichtig, hebben geen zorgverzekering en hoeven dus ook geen premie voor een zorgverzekering te betalen. Zij hebben recht op zorg volgens het pakket van hun woonland (cure en care) en dienen daarvoor op grond van het tweede lid van artikel 69 Zvw een bijdrage te betalen. De wijziging van het tweede lid van art. 69 strekt er allereerst toe, betrokkene (indien hij achtien jaar of ouder is) recht te geven op een no-claimteruggave indien de waarde van de door hem geconsumeerde zorg minder is dan het bedrag dat op grond van artikel 22, eerste lid, bij amvb wordt vastgesteld (voor 2006: € 255). Voorts strekt de wijziging er, in combinatie met die in artikel 2.4.1, onderdeel A, subonderdeel 1, toe dat betrokkenen, indien zij ouder zijn dan achttien jaar, een zorgtoeslag zullen kunnen ontvangen. Hoewel de werkelijk betaalde premie voor de hoogte van de zorgtoeslag niet van belang is, wordt in het voorgestelde tweede lid van artikel 69 Zvw toch geregeld dat in de ministeriële regeling waarin de bijdrage wordt vastgesteld, wordt aangegeven welk deel van de bijdrage voor de zorgtoeslag als premie voor een zorgverzekering wordt beschouwd. De bijdrage zal namelijk bestaan uit een deel dat gezien kan worden als een bedrag dat in plaats komt van premie voor een zorgverzekering, een deel dat betaald wordt in plaats van de inkomensafhankelijke bijdrage, en een deel dat betaald wordt in plaats van de inkomensafhankelijke AWBZ-premie. Door in de ministeriële regeling het bijdragegedeelte dat in de plaats komt van

de premie voor de zorgverzekering aan te wijzen, wordt duidelijk dat de zorgtoeslag slechts bedoeld is ter (gedeeltelijke) compensatie van dat gedeelte van de bijdrage.

#### *subonderdelen 3 en 4*

Op grond van het eerste lid van artikel 69 Zvw dienen verdragsgerechtigden zich te melden bij het CVZ. In Verordening 1408/71 en de verdragen zal worden bepaald dat zij dit binnen vier maanden na het ontstaan van hun recht uit de verdragen dienen te doen. Om te voorkomen dat mensen zich pas melden op het moment waarop zij voor rekening van Nederland zorg wensen te genieten, wordt voorgesteld in het derde lid van artikel 69 Zvw op te nemen dat zij die zich niet binnen vier maanden na het ontstaan van hun verdragsgerechtigdheid bij het CVZ hebben gemeld, van het CVZ een bestuurlijke boete krijgen. Net zoals in artikel 96 Zvw is geregeld voor verzekeringsplichtigen die te laat een zorgverzekering sluiten, geldt dat die boete gelijk is aan 130% over de periode, gelegen tussen het ontstaan van de verdragsgerechtigdheid en de uiteindelijke aanmelding bij het CVZ. De 130% wordt genomen over een bij ministeriële regeling te bepalen gedeelte van de bijdrage, bedoeld in artikel 69, tweede lid, Zvw. Omdat de bijdrage uit meerdere onderdelen zal bestaan (ook dat wordt in de ministeriële regeling geregeld), was het hier, anders dan in artikel 96 Zvw, namelijk niet mogelijk bij wet het bedrag te bepalen waarover de boete wordt berekend. Op de boete-oplegging zijn de artikelen 101 tot en met 113 Zvw van toepassing.

#### W

Zorgverzekeraars nemen het sofi-nummer in hun administratie op en maken bij gegevensuitwisseling gebruik van het sofi-nummer. Artikel 86, tweede lid, wekt de suggestie dat zorgverzekeraars altijd het sofi-nummer dienen te verifiëren, zelfs indien de gegevens afkomstig zijn van een bron die het gegeven al heeft geverifieerd of indien door controle van andere gegevens genoegzaam blijkt dat het desbetreffende sofi-nummer verbonden is aan een bepaalde persoon. Dit is echter niet de bedoeling. Verzekeraars zullen naar het zich laat aanzien bijvoorbeeld ook ingevolge artikel 9 Zvw aan een opvolgende verzekeraar gegevens doorgeven. Deze gegevens, waaronder onder meer het sofi-nummer, zijn reeds door die eerdere verzekeraar geverifieerd. Een onjuist sofi-nummer zal door de informatieketen van gegevensuitwisseling met derden zeer snel blijken, bijvoorbeeld wanneer de Belastingdienst de zorgtoeslag moet uitkeren. Ook uit het oogpunt van administratievelastenverlichting is het onwenselijk dat (drie)dubbele verificatie plaatsvindt. De gewijzigde redactie laat de mogelijkheid aan een verzekeraar om het nummer te verifiëren indien bijvoorbeeld twijfel ontstaat over de juistheid van een nummer of over andere nummers die al in zijn administratie zijn opgenomen.

#### X

De verstrekking van gegevens door de Belastingdienst aan niet-bestuursorganen vond in het verleden niet plaats. Artikel 89, eerste lid, Zvw voorziet thans mede in verstrekking van gegevens aan niet-bestuursorganen, namelijk zorgverzekeraars in de zin van de Zvw. In aansluiting op de lijn die recentelijk is ingezet bij andere wetgevings-trajecten, wordt er ook hier voor gekozen om met betrekking tot de verstrekking van gegevens aan deze zorgverzekeraars, nadere regels te stellen op het niveau van een amvb. Deze keuze is verwerkt in de voorgestelde wijziging. In de amvb zal in ieder geval worden bepaald welke gegevens op verzoek door de Belastingdienst aan de zorgverzekeraars mogen worden verstrekt.

Z, AA

Op grond van artikel 114 Zvw dient een zorgverzekeraar zijn verzekeringnemers en verzekerden in de gelegenheid te stellen geschillen over de uitvoering van hun zorgverzekering voor te leggen aan een onafhankelijke instantie. Het aangesloten zijn bij zo'n instantie kon door het CTZ echter nog niet met een last onder dwangsom worden afgedwongen, noch kon het niet aangesloten zijn worden beboet. Door voorliggende wijzigingen zal dat alsnog mogelijk zijn.

AB, AC

Voor een toelichting op deze onderdelen wordt verwezen naar de toelichting op onderdeel U, derde subonderdeel.

AD

Bij amendement op stuknummer 65 zijn het tweede en derde lid aan artikel 114 Zvw toegevoegd. Voorliggende wijzigingen daarin zijn van louter redactionele aard.

AE

Het bij amendement op stuknummer 61 ingevoegde artikel 120 Zvw beoogt te verbieden dat aanvullende ziektekostenverzekeringen door een verzekeraar worden beëindigd indien de verzekerde voor zijn zorgverzekering naar een andere verzekeraar gaat. Daartoe verklaart artikel 120 bedingen in de ziektekostenverzekeringsspolis die regelen dat deze verzekering eindigt indien men voor de basisverzekering overstapt, van rechtswege nietig. Gezien het doel van het amendement dient echter hetzelfde te gelden voor bedingen krachtens welke de verzekeraar de aanvullende verzekering om deze reden mag opzeggen.

### **Artikel 2.4.3**

Zoals in de memorie van toelichting op het wetsvoorstel Zvw is aangegeven, gaat dat wetsvoorstel ervan uit dat het wetsvoorstel tot Vaststelling van titel 7.17 (verzekering) en titel 7.18 (lijfrente) van het nieuwe Burgerlijk Wetboek (Kamerstukken I 2002/03, 19 529, nr. 206) in werking treedt voor of op de dag met ingang waarvan de Zvw in werking treedt. De Zvw verwijst daarom ook in diverse artikelen naar artikelen van de toekomstige titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek (BW). In het wetsvoorstel «Invoeringswet titel 7.17 en titel 7.18 Burgerlijk Wetboek», dat naar verwachting in de eerste helft van 2005 bij de Tweede Kamer zal worden ingediend en dat daarom ook op of voor 1 januari 2006 in werking zal moeten treden, is onder meer geregeld, dat de huidige nummering van titel 7.17 BW voor plaatsing in het Staatsblad wordt gewijzigd in een doorlopende nummering. Hoe deze nummering zal luiden, is nu echter nog niet bekend. Artikel 2.4.3 van voorliggend wetsvoorstel zorgt ervoor, dat de nieuwe nummering van de artikelen van titel 7.17 BW ook in de Zvw zal kunnen worden doorgevoerd.

### *Paragraaf 2.5 Invoering Zvw*

#### **Artikel 2.5.1**

In artikel 9 van de AWBZ zoals dit zal komen te luiden na inwerkingtreding van deze wet (zie artikel 3.1.1, onderdeel E) is geregeld dat een verzekering bij een zorgverzekeraar van rechtswege een AWBZ-inschrijving bij diezelfde zorgverzekeraar met zich brengt. Dit is slechts anders indien die

zorgverzekeraar (in de zin van de Zvw) geen zorgverzekeraar in de zin van de AWBZ wenst te zijn, in welk geval hij zich niet overeenkomstig artikel 33 van de AWBZ bij het CTZ zal hebben aangemeld.

Artikel 2.5.1 regelt de inschrijving voor de AWBZ voor die Zvw-verzekeringsovereenkomsten, die ondanks hun verzekeringsovereenkomst geen zorgverzekering sluiten.

Het eerste en tweede lid bepalen dat verzekeringsovereenkomsten in dat geval voor de AWBZ ingeschreven blijven bij de zorgverzekeraar die als opvolger kan worden beschouwd van het ziekenfonds, de ziektekostenverzekeraar of het uitvoerend orgaan van een publiekrechtelijke ziektekostenregeling voor ambtenaren (tezamen in de AWBZ zoals deze tot de inwerkingtreding van deze wet zal luiden gedefinieerd als «uitvoeringsorganen») waarbij zij voor 1 januari 2006 waren ingeschreven. Net als in artikel 9 AWBZ, wordt geregeld dat dit niet geldt indien de zorgverzekeraar zich niet als zorgverzekeraar in de zin van de AWBZ heeft gemeld. In dat geval zal de verzekeringsovereenkomstige zich voor de AWBZ derhalve bij een in zijn woongemeente werkende andere zorgverzekeraar (die zich wel overeenkomstig artikel 33 AWBZ heeft gemeld) moeten inschrijven (zie het voorgestelde artikel 9 AWBZ).

Indien de verzekeringsovereenkomstige tussen 1 januari en 1 mei 2006 een zorgverzekering sluit, werkt deze tot en met 1 januari 2006 terug (artikel 5, zevende lid, Zvw). Op grond van artikel 9, eerste lid, tweede volzin, AWBZ, zoals dat na inwerkingtreding van deze wet komt te luiden, werkt ook de inschrijving voor de AWBZ dan tot en met die datum terug. Indien de zorgverzekeraar waar de zorgverzekering uiteindelijk wordt gesloten een andere is dan de zorgverzekeraar, bedoeld in het eerste lid van artikel 2.5.1, vervalt de inschrijving, bedoeld in dat lid, met terugwerkende kracht. Oftewel, met terugwerkende kracht wordt de zorgverzekeraar waar de zorgverzekering uiteindelijk is gesloten, ook voor de AWBZ de zorgverzekeraar van de verzekerde.

Het voorgaande geldt niet indien pas op 1 mei 2006 of later een zorgverzekering wordt gesloten. In dat geval blijft de eerste zorgverzekeraar op grond van het eerste lid van artikel 2.5.1 de AWBZ-zorgverzekeraar tot de dag waarop de uiteindelijk gesloten zorgverzekering ingaat (vanaf welk moment de zorgverzekeraar waar de zorgverzekering gaat lopen voor betrokkene tevens de AWBZ-uitvoerder is).

### **Artikel 2.5.2**

Artikel 119 van de Zvw bevat een regeling voor het (partieel) vervallen van ziektekostenverzekeringen vanaf het moment waarop en voor zover deze zaken dekken die aan de dekking van de zorgverzekering worden toegevoegd. Ook is daarin gedeeltelijke premierestitutie geregeld. De tekst van artikel 119 ziet slechts op situaties waarin de inhoud van de zorgverzekering wordt uitgebreid. Met de onderhavige bepaling wordt nu ook voorzien in een vergelijkbare regeling voor ziektekostenverzekeringen die bestaan op het tijdstip van invoering van de Zvw. Artikel 2.5.2 is een bepaling van burgerlijk recht, die de rechten en verplichtingen van thans particulier verzekerden afbakt ten opzichte van hun verzekeraar. Bij geschillen staat de weg naar de burgerlijke rechter (of een eventueel bestaande geschillenprocedure) open.

### **Artikel 2.5.3**

Om de invoering van de Zvw zo soepel mogelijk te doen verlopen, is voorzien in een overgangsbepaling voor degenen die een zorgverzekering hebben gesloten waarin procedurele of administratieve voorwaarden zijn opgenomen voor het verkrijgen van de verzekerde prestaties. Hierbij kan worden gedacht aan de eis dat men door een arts is doorverwezen of

beschikt over een recept of dat men eerst toestemming van de zorgverzekeraar moet hebben verkregen. Voor zover zo'n verzekerde onder de eerder toepasselijke verzekeringsvoorwaarden al over een toestemming of recept of doorverwijzing beschikte, hoeft hij die niet nogmaals te verwerven en geldt dit als titel voor het verkrijgen van de verzekerde prestaties. De zorgverzekeraar mag op grond van dit artikel niet verlangen dat betrokkene opnieuw aan die verplichting voldoet. Deze bepaling is van burgerlijk recht; bij geschillen over de toepassing ervan staat de weg naar de rechter open.

#### **Artikel 2.5.4**

Ook is een overgangsregeling getroffen voor verzekerden die gekozen hebben voor een zorgverzekering waarbij de zorg wordt geleverd door zorgaanbieders waarmee de zorgverzekeraar tot dat doel een overeenkomst heeft gesloten (vgl. artikel 44, derde en vierde lid, Zfw en artikel 42, vierde en vijfde lid, AWBZ, zoals toegevoegd bij amendement Van de Vlies; Kamerstukken II, 2003/04, 28 994, nr. 18). Voor zover deze verzekerden onmiddellijk voor de inwerkingtreding van deze wet nog onder een doorlopende behandeling zijn bij een zorgaanbieder waarmee hun zorgverzekeraar geen overeenkomst heeft gesloten, moet de zorgverzekeraar die zorg toch vergoeden tot het einde van de behandeling. Die verplichting voor de zorgverzekeraar geldt niet als de verzekerde voor 1 januari geen verzekering voor die zorg had afgesloten of de zorg nog ten laste van de voor 1 januari van kracht zijnde verzekering komt. Deze bepaling is van burgerlijk recht; bij geschillen over de toepassing ervan staat de weg naar de rechter open.

#### **Artikel 2.5.5**

In artikel 29, tweede lid, van de Zvw is bepaald dat een zorgverzekeraar zijn werkgebied tot een of meer gehele provincies van Nederland kan beperken, zolang bij hem minder dan 850 000 verzekerden op basis van een zorgverzekering verzekerd zijn. Voor de bepaling van dit aantal verzekerden wordt op grond van het derde lid van dat artikel uitgegaan van het gemiddelde aantal verzekerden in het tweede jaar voorafgaande aan het jaar waarvoor de bepaling geschiedt.

Voor de jaren 2006 en 2007 kan op basis van deze methode niet het aantal verzekerden worden vastgesteld, omdat in de referiejaren 2004 (voor 2006) en 2005 (voor 2007) geen sprake is van verzekerden in de zin van de Zvw. Om ten behoeve van het toezicht toch de beschikking te hebben over een instrument waarmee kan worden vastgesteld, of een zorgverzekeraar die zijn werkgebied tot een of meer provincies beperkt, inderdaad minder dan 850 000 verzekerden heeft, wordt het aantal verzekerden in de eerste twee jaren na de inwerkingtreding van de Zvw vastgesteld op basis van de administratie die het CVZ inricht ingevolge artikel 35, eerste lid, van de Zvw. Als maatstaf voor dit overgangsregime geldt het aantal verzekerden op 1 juli 2006.

Indien aan een zorgverzekeraar een aanwijzing (ex artikel 94 Zvw) of een last onder dwangsom (ex artikel 95, eerste lid, Zvw) inhoudende dat landelijk moet worden gewerkt, wordt opgelegd, is het bij die artikelen bepaalde omtrent de rechtsbescherming van toepassing. Hetzelfde geldt in het – onwaarschijnlijke – geval dat op grond van artikel 97 Zvw een bestuurlijke boete zou worden opgelegd. Dat het aantal verzekerden is vastgesteld op basis van artikel 2.5.5, is daarbij niet relevant.

#### **Artikel 2.5.6**

Zoals in het algemene deel van deze memorie van toelichting is aangegeven, is het de intentie van de verzekeraars hun verzekerden voor

1 november 2005 een brief te zenden, waarin is aangegeven welk zorgverzekeringsmodel en, indien betrokkenen aanvullend verzekerd zijn, welke aanvullende verzekeringen die zij als zorgverzekeraar zullen gaan voeren, het meest met de bestaande verzekering overeen komen. In de aanloop naar de nieuwe situatie is niet uit te sluiten, dat bestaande particuliere verzekeraars hun ziektekostenverzekeringssportefeuilles aan een andere verzekeraar overdragen, of hun rechtsvorm omzetten. Zo kunnen onderlinge waarborgmaatschappijen bijvoorbeeld besluiten naamloze vennootschap te worden. Op grond van de artikelen 123, 125 en 128 Wtv 1993 kan het overdragen van verzekeringssportefeuilles of het omzetten van de rechtsvorm zonder toestemming van de verzekeringnemers plaatsvinden, maar hebben die verzekeringnemers vervolgens wel drie maanden om de bij de nieuwe verzekeraar doorlopende verzekeringen op te zeggen.

Artikel 2.5.6 stelt buiten discussie dat deze opzegmogelijkheid niet geldt indien de verzekerde van de oude verzekeraar – door middel van bovengenoemde brief – reeds de mogelijkheid heeft gehad om naar een andere zorgverzekeraar over te stappen. Het zou merkwaardig zijn indien een verzekerde die van die mogelijkheid geen gebruik heeft gemaakt (en die ook de eerste premienota heeft betaald) met ingang van 1 januari 2006 nog eens een opzegmogelijkheid te geven (waarvan hij tot 1 april 2006 gebruik zou mogen maken).

Deze bepaling heeft civielrechtelijke gevolgen, zodat de rechtsbescherming bij de rechter ligt.

### **Artikel 2.5.7**

Ten einde voor ziekenfondsen een soepele overgang naar het nieuwe zorgverzekeringstelsel te bevorderen, voorziet het eerste lid van dit artikel erin dat aan ziekenfondsen die op 31 december 2005 een toelating hebben voor de uitvoering van de Zfw van rechtswege kunnen beschikken over een vergunning voor de branches Ongevallen en Ziekte. Om te bewerkstelligen dat alleen ziekenfondsen die daadwerkelijk voornemens zijn de Zvw uit te voeren van rechtswege een vergunning verkrijgen, stelt het eerste lid de voorwaarde dat het ziekenfonds voldaan moet hebben aan de meldingsplicht van artikel 25, eerste lid, van de Zvw. Dat artikel bepaalt dat ziekenfondsen die de Zvw willen uitvoeren dit aan het CTZ moeten melden.

Ziekenfondsen die beschikken over een vergunning van rechtswege staan onder het volledige toezicht van DNB. Uitgangspunt is dat ziekenfondsen aan alle door de Wtv 1993 gestelde vergunningsvereisten voldoen. Dit uitgangspunt komt tot uiting in het tweede lid. Een ziekenfonds dat een vergunning van rechtswege heeft gekregen, dient binnen een maand na inwerkingtreding van de Zvw aan te tonen dat het voldoet aan de vergunningeisen uit de artikelen 28 tot en met 30 en 32 van de Wtv 1993. Het gaat daarbij met name om de rechtsvorm, om deskundigheid en betrouwbaarheid van bestuurders en om de omvang van het garantiefonds en de solvabiliteitsmarge.

Het derde lid voorziet erin dat het ziekenfonds dat zich ter voldoening aan de eisen van de Wtv 1993, moet omzetten in een andere rechtsvorm, daarvoor een termijn van uiterlijk drie maanden ter beschikking heeft.

Zoals is toegelicht in paragraaf 2.2 van de algemene toelichting, wil de regering rekening houden met de mogelijkheid dat enkele ziekenfondsen bij de invoering van de Zvw er nog onvoldoende in zijn geslaagd hun solvabiliteitsmarge op het voor de uitvoering van de Zvw vereiste niveau (circa 8% van de schade) te brengen. Het vierde lid bepaalt dat dergelijke ziekenfondsen een overgangstermijn van een jaar krijgen om aan artikel 32, aanhef en onderdeel a, van de Wtv 1993 te voldoen. Dat artikel bepaalt

dat het ziekenfonds moet beschikken over het minimumbedrag van het garantiefonds, of over het minimumbedrag van de solvabiliteitsmarge. Het hoogste van beide minimumbedragen is daarbij bepalend. Omdat ziekenfondsen als bedoeld in dit artikel geen «startende» zorgverzekeraars, maar *going concern* zijn, zullen de meeste voormalige ziekenfondsen over het minimumbedrag van het solvabiliteitsmarge moeten beschikken. Een voormalig ziekenfonds dat niet beschikt over de vereiste solvabiliteitsmarge dient binnen een maand na inwerkingtreding van de Zvw een voorstel bij DNB in, waaruit blijkt hoe de solvabiliteitsmarge binnen de overgangstermijn van een jaar op het vereiste niveau zal zijn gebracht. Een dergelijk voorstel kan worden vergeleken met het financieringsplan of het saneringsplan, bedoeld in artikel 138 van de Wtv 1993.

Het vijfde en zesde lid bevatten enkele bijzondere bepalingen die van toepassing zijn op ziekenfondsen die niet aan alle in het tweede lid genoemde vergunningvereisten voldoen.

Het vijfde lid bepaalt dat ook ziekenfondsen die niet over voldoende solvabiliteit beschikken gedurende de overgangstermijn onder toezicht van DNB staan. DNB kan haar toezichtinstrumentarium inzetten jegens een ziekenfonds dat over een vergunning van rechtswege beschikt, maar hierop wordt een tweetal uitzonderingen gemaakt. DNB zal tijdens de overgangstermijn van een jaar de vergunning van rechtswege niet intrekken uitsluitend vanwege het feit dat niet aan artikel 32, aanhef en onderdeel a, van de Wtv 1993 is voldaan. Het intrekken van de vergunning van rechtswege zou strijdig zijn met het voornemen om een soepele overgang naar het nieuwe zorgverzekeringsstelsel mogelijk te maken. Omdat met het geven van een aanwijzing tot overdracht van de gehele portefeuille hetzelfde effect kan worden bereikt als met een vergunning-intrekking, zal DNB tijdens de overgangstermijn ook een dergelijke aanwijzing niet geven uitsluitend vanwege het feit dat nog niet aan artikel 32, aanhef en onderdeel a, van de Wtv 1993 is voldaan. Het vierde lid laat overigens onverlet dat DNB om andere redenen dan het niet voldoen aan artikel 32, aanhef en onderdeel a, van de Wtv 1993 de vergunning kan intrekken of een aanwijzing kan geven tot portefeuille-overdracht, bijvoorbeeld indien het ziekenfonds niet over voldoende technische voorzieningen beschikt. DNB kan ook ingrijpen, bijvoorbeeld door middel van een aanwijzing tot gedeeltelijke portefeuille-overdracht, indien tijdens het overgangsjaar blijkt dat de financiële ontwikkelingen bij het ziekenfonds sterk in negatieve zin afwijken van de ontwikkelingen die ingevolge het (op grond van het vierde lid) ingediende voorstel tot herstel werden voorzien en er geen afdoende maatregelen worden genomen om die trend te keren.

Het zesde lid bepaalt dat een voormalig ziekenfonds dat niet over een voldoende solvabiliteitsmarge beschikt zich in de uitvoering van het verzekeringsbedrijf dient te beperken tot de uitvoering van de Zvw. Dat houdt in dat het voormalig ziekenfonds geen andere (ziektkosten-) verzekeringen dan zorgverzekeringen mag aanbieden en zich niet met andere verzekeringen op de buitenlandse markt mag begeven. Dit voorkomt dat het risico van het nog niet beschikken over een voldoende solvabiliteitsmarge zich uitstrekt tot andere verzekeringsactiviteiten dan de uitvoering van de Zvw.

Het zevende lid geeft een voorziening voor de berekening van de solvabiliteitsmarge. Dit is nodig omdat artikel 1 van het Besluit solvabiliteitsmarge verzekeringsbedrijf 1994 voorschrijft dat de solvabiliteitsmarge wordt berekend met gebruikmaking van de schade-cijfers van de afgelopen drie boekjaren. Dat betekent dat een voormalig



ziekenfonds voor de berekening van de solvabiliteitsmarge in 2006 moet uitgaan van de schadecijfers over de jaren 2003 tot en met 2005, in 2007 van de schadecijfers over de jaren 2004 tot en met 2006, enzovoorts. Omdat een voormalig ziekenfonds in de jaren 2003 tot en met 2005 nog niet als private zorgverzekeraar actief was, dient het voor die jaren gebruik te maken van de schadecijfers van zijn activiteiten als ziekenfonds. Hierbij is gekozen voor de definitie van het schadebegrip, bedoeld in artikel 1, onderdeel a, van de Regeling solvabiliteitsmarge en maximum reserve Zfw, zoals dat onmiddellijk voor inwerkingtreding van deze wet luidde. Dit schadebegrip sluit het best aan bij het schadebegrip zoals dat gedefinieerd is in de Wtv 1993, zodat de voormalige ziekenfondsen te maken krijgen met een solvabiliteitseis die in verhouding staat tot het te lopen risico bij aanvang als zorgverzekeraar. De gemiddelde schade van de afgelopen drie boekjaren is een inschatting van de verwachte schade in het komende boekjaar en de daaraan verbonden risico's. Uit het Besluit solvabiliteitsmarge verzekeringsbedrijf 1994 volgt dat voormalige ziekenfondsen vanaf het jaar 2009 geen gebruik meer maken van de schadecijfers van hun activiteiten als ziekenfonds.

Het achtste lid bepaalt dat ten aanzien van besluiten, genomen op grond van dit artikel, de Wtv 1993 van overeenkomstige toepassing is. Dat geldt ook ten aanzien van bezwaar en beroep tegen dergelijke besluiten, waarvoor artikel 188 van de Wtv 1993 een regeling geeft. Zo is op grond van artikel 188, eerste lid, van de Wtv 1993, de rechtbank te Rotterdam bevoegd.

Ook artikel 188, derde lid, van de Wtv 1993 is van overeenkomstige toepassing. Dat artikel bepaalt dat de terechtzitting wordt gehouden met gesloten deuren in het geval van besluiten genomen op grond van de aldaar genoemde artikelen. Voor artikel 2.5.7, derde lid, betekent dit dat indien een besluit wordt genomen over het voorstel dat aangeeft hoe aan de solvabiliteitsvereisten zal worden voldaan, de terechtzitting eveneens met gesloten deuren wordt gehouden.

#### **Artikel 2.5.8**

In de Zvw is bepaald dat 50% van de macrolasten wordt gedekt door de bij de verzekeringsplichtigen geheven inkomensafhankelijke bijdrage. Verzekeringsplichtigen die een werkgever hebben, ontvangen van de werkgever een verplichte vergoeding van de over het loon verschuldigde inkomensafhankelijke bijdrage. Thans wordt voorgesteld, dat de hiervoor genoemde vergoeding mag worden verminderd met vergoedingen die op grond van een op 31 december 2005 bestaande arbeidsovereenkomst, collectieve arbeidsovereenkomst, of andere overeenkomst na 2005 door de inhoudingsplichtige aan de verzekeringsplichtige worden verstrekt ter zake van de premie voor een ziektekostenverzekering of een andere verzekering die prestaties als bedoeld bij of krachtens artikel 11 van de Zvw dekt, tot ten hoogste het met die dekking evenredige deel. Voor vergoedingen waarop de verzekeringsplichtige op grond van de arbeidsovereenkomst recht heeft volgens een door de inhoudingsplichtige vastgestelde regeling, geldt hetzelfde.

Het kan hierbij gaan om een vergoeding van de kosten met betrekking tot de werknemer zelf, die de inkomensafhankelijke bijdrage verschuldigd is, maar mede om een vergoeding van de kosten van andere verzekeringsplichtigen (waaronder de echtgenoot zonder inkomen en eventuele kinderen jonger dan 18 jaar van de werknemer).

Voor zover de uit de overeenkomst voortvloeiende bijdrage hoger is dan de wettelijke bijdrage, wordt de wettelijke bijdrage verminderd tot nihil. De voorgestelde bepaling heeft geen gevolgen voor de verplichting van de inhoudingsplichtige tot nakoming van cao-afspraken en daarmee

vergelijkbare afspraken. Aan de nakoming van dergelijke afspraken wordt door het voorstel geen afbreuk gedaan.

Deze overgangsmaatregel beoogt te voorkomen dat ten gevolge van de invoering van de Zvw c.q. de verplichte werkgeversbijdrage zich ten aanzien van het basispakket een ongewenste/onbedoelde cumulatie zou voordoen van reeds bestaande werkgeversbijdragen op grond van een cao of vergelijkbare overeenkomst en de wettelijke bijdrage van de werkgever. Door de voorgestelde bepaling kunnen op de vergoeding die de inhoudingsplichtige op grond van artikel 46 Zvw zou moeten betalen, in mindering worden gebracht de kosten van gezondheidszorgafspraken in collectieve arbeidsovereenkomsten (en in individuele arbeidsovereenkomsten).

De bevoegdheid tot salderen geldt niet voor zover de op grond van een (collectieve) arbeidsovereenkomst of vergelijkbare overeenkomst verplichte bijdrage functioneert als een tegemoetkoming in de kosten van een aanvullende verzekering. Indien de tegemoetkoming bedoeld is voor een verzekering die zowel het zorgverzekeringspakket omvat als aanvullende zorg, mag de werkgever van die tegemoetkoming alleen dat deel op de wettelijke vergoeding in mindering brengen dat strekt tot dekking van de prestaties bedoeld in artikel 11 Zvw.

Indien niet op basis van de overeenkomst kan worden vastgesteld in hoeverre de tegemoetkoming strekt tot dekking van de prestaties bedoeld in artikel 11 Zvw, wordt op grond van het tweede lid dat deel vastgesteld op het bedrag van de standaardpremie bedoeld in de Wzt, zoals die is vastgesteld op 1 november van het voorafgaande jaar. Om onevenredige uitvoeringslasten en administratieve lasten voor inhoudingsplichtigen te voorkomen, blijft een eventuele nieuwe vaststelling van de standaardpremie per 1 april (ingevolge artikel 4, tweede lid, van de Wzt) voor de toepassing van het tweede lid buiten beschouwing.

Het is te verwachten dat de in cao's en andere overeenkomsten opgenomen vergoedingen voor gezondheidszorg beëindigd zullen worden of zullen wijzigen in verband met de inwerkingtreding van de Zvw. Omdat hiermee enige tijd kan zijn gemoeid, wordt de hiervoor beschreven maatregel voorgesteld. De bepaling geldt niet voor afspraken die tot stand komen na de inwerkingtreding van de Zvw.

Het derde lid voorziet in een zelfde aanpak voor ambtelijke rechtspositieregelingen waarin een aanspraak op een tegemoetkoming in de kosten van gezondheidszorg is geregeld. De uit dergelijke aanspraken van ambtenaren voortvloeiende vergoedingen kunnen eveneens worden gesaldeerd. Ook hier geldt uiteraard dat de salderingsbepaling uitsluitend van toepassing is op aanspraken die voortvloeien uit bepalingen in rechtspositieregelingen die voor de datum van inwerkingtreding van de Zvw tot stand zijn gekomen.

Met de voorgestelde regeling wordt uitvoering gegeven aan de motie Schippers/Bakker (Kamerstukken II 2004/05, 29 763, nr. 54), die door de Tweede Kamer is aanvaard.

Eventuele geschillen over de toepassing van dit artikel zullen langs civielrechtelijke weg moeten worden beslecht.

#### **Artikel 2.5.9**

Zoals in het algemene gedeelte van deze toelichting is aangegeven wordt de geneeskundige ggz van de AWBZ naar de Zvw en daarmee naar de dekking van de zorgverzekeringen tot 1 januari 2007 uitgesteld. In het inwerkingtredingsbesluit voor de Zvw zal dan ook worden bepaald dat artikel 14, tweede en derde lid, pas met ingang van 1 januari 2007 in werking treedt. Een en andere betekent dat de financiering van deze onderdelen van de ggz in 2006 nog uit het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ) dient te geschieden. Echter, bij het berekenen van de

koopkrachtgevolgen van de Zvw, van de Wzt en van de AWBZ, is ervan uitgegaan dat deze ggz-onderdelen wél met ingang van 1 januari 2006 zouden worden overgeheveld. Er is derhalve van uitgegaan dat de kosten voor deze onderdelen vanaf 2006 niet meer in de AWBZ-premie tot uitdrukking komen, en juist wel in de inkomensafhankelijke bijdrage Zvw, in de rijksbijdrage voor jeugdigen aan het Zorgverzekeringsfonds, in de door de zorgverzekeraar te heffen (nominale) premie en daarmee op zijn beurt weer in de zorgtoeslagen. Het voor het jaar 2006 terugdraaien van deze veronderstellingen ten aanzien van premies, bijdragen en toeslagen zou koopkrachteffecten met zich brengen waar tot nog toe geen rekening mee is gehouden, en die mogelijk door middel van nieuwe maatregelen zouden moeten worden gerepareerd. Bovendien zouden dan met ingang van 1 januari 2007, omdat de overheveling dan alsnog geschiedt, weer nieuwe maatregelen getroffen moeten worden. Dat acht de regering onwenselijk. Daarom is besloten de ramingen voor de premies voor de zorgverzekeringen en voor de AWBZ, de bijdragen en de toeslagen in stand te houden, en in artikel 2.5.9 van voorliggend wetsvoorstel te regelen dat met het oog op de financiering van de geneeskundige ggz voor het jaar 2006 een bij ministeriële regeling te bepalen bedrag uit het Zorgverzekeringsfonds naar het AFBZ wordt overgeheveld.

### **HOOFDSTUK 3. WIJZIGING VAN ANDERE WETTEN**

*Paragraaf 3.1 Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten*

#### **Artikel 3.1.1** (wijzigingen AWBZ)

*Algemeen*

De AWBZ moet technisch worden aangepast in verband met de invoering van de Zvw.

Daarbij gaat het om wijzigingen die voortvloeien uit het feit dat in de Zvw niet, zoals voorheen wel in de Zfw, de taken van het CVZ en het CTZ in het kader van de AWBZ zijn geregeld; zo wordt met voorliggende wijziging onder andere geregeld dat het CVZ subsidies ten laste van het AFBZ verstrekt.

Verder wordt voorzien in het vervallen van de vrijwillige AWBZ-verzekering en overgangsrecht voor degenen die thans vrijwillig AWBZ-verzekerd zijn.

Voorts moesten op een groot aantal plaatsen technische wijzigingen worden aangebracht die samenhangen met de vervanging van ziekenfondsen, ziektekostenverzekeraars en uitvoerende organen als uitvoerders van de AWBZ door de zorgverzekeraars die zich daartoe aanmelden. Deze aangemelde zorgverzekeraars zijn, net als thans, bestuursorgaan voor wat betreft de uitvoering van de AWBZ. De gelegenheid is aangegrepen om, waar dat kan, in de wet in plaats van de aanduiding «personen en instellingen» het begrip «zorgaanbieders» te gebruiken. Ook zijn de formuleringen met het oog op de transparantie van wetgeving zoveel mogelijk gelijkkluidend gemaakt met bepalingen in de Zvw. Tot slot zijn ook de bepalingen die de verstrekking van gegevens in het kader van de AWBZ regelen, aangepast. Op deze wijzigingen wordt hierna verder ingegaan.

Bij het invoegen van bepalingen in de AWBZ is zoveel mogelijk aangesloten bij de indeling en volgorde van de Zvw; ook is een aantal bestaande bepalingen verplaatst met hetzelfde oogmerk.

A

De zorgverzekeraars die de Zvw uitvoeren, zijn, als zij zich daartoe hebben aangemeld, degenen die voor hun verzekerden ook de AWBZ uitvoeren. In artikel 1, eerste lid, moeten in verband daarmee de definities van «ziekenfonds», «ziekttekostenverzekeraar», «uitvoerend orgaan» en «uitvoeringsorgaan» worden geschrapt (onderdelen b, c, e en h oud). De definitie van zorgverzekeraar (nieuw onderdeel b), alsmede een daarmee verband houdende definitie van verzekeraar (nieuw onderdeel a) moeten worden toegevoegd. In de hele wet worden in verband daarmee de oude benamingen vervangen door de aanduiding zorgverzekeraar; die wijzigingen zullen in beginsel niet steeds afzonderlijk worden toegelicht. Verder moeten de verwijzingen naar de Zfw in andere onderdelen worden gewijzigd in verwijzingen naar de Zvw (nieuwe onderdelen f en g). De definitie van het begrip instelling is gelijk aan die in artikel VI van de Wet Hoz. Toegevoegd is een definitie van zorgaanbieder (onderdeel i). In overeenstemming met aanwijzing 238 van de Aanwijzingen voor de regelgeving (Ar) wordt voorgesteld het eerste lid van een doorlopende letteraanduiding te voorzien. Om die reden wordt voorgesteld het hele eerste lid opnieuw vast te stellen.

C

Artikel 5a vervalt op deze plaats, maar keert in het hoofdstuk dat betrekking heeft op de invloed van de verzekering op het burgerlijk recht terug als artikel 65. Deze verplaatsing hangt ook samen met het streven om de indeling zoveel mogelijk parallel te doen zijn aan die van de Zvw.

E

Artikel 9 moest worden aangepast in verband met de vervanging in de Zvw van ziekenfondsen en ziektekostenverzekeraars door zorgverzekeraars. Om de wijziging inzichtelijk te maken, is het gehele artikel opnieuw geredigeerd.

Overeenkomstig de systematiek in de Zfw is het uitgangspunt gehanteerd dat degene die een zorgverzekering heeft gesloten, bij dezelfde zorgverzekeraar terecht kan voor de uitvoering van de AWBZ, tenzij deze die rol niet wenst te spelen en zich daarom niet als zodanig heeft aangemeld. Dat ligt ook in de rede. Er wordt van uit gegaan dat er geen verzekeraars zullen zijn die, zonder tevens werkzaam te zijn als zorgverzekeraar, belangstelling hebben voor de niet-winstbeogende uitvoering van de AWBZ.

In het eerste lid is dus bepaald dat de AWBZ-verzekerden die een zorgverzekering hebben, van rechtswege bij dezelfde zorgverzekeraar zijn ingeschreven voor de toepassing van de AWBZ, mits deze zorgverzekeraar zich heeft aangemeld voor de uitvoering van de AWBZ. Op grond van artikel 5, vijfde lid, werkt een zorgverzekering terug tot en met de dag waarop de Zvw-verzekeringsplicht ontstond, indien de zorgverzekering binnen vier maanden na het ontstaan van die verzekeringsplicht werd gesloten. Het ligt in de rede dit ook voor de AWBZ te laten gelden (tweede volzin van het eerste lid).

In het eerste lid kan de term «zorgverzekeraar», als gedefinieerd in het nieuwe artikel 1, onderdeel b, van de AWBZ niet goed gebruikt worden, omdat in de context van dit lid wordt bedoeld op de zorgverzekeraar waarmee de verzekerde een zorgverzekering heeft gesloten. De verzekerde wordt bij die zorgverzekeraar (in de zin van de Zvw) alleen als AWBZ-verzekerde ingeschreven als die zorgverzekeraar zich voor de AWBZ heeft aangemeld. In de overige leden van artikel 9 wordt het begrip

zorgverzekeraar wél gebruikt overeenkomstig de betekenis die dat begrip heeft in (artikel 1, onderdeel b, van de) AWBZ.

Aangetekend zij voorts dat dit dus ook de eventuele in het buitenland wonende Zvw-verzekerden van de zorgverzekeraar zijn.

Zorgverzekeraars zijn niet verplicht de AWBZ uit te voeren. In artikel 33 is voorzien dat de zorgverzekeraars die dat willen, zich daartoe bij het CVZ moeten aanmelden. Indien een zorgverzekeraar in de zin van de Zvw zich onverhoopt niet mocht hebben aangemeld als uitvoerder van de AWBZ, zullen zijn verzekerden voor de uitvoering van de AWBZ onderdak moeten zoeken bij een zorgverzekeraar die dat wel heeft gedaan. Dat vloeit voort uit de definitie van zorgverzekeraar in artikel 1. Daarbij wordt er vanuit gegaan dat de zorgverzekeraar, evenals in de huidige situatie, zijn verzekerde behulpzaam is, bijvoorbeeld door hierover afspraken te maken met collega-zorgverzekeraars.

Het tweede lid regelt dat verzekerden die voor de uitvoering van deze wet niet bij een zorgverzekeraar zijn ingeschreven, zich bij een zorgverzekeraar moeten aanmelden ter inschrijving. Het moet dan gaan om een zorgverzekeraar die werkzaam is in hun woonplaats. De formulering is zodanig dat zij zowel omvat de mensen die niet hebben voldaan aan hun verzekeringsplicht ingevolge de Zvw en dus geen zorgverzekering hebben gesloten, als degenen (zie hiervoor) wier zorgverzekeraar zich niet heeft aangemeld voor de uitvoering van de AWBZ. Maar ook AWBZ-verzekerden die geen zorgverzekering hebben omdat zij militair zijn (zie artikel 2 van de Zvw) zullen zich ter inschrijving moeten aanmelden bij een zorgverzekeraar naar keuze.

De zorgverzekeraar is verplicht betrokkene in te schrijven. Die zorgverzekeraar moet dan, tenzij het om een in het buitenland wonende verzekerde gaat, wel werkzaam zijn in de gemeente waar de verzekerde woont. Tevens is voorzien in de bevoegdheid, net als thans (huidige derde lid), om bij amvb, regels te stellen ter zake van de inschrijving.

Het oude vierde en vijfde lid konden vervallen omdat de vrijwillige verzekering niet langer bestaat (vervallen van de artikelen 32a-32c).

Het bestaande artikel 41a, dat zorgverzekeraars verbiedt anderen als verzekerde in te schrijven dan personen die woonachtig zijn in zijn werkgebied, is thans opgenomen als derde lid. Daarbij is rekening gehouden met de noodzakelijke uitzondering voor in het buitenland wonenden.

## F en G

Direct na artikel 9 is, in enigszins gewijzigde vorm, opgenomen wat tot nu toe is geregeld in het oude artikel 9c (dat wordt geschrapt, zie onderdeel G). Regeling op deze plaats is aangewezen door het verband met wat in artikel 9, tweede lid, is geregeld. Nieuw is het voorschrift dat de verzekerde die zich aanmeldt ter inschrijving, daarbij zijn sociaal-fiscaalnummer moet vermelden; nieuw is ook de expliciete verplichting voor de zorgverzekeraar om de identiteit van de aangemelde persoon vast te stellen. Het artikel is afgestemd op de tekst van artikel 4 van de Zvw, doch beperkt tot aanmelders als bedoeld in artikel 9, tweede lid. Voor degenen die al een zorgverzekering hebben gesloten, bestaat geen behoefte aan een dergelijke bepaling, omdat ten aanzien van hen artikel 4 van de Zvw al toepassing heeft gevonden.

Zoals aangegeven, is nu ook de plicht opgenomen tot het overleggen van het sociaal-fiscaalnummer. In het oude artikel 40a (in de nieuwe opzet artikel 52) is geregeld dat dit nummer in de administratie van de zorgverzekeraar moet worden opgenomen.

De wijzigingen in de artikelen 10, 12, 12a en 14, zoals die sinds de Wet Hoz in de AWBZ zijn komen te luiden, betreffen het vervangen van de term uitvoeringsorgaan door zorgverzekeraar. Verder is de aanleiding aangegeven om de bevoegdheid om in een reglement te bepalen hoe vaak een verzekerde zich in een bepaalde periode ten name van een andere zorgverlener kan inschrijven, te vervangen door de verplichting dit in voorkomend geval schriftelijk te doen. Ook in de andere bepalingen is «reglement» vervangen door: schriftelijk. Daarvoor zijn twee gronden. In de eerste plaats kan de Zvw ook worden uitgevoerd door andersoortige rechtspersonen dan die voorheen de Zfw uitvoerden. Aangezien daaronder ook rechtspersonen zijn die geen leden kennen, is het reglement bij die rechtspersonen niet het aangewezen instrument voor het vastleggen van nadere regels inzake rechten en plichten van de verzekerden. Voor zover de zorgverzekeraar wel een organisatie met leden is (onderlinge waarborgmaatschappij), was een nadeel van de oude constructie dat onduidelijkheid kan bestaan over de vraag of wat in het privaatrechtelijke reglement is bepaald, ook geldt voor verzekerden die van die waarborgmaatschappij zelf geen lid zijn.

Voorts is in onderdeel I (onder 2) bepaald dat in artikel 12, tweede lid, AWBZ de van overeenkomstige toepassing verklaring van artikel 9, tweede tot en met vijfde lid, van die wet vervalt. Wat betreft het vierde en vijfde lid van artikel 9, vloeit dat voort uit het vervallen van de vrijwillige AWBZ-verzekering. Voor wat betreft het tweede en derde lid van artikel 9, steunt dat op het feit dat inschrijving bij een zorgverzekeraar reeds een voorwaarde is om voor restitutie in aanmerking te komen, en dat daarvoor het van overeenkomstige toepassing verklaren van die leden niet nodig is.

In onderdeel J is tevens voorzien in toevoeging aan artikel 12a van een vierde lid dat overeenkomt met het derde lid dat met de Wet Hoz is toegevoegd aan artikel 11a Zfw. Deze bepaling, in combinatie met het zesde lid van het in onderdeel O voorgestelde artikel 36, beoogt een oplossing te bieden in gevallen waarin zorgaanbieders weigeren op aanvaardbare voorwaarden een overeenkomst met een zorgverzekeraar te sluiten. De ontheffing door het CTZ van de verplichting om onder bepaalde omstandigheden overeenkomsten te sluiten, maakt het de zorgverzekeraars mogelijk hun verzekerden in die gevallen de zorg te vergoeden die zij hebben verkregen zonder dat er van een overeenkomst sprake was en voorkomt aldus dat er een beletsel zou zijn voor de externe accountant van de zorgverzekeraar om een rechtmatigheidsverklaring af te leggen. Voor een meer uitvoerige toelichting op de achtergronden van deze bepaling zij verwezen naar de (tweede) nota van wijziging (Kamerstukken II 2004/05, 28 994, 15) waarin de genoemde toevoeging aan artikel 11a Zfw is vervat.

## L

Het oude artikel 14, bij de Wet Hoz vernummerd tot artikel 15, is geschrapt en opnieuw opgenomen als artikel 34 (deze verplichting past beter in het hoofdstuk over de zorgverzekeraars). Ook voor het oude artikel 16 geldt dat dit eerder samenhangt met de bepalingen over zorgverzekeraars dan met de aanspraken van de verzekerden. Daarom is ook die bepaling geschrapt en opnieuw opgenomen als artikel 40.

Op de vrijgekomen plaats zijn thans opgenomen de met de Wet Hoz geheel herschreven artikelen inzake overeenkomsten (oude hoofdstuk VI, artikelen 42 tot en met 46). De artikelen 15 tot en met 16c verschillen inhoudelijk niet van de vervangen artikelen, behalve wat betreft het gebruik van de termen zorgverzekeraars en zorgaanbieders in plaats van de voorheen gebruikte termen.

Op grond van artikel 16, eerste lid, onderdeel f, bevat de overeenkomst ten minste bepalingen over de administratieve voorwaarden die bij de uitvoering van de overeenkomst in acht zullen worden genomen, waaronder in elk geval de in artikel 10a, tweede lid, genoemde verplichting. Dit is de verplichting van de zorgaanbieder om de identiteit van degene aan wie de zorg wordt verleend vast te stellen aan de hand van het ter inzage verstrekte document. Het wetsvoorstel fraudebestrijding zorgverzekeringswetten (Kamerstukken II, 29 623), dat ter behandeling voorligt in de Eerste Kamer, voorziet in invoering van artikel 10a AWBZ.

N

Tot 1999 waren rechthebbenden op een Nederlandse socialezekerheidsuitkering die in het buitenland woonden, verzekerd voor de volksverzekeringen, waaronder de AWBZ. In dat jaar koos de regering voor de beleidslijn dat volksverzekeringen uitsluitend bedoeld zijn voor ingezetenen. De regering stelde zich daarbij op het standpunt dat de overheid niet verantwoordelijk kon worden gehouden voor het bieden van een verplichte sociale verzekering in het kader van de volksverzekeringen voor deze categorie. Geregeld werd dat buiten Nederland geen sociale verzekering mogelijk is, tenzij de EU-socialezekerheidsverordening nr. 1408/71 of een socialezekerheidsverdrag anders bepaalt. Als gevolg hiervan ontstond de situatie dat ziekenfondsverzekerden die wonen in een EU-lidstaat of een verdragsland de bescherming hebben van de socialeziektekostenverzekering van hun woonland (woonlandbeginsel) omdat op hen de EU-socialezekerheidsverordening en de socialezekerheidsverdragen van toepassing zijn. Niet-ziekenfondsverzekerden vallen echter niet onder die verordening of die verdragen. Daardoor ontstond voor hen een probleem omdat hun particuliere verzekering doorgaans minder dekking biedt dan de socialeverzekering van hun woonland. Als oplossing is toen de vrijwillige AWBZ-verzekering ingevoerd voor de betrokken groep van personen. Evenals dat het geval was in de regeling die vóór 1999 gold, betrof dat een verzekering voor rechthebbenden op een langlopende socialezekerheidsuitkering, waar ter wereld zijn ook woonden.

Met de invoering van de Zvw verdwijnt het onderscheid tussen ziekenfondsverzekering en particuliere ziektekostenverzekering. Aangezien de huidige particulier verzekerden na het sluiten van een zorgverzekering ook op grond van een sociale verzekering verzekerd zijn voor ziektekosten, vallen zij als zij woonachtig zijn in het buitenland, onder Verordening nr. 1408/71 en de socialezekerheidsverdragen. Zij hebben dan recht op geneeskundige zorg of vergoeding van kosten zoals voorzien in de wetgeving over de verzekering voor geneeskundige zorg van hun woonland. De vrijwillige AWBZ-verzekering zou alleen nog van belang zijn voor mensen die zich vestigen in een land dat noch onder het toepassingsbereik van Verordening nr. 1408/71, noch onder een bilateraal sociaal zekerheidsverdrag valt. Met betrekking tot deze laatste groep acht de regering het standpunt gerechtvaardigd dat de Nederlandse overheid geen verantwoordelijkheid draagt voor de sociale ziektekostenverzekering van deze personen. Immers, men kiest er vrijwillig voor om zich te vestigen in een land waarmee geen verdragsregeling is getroffen. Men kan zich tevoren informeren over de consequenties daarvan voor wat betreft de financiering van de medische zorg.

Door het schrappen van Hoofdstuk IVA komt er een einde aan de vrijwillige AWBZ-verzekering.

Uiteraard is bezien of de opheffing van de vrijwillige AWBZ-verzekering noopt tot het treffen van overgangsmaatregelen voor de groep van personen die thans vrijwillig is verzekerd. In artikel 3.1.2 is dit overgangs-

recht opgenomen. Dat recht is van toepassing op alle voormalig vrijwillig verzekerden waar ter wereld men woont.

O

In dit onderdeel wordt een aantal hoofdstukken van de wet vervangen door nieuwe.

#### *Hoofdstuk V. De zorgverzekeraars*

De bepalingen van Hoofdstuk V inzake de uitvoeringsorganen zijn, nu toegespitst op de zorgverzekeraars, in de artikelen 33 tot en met 40, geheel herschreven. Zoals al vermeld, zijn daarin nu ook opgenomen de bepalingen die tot nu toe waren vervat in de artikelen 15 en 16. Uitgangspunt is dat, net als tot nu toe, de zorgverzekeraars bevoegd, en dus niet verplicht, zijn de AWBZ uit te voeren. Er wordt echter van uit gegaan dat de zorgverzekeraars het van belang zullen achten voor hun verzekerden in het kader van de Zvw ook de uitvoering van de AWBZ te kunnen behartigen. De zorgverzekeraars die dit willen, dienen zich als zodanig aan te melden. Uit artikel 9, in combinatie met de definitie van zorgverzekeraar, vloeit voort dat een verzekerde zich bij een andere zorgverzekeraar ter inschrijving moet aanmelden als de zorgverzekeraar met wie hij een zorgverzekering heeft gesloten, onverhoopt niet bereid zou zijn ook de AWBZ uit te voeren en zich niet daartoe heeft aangemeld.

Thans kent de AWBZ voor ziekenfondsen het uitgangspunt dat zij voor hun verzekerden van rechtswege ook de AWBZ uitvoeren. Voor de organen die een publiekrechtelijke ziektekostenregeling voor ambtenaren uitvoeren, geldt al dat zij voor die verzekerden ook de AWBZ kunnen uitvoeren als zij zich daartoe hebben aangemeld (oud artikel 38). Thans is er een toelatingsstelsel voor de particuliere ziektekostenverzekeraars die voor hun verzekerden ook de AWBZ wensen uit te voeren. De daarvoor geldende toelatingsvoorwaarden (artikel 33, tweede lid,) kunnen gevoeglijk worden gemist. Aan de eis dat de zorgverzekeraar ten doel moet hebben het ziektekostenverzekeringsbedrijf uit te oefenen, is in de nieuwe opzet al voldaan door de aansluiting bij de uitvoering van de Zvw. De toelatingsvoorwaarde dat de zorgverzekeraars moeten voldoen aan de in de AWBZ gestelde eisen, is thans rechtstreeks geformuleerd als verplichting; daarop wordt door het CTZ toegezien. Aan de laatste, open geformuleerde voorwaarde wordt niet langer gehecht. Door de aan zorgverzekeraars gestelde eisen in combinatie met de voorschriften in de AWBZ is voldoende gewaarborgd dat zorgverzekeraars de wet op de juiste wijze zullen uitvoeren.

Met de komst van de Zvw is er – 6 wat betreft de verzekering in het eerste compartiment – niet langer sprake van uiteen lopende verzekeringsstelsels met verschillende soorten verzekeraars. Het ligt daarom in de rede alle zorgverzekeraars die de Zvw uitvoeren, net zoals dat voor ziekenfondsen en uitvoerende organen al het geval was, door een simpele aanmelding het recht te geven voor hun verzekerden uitvoerder te zijn van de AWBZ. Daarbij dient te worden bedacht dat op grond van artikel 16 (oud, thans artikel 40) een belangrijk deel van de taken van de zorgverzekeraars wordt uitgevoerd door de aangewezen rechtspersonen (verbindingskantoren/zorgkantoren), die bovendien ook andere werkzaamheden van de zorgverzekeraars voor dezen verrichten op grond van mandaat- en volmachtarrangementen.

Het is niet langer zinvol een afzonderlijke toelatingsbeslissing te nemen. Door de koppeling aan de uitvoering van de Zvw is het niet nodig de zorgverzekeraars te toetsen aan toelatingseisen; er hoeven geen extra eisen te worden gesteld naast de Zvw en de Wtv 1993. De AWBZ bevat de voorschriften, waaraan de aangemelde zorgverzekeraars zullen hebben te voldoen, die waarborgen dat de wet goed wordt uitgevoerd en bepalingen



om op te treden tegen eventuele afwijkingen van de regels. Het is in het verlengde daarvan ook niet zinvol om de bestaande voorbereidingsprocedure ten aanzien van de toelatingsbeslissing te handhaven. Aan de in artikel 33 (oud) vervatte bepaling inzake het werkgebied bestaat naast de regeling van de Zvw geen behoefte meer; de zorgverzekeraar voert de AWBZ uit voor zijn eigen verzekerden; daarmee is al gekoppeld aan zijn werkgebied; alleen voor mensen die niet elders zijn verzekerd, is van belang bij wie zij zich kunnen aanmelden ter inschrijving; dat is in artikel 9 geregeld. Ook aan de bepaling (artikel 35) inzake het intrekken van toelatingsbeschikkingen bestaat geen behoefte meer. Wel is in artikel 33, tweede lid, bepaald dat de zorgverzekeraars moeten voldoen aan de voorschriften van de wet; dit is geen zelfstandige bevoegdheid tot het opleggen van voorschriften; de bepaling heeft betrekking die in of krachtens andere artikelen van de AWBZ zijn opgelegd. In het derde lid is artikel 26 Zvw van overeenkomstige toepassing verklaard; daarmee wordt bewerkstelligd dat het CTZ de zorgverzekeraar ook in dit geval na aantekening van de datum van ontvangst een ontvangstbewijs moet zenden.

Aanmelding van een zorgverzekeraar als uitvoerder van de AWBZ in combinatie met de aan zorgverzekeraars in deze wet oplegde taken heeft tot gevolg dat de zorgverzekeraars, net als thans, voor de uitvoering van de AWBZ een bestuursorgaan in de zin van de Algemene wet bestuursrecht zijn, zoals ziekenfondsen dat ook waren voor de uitvoering van de Zfw. Voor de uitvoering van de Zvw zijn de zorgverzekeraars geen bestuursorgaan. Nu de uitvoering van de AWBZ niet risicodragend is, vormt de uitvoering van de AWBZ voor zorgverzekeraars geen verboden nevenactiviteit in de zin van het EU-recht. Er zij nogmaals op gewezen dat op grond van artikel 16 (oud; artikel 40 nieuw) in combinatie met volmacht- en mandaatverlening op vrijwillige basis veel van de werkzaamheden van zorgverzekeraars in het kader van de uitvoering van de AWBZ feitelijk geschieden door daartoe aangewezen rechtspersonen.

In artikel 34, voorheen vervat in artikel 15 (oud), wordt de zorgverzekeraars de verplichting opgelegd doelmatig te werken en onnodige uitgaven te voorkomen.

In artikel 35 is bepaald dat zorgverzekeraars die de AWBZ uitvoeren, het daarvoor beschikbaar gestelde geld gescheiden van de overige gelden moeten administreren. Deze verplichting komt overeen met de in artikel 25b, eerste lid, van de Mededingingswet vervatte regel voor ondernemingen die overeenkomstig artikel 86, tweede lid van het EG-Verdrag met het beheer van een dienst van algemeen economisch belang zijn belast en die met betrekking tot deze dienst in enigerlei vorm overheidssteun ontvangen. Die bepaling beoogt kruissubsidiëring tegen te gaan. In de AWBZ wordt dit voorschrift opgenomen met het oogmerk het wegvloeien van AWBZ-middelen naar andere bestemmingen te voorkomen. In de eerste plaats is dit van belang omdat, anders dan voor de Zvw, de voor de uitvoering van de AWBZ beschikbaar gestelde middelen uitsluitend zullen mogen worden aangewend voor de rechtmatige en doelmatige uitvoering van die wet. Verder is van belang dat kruissubsidiëring van de uitvoering van de Zvw of andere activiteiten van schadeverzekeraars met AWBZ-gelden wordt voorkomen. De bepaling van de Mededingingswet geldt voor de zorgverzekeraars in hun hoedanigheid van uitvoerder van de Zvw; zij zijn in dat verband te zien als ondernemingen die een dienst van algemeen economisch belang uitvoeren. Bij de uitvoering van de AWBZ is er geen sprake van een onderneming waarop de Mededingingswet van toepassing is. Toch is het van belang ook vanuit de AWBZ kruissubsidie aan andere activiteiten te voorkomen.

In artikel 38a AWBZ was artikel 38b Zfw van overeenkomstige toepassing verklaard. Dat hield in dat zorgverzekeraars in bepaalde gevallen toestem-

ming van het CVZ nodig hadden alvorens zij verbintenissen in het kader van de uitvoering van de AWBZ konden overdragen aan een andere zorgverzekeraar. Indien er sprake was van fusie gingen de rechten van derden jegens de betrokken zorgverzekeraars van rechtswege over op de nieuwe verzekeraar. Deze bepaling is geschrapt. In de Wtv 1993 zijn regels gesteld om te waarborgen dat verzekeraars hun portefeuilles zorgvuldig overdragen; daarbij is in de Zvw aangesloten. Het wordt niet noodzakelijk geacht de zorgverzekeraars in het kader van de uitvoering van de AWBZ nog een afzonderlijke verplichting op te leggen. Bij het overdragen van de zorgverzekeringenportefeuille aan een andere verzekeraar gaat de rol als uitvoerder van de AWBZ voor de betrokken verzekerden vanzelf over naar de andere zorgverzekeraar. Voor zover het gaat om verbintenissen van de zorgverzekeraar jegens anderen dan de verzekerden, zullen partijen daarover overeenstemming moeten bereiken; er is geen aanleiding daarover in de wet iets te regelen.

In artikel 38a AWBZ waren ook de artikelen 43e en 43f Zfw van overeenkomstige toepassing verklaard. Die bepalingen betroffen het indienen van een uitvoeringsverslag en een financieel verslag. In artikel 36 is thans, afgestemd op artikel 37 Zvw, een verplichting voor de zorgverzekeraars opgenomen om jaarlijks een jaarrekening te zenden aan het CTZ. Er dient een verklaring van een accountant te zijn bijgevoegd waarin wordt ingegaan op de getrouwheid en rechtmatigheid en op de ordelijkheid en controleerbaarheid van het gevoerde beheer. In het zesde lid is, zoals toegelicht bij artikel 12a, vierde lid, een voorziening getroffen die inhoudt dat het CTZ kan besluiten dat voor bepaalde baten en lasten het ontbreken van een overeenkomst met een zorgaanbieder geen gevolgen heeft voor de inhoud van de verklaring van de accountant; deze kan dan ondanks het ontbreken van overeenkomsten toch een verklaring omtrent de rechtmatigheid afgeven.

In artikel 37 is, afgestemd op artikel 38 Zvw, voorzien in een verplichting voor de zorgverzekeraars om een uitvoeringsverslag in te zenden. Deze bepaling spreekt voor zich.

In de artikelen 36 en 37 zijn bevoegdheden voor de minister opgenomen om regels te stellen over de inhoud van het financieel verslag en het uitvoeringsverslag.

Artikel 40 (oud) AWBZ verklaarde artikel 1x7 Zfw van overeenkomstige toepassing. Die bepaling betrof het stellen van regels inzake administratie, controle en verslagen waaraan zorgverzekeraars zich dienen te houden. In de Zvw is een vergelijkbare bepaling opgenomen in artikel 84. Die bepalingen zijn thans vervat in het vierde lid van artikel 36 en het derde lid van artikel 37.

Artikel 38 bevat de regels inzake het door een zorgverzekeraar zelf leveren van zorg die onder de wettelijke aanspraken valt die tot nu toe waren opgenomen in artikel 41 (oud) AWBZ. Dit verbod wordt gehandhaafd omdat anders dan bij de Zvw- bij de AWBZ sprake is van uitvoering van een verzekering van rechtswege met een gescheiden administratie, waarbij winstoogmerk niet is toegestaan en waarbij nadrukkelijk wordt toegezien op de rechtmatige en doelmatige besteding van de beschikbaar gestelde middelen. In de gewijzigde formulering van het eerste lid is verduidelijkt dat deze bepaling er niet aan in de weg staat dat de zorgverzekeraar in het kader van de uitvoering van de zorgverzekering desgewenst wel een eigen instelling in stand houdt.

Zoals al vermeld, is de inhoud van artikel 41a overgebracht naar artikel 9, derde lid, (inschrijfverbod voor personen van buiten het werkgebied van de zorgverzekeraar).

Als artikel 39 is thans in enigszins gewijzigde vorm opgenomen wat tot nu toe is geregeld in artikel 49 AWBZ; dit betreft de verplichting voor het CVZ om in voorkomend geval te zorgen voor betaling van vorderingen van zorgaanbieders voor verleende zorg als de zorgverzekeraar heeft opgehouden te betalen. Wel is daaraan toegevoegd dat het CVZ ook garant staat voor de betaling van vergoedingen die verzekerden nog tegoed mochten hebben, aangezien in de AWBZ in een aantal gevallen sprake is van recht op een vergoeding. De redactie van artikel 39 is voorts afgestemd op die van artikel 31 Zvw, zoals ook de redactie van artikel 1t Zfw en artikel 49 AWBZ op dit punt overeenkwamen. Het CVZ betaalt de in het eerste lid omschreven vorderingen indien krachtens hoofdstuk IX van de Wtv 1993 jegens een (voormalige) zorgverzekeraar de noodregeling is uitgesproken, of deze failliet is verklaard. Deze aanpassing is noodzakelijk omdat op de voormalige ziekenfondsen die zorgverzekeraar worden, de Wtv 1993 van toepassing is.

Zoals al eerder aangegeven, is het oude artikel 16 nu opgenomen als artikel 40. Deze bepaling is de basis voor het aanwijzen van de zgn. verbindingskantoren, ook wel genoemd: zorgkantoren, en het Centraal Administratiekantoor (CAK).

#### *Hoofdstuk VI. Taken van het college zorgverzekeringen*

Het oude Hoofdstuk VI had betrekking op overeenkomsten. Die bepalingen zijn nu opgenomen in de artikelen 15 tot en met 16c.

Eertijds bevatte Hoofdstuk VII AWBZ de regeling van de taken en bevoegdheden van de Ziekenfondsraad. Bij gelegenheid van de Wet van 27 maart 1999 tot wijziging van de Zfw, de Wet tarieven gezondheidszorg en de Wet ziekenhuisvoorzieningen in verband met wijzigingen in de taak, samenstelling en werkwijze van de in die wetten geregelde bestuursorganen, alsmede wijziging van andere wetten in verband daarmee (uitvoeringsorganen volksgezondheid) (Stb. 1999, 185) zijn de bepalingen over het CVZ en – toen nog – de Commissie toezicht zorgverzekeringen opgenomen in de artikelen 1a tot en met 1x10 Zfw.

Nu de Zfw zal vervallen en de Zvw een en ander slechts regelt voor het bereik van die wet, regelt het nieuwe hoofdstuk VI de taken en bevoegdheden van het CVZ voor de uitvoering van de AWBZ. In Hoofdstuk VII gebeurt hetzelfde voor het CTZ .

In de Zvw zijn de algemene regels inzake het CVZ (artikelen 58 tot en met 76) en het CTZ (artikelen 77 tot en met 85) opgenomen. Voor zover die bepalingen het functioneren van het CVZ en CTZ in het algemeen betreffen, behoeven die in de AWBZ uiteraard niet te worden herhaald; de formulering is zodanig gekozen dat zij gelden voor de gehele taakuitoefening. In de Wfsv is het beheer van het AFBZ door het CVZ geregeld. Op deze plaats behoeven nog slechts geregeld te worden de specifieke taken en bevoegdheden van beide bestuursorganen.

Artikel 41 regelt, parallel aan artikel 64 Zvw, dat het CVZ tot taak heeft de eenduidige uitleg van aanspraken op grond van deze wet te bevorderen. Het college kan met het oog op de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de wet regels stellen waaraan zorgverzekeraars moeten voldoen. Artikel 42 (vgl. artikel 65 Zvw) betreft de voorlichtingstaak van het CVZ met betrekking tot de AWBZ.

Artikel 43 (vgl. artikel 66 Zvw) verplicht het CVZ de minister te rapporteren over voorgenomen beleid inzake de aard, inhoud en omvang van de aanspraken. Dit omvat ook de zogenaamde uitvoeringstoetsen. Ook moet het college ontwikkelingen signaleren die aanleiding kunnen zijn aanspraken te heroverwegen of toe te voegen.

Artikel 1p van de Zfw voorzagt in de mogelijkheid om bij ministeriële regeling subsidies te regelen die ten laste kwamen van het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ) en uit de Algemene Kas. In de memorie van toelichting bij de Zvw is aangegeven dat is besloten de basis voor de subsidies uit het AFBZ in de AWBZ zelf op te nemen. Artikel 44 bevat die regels. Net als bij de Zvw is het aantal doelen waarvoor subsidie kan worden verstrekt in de AWBZ beperkt.

Artikel 44, eerste lid, vormt de basis voor de subsidies ten behoeve van zwangerschapsafbreking en overtijdbehandeling, zoals die sinds jaar en dag worden verstrekt (vgl. artikel 2.7.19.1 e.v. van de Regeling subsidies AWBZ en Zfw). Gehandhaafd blijft dat de zwangerschapsafbrekingen niet worden gefinancierd uit de premiemiddelen, maar uit belastingmiddelen die via een rijksbijdrage aan het AFBZ worden toegevoegd.

Verder biedt artikel 44 de grondslag voor de subsidies waarmee een zogenaamd persoonsgebonden budget (pgb, middelen waarmee verzekerden zelf hun zorg kunnen inkopen) worden mogelijk gemaakt (vgl. de artikelen 2.5.1.1 e.v. van de genoemde regeling).

Er kan verder nog slechts subsidie worden verstrekt voor zorg of andere diensten ten aanzien waarvan het voornemen bestaat deze op te nemen in het pakket te verzekeren prestaties. In verband daarmee is in het eerste lid, onderdeel a, net als in artikel 68, eerste lid, Zvw, bepaald dat deze subsidies tijdelijk zijn. Er is echter van afgezien om in de wet een strikte termijn op te nemen, waardoor het mogelijk blijft dat per regeling specifiek aan te geven.

Met deze regeling is aangesloten bij het subsidiebeleid zoals dat in de brief van 13 november 2003 aan de Voorzitter van de Tweede Kamer is meegedeeld (Kamerstukken II 2003/04, 29 214, nr. 5). In de brief van 9 september 2004 aan de Voorzitter van de Tweede Kamer, is aangegeven dat alle bestaande premiesubsidies zullen worden beëindigd en elders zullen worden ondergebracht (Kamerstukken II 2003/04, 29 214, nr. 9). Omdat met het elders regelen enige tijd gemoeid is, is in artikel 3.1.7 een overgangsmaatregel getroffen. Tot uiterlijk 1 januari 2009 kunnen bestaande subsidies nog worden voortgezet.

In het tweede lid is er (net als in artikel 1p Zfw) in voorzien dat ingevolge de ministeriële regeling door het CVZ aangewezen rechtspersonen kunnen worden verplicht bevoegdheden uit te oefenen bij de verstrekking van de subsidies. Het CVZ is de verstrekker van de subsidies.

Het derde lid legt vast dat de minister per categorie van subsidies een plafond kan vaststellen. De vergoedingen voor door zorgverzekeraars uitgeoefende bevoegdheden als bedoeld in het tweede lid, dienen te worden meegerekend voor de beantwoording van de vraag of het plafond is bereikt.

Het vierde lid kent de mogelijkheid het CVZ de bevoegdheid toe te kennen nadere regels te stellen. Te denken valt daarbij aan op de subsidiepraktijk toegespitste uitwerking van in de ministeriële regeling gestelde regels. Die nadere regels behoeven goedkeuring van de minister (vijfde lid). De goedkeuring kan niet alleen wegens strijd met het geschreven of ongeschreven recht, maar ook wegens strijdigheid met het belang van de volksgezondheid worden onthouden (zesde lid).

De bestaande -op artikel 1p Zfw gebaseerde subsidieregeling zal vervallen en worden vervangen door een nieuwe, gebaseerd op artikel 44 AWBZ.

Artikel 45 regelt het afleggen door het CVZ van verantwoording met betrekking tot het AFBZ (vgl. artikel 1s Zfw en artikel 74 Zvw, dat de verantwoording over het Zorgverzekeringsfonds regelt). Wel is de termijn voor het uitbrengen van de jaarrekening hier, anders dan in de Zvw, gesteld op 31 december, zodat het CVZ voldoende tijd heeft voor de

opstelling daarvan na ontvangst van de jaarrekeningen van de zorgverzekeraars.

Artikel 46 bevat, net als artikel 76 Zvw, de verplichting om de goedkeuring van de minister op de jaarrekening te verkrijgen.

Artikel 47, ten slotte, draagt het CVZ op de minister gevraagd en ongevraagd te adviseren over de middelen die nodig zijn voor de uitvoering van de AWBZ en de premie daarvoor.

#### *Hoofdstuk VII. Taken van het College toezicht*

De inhoud van het oude hoofdstuk VII is opgegaan in de Wfsv (oud artikel 48) en in artikel 39 AWBZ nieuw (oud artikel 49). Het nieuwe hoofdstuk regelt de taken en bevoegdheden van het CTZ (zie aanhef toelichting hoofdstuk VI).

Het nieuwe artikel 48 regelt dat het CTZ is belast met het toezicht op de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars en zorgkantoren en CAK. Daarnaast ziet het CTZ toe op naleving van enige bepalingen van de Wfsv.

Artikel 49 kent een algemene rapportageverplichting van het CTZ inzake de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de AWBZ. Deze bepaling is analoog aan artikel 80 Zvw; in vergelijking daarmee is doelmatigheid toegevoegd als onderwerp van rapportage. In het kader van de AWBZ vormt doelmatig werken (vgl. artikel 34), anders dan voor de toepassing van de Zvw, eveneens een wettelijke verplichting, zodat ook daarover moet worden gerapporteerd.

Artikel 50 regelt analoog aan artikel 81 Zvw dat het CTZ zoveel mogelijk gebruik moet maken van controleactiviteiten die door anderen al zijn verricht.

Artikel 51 (vgl. artikel 82 Zvw) legt het CTZ de verplichting op de minister te rapporteren over de uitvoerbaarheid van AWBZ-beleid. Ook moet het college op verzoek van de minister en kan het op verzoek van het CVZ onderzoek instellen bij zorgverzekeraars.

#### *Hoofdstuk VIII. Gegevensverstrekking*

Ook voor dit hoofdstuk is de regeling in de Zvw (artikelen 86 tot en met 93) als uitgangspunt genomen. De nieuwe bepalingen zijn zodanig geformuleerd dat expliciet is bepaald in hoeverre de gegevensuitwisseling ook kan bestaan uit persoonsgegevens als bedoeld in de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp). Deze wijze van gegevensverstrekking is doorgetrokken naar de AWBZ, met dien verstande dat de toepasselijke artikelen in de AWBZ zijn toegeschreven op de gegevensverstrekking die voor die wet relevant is. Voor een toelichting op die artikelen is daar waar dit mogelijk is, aangesloten bij het artikelsgewijze deel van de memorie van toelichting op de Zvw.

Artikel 52 regelt dat de zorgverzekeraar in zijn administratie het sociaal-fiscaalnummer van zijn verzekerden moet opnemen met het oog op de uitvoering van de AWBZ (vgl. oud artikel 40a) en de gegevensverstrekking aan andere partijen binnen het sofi-domein. De tekst komt in hoge mate overeen met die van artikel 86 Zvw, maar bevat een extra bepaling (vierde lid). Daarin is geregeld dat de zorgaanbieders, voor zover bij amvb aangegeven, eveneens het sociaal-fiscaalnummer in hun administratie moeten opnemen.

Artikel 53 is gemodelleerd naar artikel 87 Zvw. Het artikel legitimeert expliciet de verstrekking van persoonsgegevens omtrent de gezondheid tussen de aangegeven personen en instanties en voor de aangegeven doelen. Het artikel kan worden gezien als een uitwerking van artikel 21 van de Wbp voor de AWBZ-sfeer. Voorts is artikel 53 AWBZ, net als artikel 87 Zvw, een wetsbepaling die de zwijgplicht, neergelegd in artikel 7:457 van het Burgerlijk Wetboek, doorbreekt. Het artikelsgewijze deel van de memorie van toelichting op het wetsvoorstel Zvw (Kamerstukken II 2003/04, 29 763, nr. 3, pp. 176 en 177) gaat hier nader op in.

Bij de uitvoering van de AWBZ zijn meer soorten organisaties betrokken dan bij de afwikkeling van zorgverzekeringen en de uitvoering van de Zvw. Immers, anders dan voor de zorgverzekeringen, wordt de vraag of een verzekerde is aangewezen op AWBZ-zorg, beoordeeld door een afzonderlijk indicatieorgaan, te weten het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Daarnaast is, met behoud van de eindverantwoordelijkheid voor de zorgverzekeraars, de uitvoering van de AWBZ deels door die zorgverzekeraars en deels door de Minister van VWS opgedragen aan zorgkantoren en het CAK. De ingewikkelder uitvoeringsstructuur van de AWBZ noopte tot een bepaling over de verstrekking van (gezondheids)persoonsgegevens die iets ingewikkelder is dan artikel 87 Zvw.

Op grond van het eerste lid verstrekken zorgaanbieders enerzijds en zorgverzekeraars, zorgkantoren en het CAK anderzijds elkaar de persoonsgegevens, waaronder gezondheidspersoonsgegevens, van de AWBZ-verzekerden, voor zover dit noodzakelijk is voor een goede uitvoering van de AWBZ. Hetzelfde geldt voor het berichtenverkeer tussen het CIZ en de zorgverzekeraars, zorgkantoren en het CAK.

Vaak weten zorgvragers op het moment waarop zij een indicatiebesluit van het CIZ krijgen, al naar welke zorgaanbieder zij willen. Het zou dan tot tijdverlies leiden indien het indicatieorgaan zou volstaan met verzending van het indicatiebesluit aan de zorgvrager en aan het zorgkantoor: vanuit het oogpunt van doelmatigheid is het wenselijk dat ook de zorgaanbieder zo snel mogelijk een indicatiebesluit ontvangt, opdat deze de betrokkene alvast kan inschrijven of zelfs kan starten met de zorgverlening. Niet gesteld kan echter worden, dat een dergelijke verzending noodzakelijk is voor een goede uitvoering van de AWBZ. Daarom geschiedt verzending slechts met uitdrukkelijke toestemming van de betrokkene, zo bepaalt het tweede lid van artikel 53.

Op grond van de artikelen 11, 12 en 12a AWBZ is het mogelijk dat een zorgverzekeraar AWBZ-zorg niet voor zijn rekening door een zorgaanbieder laat verstrekken, maar slechts de verzekerde de door hem gemaakte kosten van de zorg vergoedt (restitutie). Daartoe zal een verzekerde dan wel de rekeningen van de zorgaanbieder bij de zorgverzekeraar/het zorgkantoor moeten indienen. Het derde lid zorgt ervoor dat de zorgaanbieder die gegevens op de rekening zet, die voor de zorgverzekeraar, het zorgkantoor en het CAK noodzakelijk zijn om de rekening te controleren en vervolgens te kunnen vergoeden. Overigens zal restitutie zich binnen de AWBZ vooralsnog weinig voordoen. Iets anders geldt voor de pgb's, die op grond van de in artikel 44 AWBZ bedoelde ministeriële regeling veelvuldig verstrekt zullen worden. Pgb's worden vooraf verstrekt, en de verzekerde dient zich achteraf over de besteding ervan jegens de zorgkantoren te verantwoorden. Op grond van het derde lid zullen de zorgaanbieders hun rekeningen voor de budgethouders zo moeten opstellen, dat deze die voor hun verantwoording aan de zorgkantoren kunnen gebruiken.

Het vierde lid zorgt er voor dat personen, werkzaam ten behoeve van een zorgaanbieder of indicatieorgaan, verplicht zijn die zorgaanbieder of dat indicatieorgaan die (gezondheids)persoonsgegevens over hun patiënten of klanten te verschaffen, die die zorgaanbieder of dat indicatieorgaan nodig heeft om aan zijn verplichtingen op grond van het eerste, tweede of derde lid te voldoen. Ziet het eerste lid derhalve op de beperking van de zwijgplicht van zorgaanbieders, het vierde lid ziet op de beperking van de zwijgplicht van het daarvoor werkende personeel. Gedacht kan bijvoorbeeld worden aan een verpleeghuisarts, of een arts die een indicatieorgaan bij de indicatie van individuele verzekerden adviseert.

Het is de bedoeling dat personen werkzaam bij de instanties die de gegevens op grond van de eerdere leden ontvangen, deze geheimhouden, tenzij enig wettelijk voorschrift hen tot verstrekking ervan verplicht. Het vijfde lid legt daartoe een geheimhoudingsplicht op aan personen, aangewezen door de zorgverzekeraars of door Onze Minister, dus op dit moment in ieder geval aan de zorgkantoren en het CAK. Het opleggen van een geheimhoudingsplicht aan de zorgverzekeraars zelf is hier, anders dan in artikel 87 Zvw, niet nodig, aangezien zij in hun rol van uitvoerder van de AWBZ, anders dan in hun rol van aanbieder en uitvoerder van zorgverzekeringen, bestuursorganen zijn. Voor het personeel van bestuursorganen bevat artikel 2:5 Awb al een geheimhoudingsplicht. Om dezelfde redenen – het CIZ is een bestuursorgaan – is het niet nodig nog eens een geheimhoudingsplicht voor het personeel van het indicatieorgaan op te nemen. Hoewel artikel 2:5 Awb tevens een geheimhoudingsplicht bevat voor (personeel van) organisaties waaraan bestuursorganen werkzaamheden uitbesteden, is wél een afzonderlijke geheimhoudingsplicht voor het personeel van door zorgverzekeraars of de Minister van VWS (immers ook een bestuursorgaan) aangewezen personen opgenomen. De reden hiervan is dat een aanwijzing niet noodzakelijkerwijs met uitbesteding gepaard hoeft te gaan.

Het zesde lid bevat de mogelijkheid een aantal onderwerpen bij ministeriële regeling nader te regelen.

De artikelen 54 en 55 (de huidige artikelen 56 en 57 AWBZ) corresponderen met de artikelen 88 en 89 van de Zvw.

Artikel 54 verplicht eenieder, waaronder verzekerden en werkgevers, gegevens te verstrekken die voor die zorgverzekeraars en de in artikel 54 bedoelde instanties en personen noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de AWBZ. Het kan hierbij zowel om persoonsgegevens in de zin van de Wbp gaan, als om andere gegevens en inlichtingen, mits deze noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de AWBZ. Voor de wijze waarop dit noodzakelijkheidsbegrip dient te worden ingevuld, zij verwezen naar de Wbp.

Artikel 53 kan worden beschouwd als een specialis van artikel 54, waarbij artikel 53 vooral gaat om gegevens betreffende de gezondheid, en artikel 54 meer om andere (persoons)gegevens.

In artikel 55 is de gegevensuitwisseling tussen de in artikel 54, eerste lid, genoemde instanties geregeld.

De artikelen 56 en 57 corresponderen met de artikelen 90 en 91 van de Zvw.

Het College toezicht of het College zorgverzekeringen kunnen bij regeling bepalen welke gegevens en inlichtingen regelmatig door de zorgverzekeraars moeten worden verstrekt. Het gaat hierbij niet om persoonsgegevens in de zin van de Wbp. Het tweede lid regelt dat het CTZ respectievelijk het CVZ tevens kunnen bepalen wanneer en op welke wijze de inlichtingen worden verstrekt, en dat zij kunnen vragen dat een externe

accountant de juistheid van de verstrekte gegevens bevestigt. Het woord «regeling» in het eerste lid en het woord «regels» in het tweede lid geven aan, dat de door het CTZ en CVZ in hun regelingen op te nemen voorschriften algemeen verbindende voorschriften zullen zijn en derhalve de zorgverzekeraars zullen binden.

Artikel 57 beoogt dat het CVZ en het CTZ de Minister en de andere genoemde instanties kunnen informeren over ontwikkelingen die de taakuitoefening van de Minister en deze instanties raken op het gebied van de AWBZ, bijvoorbeeld indien het College toezicht constateert dat er een opvallende stijging is in een bepaald uitgavenpatroon binnen de AWBZ.

In artikel 57a is de wettelijke basis gelegd voor de elektronische uitwisseling van gegevens. Het gaat hier om standaardpersoonsgegevens (waarvan de bevoegdheid tot doorgifte overigens op grond van artikel 52 of 55 geoorloofd dient te zijn), bijvoorbeeld met betrekking tot de vraag of iemand ingevolge de AWBZ verzekerd is. Het gaat daarbij vooral om intersectorale gegevensuitwisseling met onder meer de Belastingdienst, de gemeentelijke basisadministratie of de Sociale Verzekeringsbank. In het tweede lid wordt aan CVZ de mogelijkheid gedelegeerd om ter zake van die elektronische uitwisseling regels te stellen omtrent bepaalde, in de verschillende onderdelen aangeduide onderwerpen, die van wezenlijk belang zijn voor het goed functioneren van die gegevensuitwisseling.

Artikel 57b AWBZ (geheimhoudingsplicht) is geënt op artikel 93 Zvw. Voor een toelichting hierop wordt verwezen naar de toelichting op dat artikel, dat overigens in de bij de Tweede Kamer ingediende versie van de Zvw artikel 92 was (Kamerstukken II 2003/04, 29 763, nr. 3, pp. 182 en 183).

#### *Hoofdstuk VIII A. Handhaving*

Toegevoegd wordt een hoofdstuk Handhaving. Hiervoor is uiteraard gekeken naar de bepalingen van de artikelen 1x8 tot en met 1x10 Zfw. Omdat het bij de AWBZ gaat om uitvoering zonder winstoogmerk, is afgezien van het mogelijk maken van een administratieve boete. Het opleggen van een dergelijke boete zou immers ofwel impliceren dat deze betaald zou mogen worden ten laste van de voor de uitvoering van de AWBZ beschikbare middelen ofwel met zich brengen dat de zorgverzekeraar daarvoor andere – eigen – middelen zou moeten aanspreken. Het eerste zou geen werkelijke sanctie betekenen; het laatste wordt niet passend geacht, nu de uitvoering van de wet zonder winstoogmerk geschiedt. Voorts zou een (als gevolg van de boetemogelijkheid) risicodragende uitvoering van de AWBZ mogelijk leiden tot strijdigheid met de uit de Europese schaderichtlijnen voortvloeiende verbod op risicodragende nevenactiviteiten. De zorgverzekeraars die de Zvw uitvoeren, zouden de AWBZ dan niet mogen uitvoeren.

#### *Aanwijzingen*

Artikel 57c bevat materieel wat voorheen geregeld was in artikel 1x8 Zfw (vgl. ook artikel 94 Zvw). Het CTZ kan een zorgverzekeraar een aanwijzing geven om aan de wet te voldoen. Die aanwijzing kan niet betrekking hebben op individuele gevallen. Als niet aan de aanwijzing wordt voldaan, kan bestuursdwang worden toegepast. Het instrumentarium is uitgebreid met de mogelijkheid om ruchtbaarheid te geven aan het handelen in strijd met de wet.

#### *Last onder dwangsom*

In artikel 57d is (vgl. artikel 95 Zvw) nu toegevoegd de mogelijkheid om een last onder dwangsom op te leggen. Hoewel de bevoegdheid tot het toepassen van bestuursdwang, voorzien in artikel 57c, vierde lid, ingevolge de Awb ook de bevoegdheid met zich brengt om een last onder dwangsom op te leggen, is toch gekozen voor deze afzonderlijke bepaling.



Het verschil met de impliciete mogelijkheid bij bestuursdwang is dat een last onder dwangsom ingevolge artikel 57d direct zou kunnen worden opgelegd zonder voorafgaande aanwijzing. Het spreekt voor zich dat deze mogelijkheid slechts zal worden gebruikt indien de aard van de geconstateerde schending van de wettelijke bepalingen daartoe noopt.

Artikel 1x9 Zfw keert niet terug. Dat artikel maakte het mogelijk dat het CVZ een ziekenfonds onder bewind stelde. De bepaling gold ook in het verleden al niet voor particuliere verzekeraars die de AWBZ uitvoerden. Het wordt, gelet op het toepasselijke regime van de Wtv 1993, niet noodzakelijk noch wenselijk geacht dat in de toekomst nog een bewindvoerder wordt aangesteld. De aanwijzingsbevoegdheid, met de bestuursdwangmogelijkheid, en de mogelijkheid van een last onder dwangsom waarborgen genoegzaam dat de goede naleving van de wet kan worden gerealiseerd.

Ook artikel 1x10 Zfw keert niet terug. Het vorderen van schadevergoeding van een bestuurder of gewezen bestuurder van een zorgverzekeraar door het CTZ kan gevoeglijk aan die zorgverzekeraar worden overgelaten.

## Q

In het verlengde van de Zvw (artikel 115) is er in het nieuwe artikel 62 in voorzien dat de rechtbank te Rotterdam bij uitsluiting bevoegd is kennis te nemen van beroepen tegen beschikkingen tot oplegging van een aanwijzing of een last onder dwangsom. Daartoe bestaat aanleiding omdat in de praktijk een zekere verwevenheid aanwezig kan zijn tussen zaken ingevolge de Zvw en zaken op grond van de AWBZ. In artikel 63 is het oude artikel 62 in enigszins gewijzigde formulering, afgestemd op de tekst van artikel 116 Zvw, opgenomen.

## S

In het hoofdstuk dat de invloed van de verzekering op het burgerlijk recht regelt (IXa) is nu opgenomen de bepaling van voorheen artikel 5a. Deze regelt dat overeenkomsten van ziektekostenverzekering vervallen voor zover daarin geregelde zaken onderwerp worden van de wettelijke aanspraken. Tevens moet dan verlaging van de premie en restitutie van teveel betaalde premie plaatsvinden.

## T

Artikel 65a ziet op het regres van kosten van zorg, waarop aanspraak bestaat ingevolge de AWBZ. In artikel 44 is de basis voor de subsidies uit het AFBZ in de AWBZ zelf opgenomen. In verband hiermee wordt de reikwijdte van artikel 65a uitgebreid tot subsidies ingevolge artikel 44.

## V

Deze wijziging is nodig in verband met de invoering van de Wet financiering sociale verzekeringen. In art. 48, derde lid, van de Invoeringswet wet financiering sociale verzekeringen (Stb. 2005, 37) wordt de Coördinatiewet sociale verzekering (Csv) ingetrokken. De verwijzing naar art. 16a Csv in art. 65c AWBZ behoeft daarom aanpassing bij de inwerkingtreding van artikel 48 Wfsv. Daarin wordt in onderdeel V voorzien.

Aan een bepaling die derden verbiedt werkzaamheden te verrichten die op grond van de AWBZ uitsluitend door zorgverzekeraars mogen worden verricht, bestaat geen behoefte meer, daar gelaten dat er geen bepalingen in de wet staan die werkzaamheden aan zorgverzekeraars voorbehouden. Nu de toelating is geschrapt, zijn er voorts geen toelatingsvoorwaarden meer die kunnen worden overtreden. Handhaving van de wet geschiedt op basis van Hoofdstuk VIII A. Artikel 66 en de vermelding daarvan in artikel 76 kunnen dus vervallen.

## Z

Deze wijziging houdt verband met de overbrenging van artikel 41a naar het derde lid van artikel 9.

### **Artikel 3.1.2** (overgangsrecht opheffing vrijwillige AWBZ)

In het Algemeen deel van deze toelichting en in de toelichting op artikel 3.1.1, onderdeel N, is aangegeven dat de invoering van de Zvw in combinatie met Verordening nr. 1408/71 en de socialezekerheidsverdragen ertoe leidt dat de noodzaak voor de vrijwillige AWBZ-verzekering komt te vervallen. In de toelichting op artikel 3.1.1, onderdeel N, is al vermeld dat de vrijwillige AWBZ-verzekering alleen nog van belang zou zijn voor mensen die zich in een land vestigen waarmee Nederland geen internationale socialezekerheidsrelatie heeft. In het betreffende onderdeel van de toelichting is met redenen omkleed aangegeven dat de regering de vrijwillige AWBZ-verzekering voor die – betrekkelijk geringe – categorie van mensen niet wenst voort te zetten.

Door het vervallen van hun vrijwillige AWBZ-verzekering hebben de betrokkenen -zonder nadere voorziening- niet langer recht op de in artikel 20, eerste lid, onderdeel b, en derde lid, van het Besluit zorganspraken AWBZ (BZA) (jo. de Regeling Ziekenfondsraad hulp in bijzondere gevallen) geregelde vergoeding van kosten van zorg in het buitenland. Daardoor zouden zij in financiële problemen kunnen komen. Daarom wordt voor de belanghebbenden een overgangsregeling getroffen.

Artikel 3.1.2 voorziet erin dat een persoon van wie de vrijwillige AWBZ-verzekering als gevolg van de inwerkingtreding van deze wet wordt beëindigd, en die op de dag voorafgaande aan de dag van inwerkingtreding van deze wet op basis van de niet langer op hem van toepassing zijnde regeling van het BZA al aanspraak had op een vergoeding van de kosten van zorg, die vergoeding behoudt.

Dat recht op vergoeding blijft bestaan zolang de zorg wordt verleend. Er is geen termijn gesteld aan het recht op vergoeding omdat een dergelijke termijn voor de betrokkene alsnog tot financiële problemen kan leiden. Ook is geregeld dat betrokkene als hij aansluitend aangewezen raakt op andere vormen van zorg die op de dag voor de inwerkingtreding van deze wet bij of krachtens de AWBZ als aanspraak zijn geregeld, ook aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van die zorg (als de gezondheidstoestand van een rechthebbende op vergoeding van de kosten van thuiszorg bijvoorbeeld zodanig achteruit gaat dat hij moet worden opgenomen in een verpleeghuis). Er is van afgezien hiervoor een voorafgaande toetsing door een indicatieorgaan te verlangen; wel is door middel van de woorden «in redelijkheid» erin voorzien dat het CVZ in geval van twijfel over de noodzaak van de vervolgzorg van de belanghebbende mag verlangen dat hij aannemelijk maakt dat hij op die zorg aangewezen is. De betrokkenen ontvangen hierover voorlichting.

### **Artikel 3.1.3**

Artikel 3.1.3, eerste lid, bepaalt dat, voor zover de betrokkenen op grond van een internationale regeling aanspraak hebben op het zgn. woonlandpakket, de vergoeding in aanvulling daarop zal worden verleend. Op grond van die regelingen moet de Nederlandse verzekeringsinstelling die in de desbetreffende internationale regeling is aangewezen als het zogenoemde bevoegde orgaan, aan het orgaan van de woonplaats dat de verstrekkingen verleent, voor elke rechthebbende een bedrag betalen dat is gebaseerd op de gemiddelde kosten van zorg die in dat land aan de «eigen» verzekerden wordt verleend. Voor (een deel van de) desbetreffende zorg is dan ook al betaald. Het is dan ook redelijk de vergoeding in aanvulling op de verdragsaanspraken te verstrekken en niet in plaats daarvan.

Voor de redactie van deze bepaling is aansluiting gezocht bij artikel 2 van de Regeling Ziekenfondsraad hulp in bijzondere omstandigheden AWBZ, zoals die luidde op de dag voorafgaande aan de inwerkingtreding van deze wet.

In het tweede lid is nader bepaald hoe de vergoeding wordt berekend in geval het een woonland betreft waarmee Nederland geen internationale socialezekerheidsrelatie heeft. Als voor de zorg in het woonland een tarief is vastgesteld of een tarief in rekening pleegt te worden gebracht, vormt dat tarief de basis voor de vergoeding. Deze bepaling is met name van belang voor voormalig vrijwillig AWBZ-verzekerden die in een niet-verdragsland wonen.

Het derde lid ziet op de mogelijkheid dat in het woonland geen tarief is vastgesteld, noch een tarief in rekening pleegt te worden gebracht. In dat geval wordt bezien in hoeverre de kosten aanvaardbaar zijn in relatie tot het kostenniveau van de gezondheidszorg in dat land.

Het vierde lid impliceert dat bij de bepaling van de vergoeding een in ons land bij het verstrekken van de AWBZ-zorg eventueel verschuldigde eigen bijdrage in mindering wordt gebracht.

### **Artikel 3.1.4**

In artikel 3.1.4 wordt als voorwaarde waaraan moet zijn voldaan, geregeld dat rechthebbenden zich binnen een termijn van vier maanden na inwerkingtreding van deze wet voor de overgangsregeling als rechthebbende moeten aanmelden bij het CVZ.

Uiteraard zullen inspanningen worden verricht om de vrijwillig AWBZ-verzekerden op de hoogte te stellen van de wijzigingen in de wetgeving. Personen die zich na die termijn melden worden geaccepteerd, indien zij aantonen dat zij zich hebben aangemeld binnen een termijn van vier maanden nadat zij redelijkerwijs van de overgangsregeling kennis hebben kunnen nemen.

Het CVZ is het bestuursorgaan dat na de aanmelding van een rechthebbende in beginsel verantwoordelijk is voor de verlening van de vergoeding. Voor het CVZ is de uitvoering van de overgangsregeling een nieuwe taak. Hierin is aanleiding gevonden om in het tweede lid te bepalen dat het CVZ een zorgkantoor naar keuze kan mandateren en volmacht kan verlenen om namens hem de nodige besluiten te nemen en de feitelijke afhandeling te verrichten.

### **Artikel 3.1.5**

Artikel 3.1.5 bepaalt dat de vergoedingen en de kosten voor het verlenen daarvan ten laste komen van het AFBZ, zowel wanneer het CVZ die werkzaamheden zelf verricht als in het geval dat het CVZ op basis van met een zorgkantoor te maken afspraken een mandaat en volmacht heeft gegeven als hiervoor bedoeld. Deze uitgaven vormen vervolgens onderdeel van de

verantwoording van het CVZ over het beheer van het AFBZ (zie artikel 45 AWBZ).

### **Artikel 3.1.6**

In artikel 3.1.6 is de rechtsbescherming zoals die geldt voor «verstrekkingengeschillen» in de AWBZ van overeenkomstige toepassing verklaard voor geschillen tussen de belanghebbende en het CVZ over de vergoeding. Daarop is een voor de hand liggende uitzondering gemaakt wat betreft artikel 58 van de AWBZ, dat de uitvoeringsorganen verplicht, alvorens afwijzend te beslissen op een bezwaarschrift, eerst het CVZ om advies te vragen.

### **Artikel 3.1.7**

Door de gewijzigde bepaling inzake subsidies ten laste van het AFBZ in artikel 44 AWBZ ontvalt de basis aan een groot aantal subsidiestromen die nu wel ten laste van dat fonds komen. Het is de bedoeling deze subsidies te beëindigen dan wel onder te brengen in een ander wettelijk kader. Het gaat daarbij om de Wet maatschappelijke ondersteuning en de Kaderwet VWS-subsidies. In afwachting daarvan bestaat er behoefte aan een tijdelijke wettelijke basis voor voortzetting tot uiterlijk 1 januari 2009. Dit artikel regelt die basis.

*Paragraaf 3.2 Volksgezondheid, Welzijn en Sport, overige wetten*

### **Artikel 3.2.1**

De wijziging in de **Kwaliteitswet zorginstellingen** betreft slechts de vervanging van een verwijzing naar (zorg als omschreven bij of krachtens) de Zfw door een verwijzing naar (zorg als omschreven bij of krachtens) de Zvw.

### **Artikel 3.2.2**

In artikel 5a van de **Wet collectieve preventie volksgezondheid** wordt een verwijzing aangepast die niet langer correct was omdat het daar genoemde besluit inmiddels is vervangen door het thans in de wijzigingsbepaling genoemde.

### **Artikel 3.2.3**

De **Wet van 12 mei 1999 tot wijziging van enkele wetten in verband met invoering van het regresrecht in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en versterking van het regresrecht in de Ziekenfondswet, alsmede enkele technische wijzigingen (Wet invoering en versterking regresrecht in AWBZ en ZFW) (Stb. 239)** is volledig uitgewerkt en wordt daarom ingetrokken.

De artikelen I tot en met III van deze wet voorzien in de wijziging van andere wetten, en waren daarom direct na de inwerkingtreding uitgewerkt. Artikel IV bevat een overgangsbepaling die de werking van artikel 65b van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten beperkt tot feiten die na het tijdstip van inwerkingtreding van de in het artikel genoemde wijzigingswet hebben plaatsgevonden. Deze bepaling heeft inmiddels geen betekenis meer en kan daarom vervallen. Artikel V bevat eveneens een overgangsregeling, in dit geval voor personen die bij de inwerkingtreding al 65 jaar waren. Ook deze bepaling is inmiddels van belang ontbloom. Artikel VI voorzorg in wijziging van het wetsvoorstel dat tot de Wet invoering en versterking regresrecht in AWBZ en Zfw heeft geleid voor het

geval een ander wetsvoorstel tot wet zou worden verheven. Deze bepaling is inmiddels uitgewerkt. Artikel VII regelt de inwerkingtreding.

#### **Artikel 3.2.4**

De wijziging in de **Wet klachtrecht cliënten zorgsector** betreft slechts de vervanging op twee plaatsen van een verwijzing naar (zorg als omschreven bij of krachtens) de Zfw door een verwijzing naar (zorg als omschreven bij of krachtens) de Zvw.

#### **Artikel 3.2.5**

Met artikel 52 van de WTZi is abusievelijk in artikel 1, eerste lid, onder b, 2°, van de **Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen** een wijziging aangebracht. Beoogd werd een wijziging van onderdeel b, 1°, zodanig dat daarin niet langer zou worden gesproken over een toelating ingevolge de Zfw of de AWBZ. Nu in artikel 1, eerste lid, onder b, 1°, in verband met invoering van de Zvw het woord «Ziekenfondswet» moet worden vervangen, is ervoor gekozen het gehele onderdeel opnieuw vast te stellen en aldus deze fout te herstellen.

#### **Artikel 3.2.6**

In dit artikel wordt voorzien in wijziging van artikel 29, eerste lid, van de **Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg**. Op grond van de Zvw geldt er geen verwijsplicht meer voor de toegang tot de fysiotherapeut, zoals die gold op grond van de Zfw. In lijn daarmee vervalt thans ook de beperking in het deskundigheidsgebied van de fysiotherapeut. Op grond van de huidige bepaling behoort tot het deskundigheidsgebied van de fysiotherapeut het verrichten van nader te omschrijven handelingen op het gebied van fysiotherapie, voor zover zij liggen op het gebied van de geneeskunst en het verrichten ervan geschiedt op verwijzing van een arts. Door de toegenomen deskundigheid van de fysiotherapeut en zijn rol in de eerstelijnszorg kan de verwijzrelatie als begrenzing van het deskundigheidsgebied van de fysiotherapeut thans vervallen. Fysiotherapeuten leveren een aanzienlijk deel van de zorg in de eerste lijn, waarbij er sprake is van grote zelfstandigheid in het behandelen. Huisartsen erkennen deze deskundigheid van de fysiotherapeut. Bij directe toegankelijkheid van de fysiotherapeut moet de individuele fysiotherapeut kunnen beoordelen of het klachtenpatroon dat een cliënt presenteert, toebehoort aan een gezondheidsprobleem dat valt binnen het competentiegebied van de fysiotherapeut. Dit is mogelijk wanneer er voldoende waarborgen zijn voor de kwaliteit van zorg. Inmiddels is het curriculum van de opleiding tot fysiotherapeut aangepast en wordt de zittende beroepsgroep bijgeschoold zodat directe toegankelijkheid van de fysiotherapeut op verantwoorde wijze kan worden ingevoerd. Fysiotherapeuten hebben bovendien veel geïnvesteerd in het verbeteren en waarborgen van kwaliteit. Zij werken in toenemende mate volgens richtlijnen en protocollen. Directe toegankelijkheid van fysiotherapie komt tegemoet aan deze inspanningen en doet recht aan de deskundigheid van de fysiotherapeut. Een uitgebreid onderzoek van het CVZ heeft ook uitgewezen dat invoering van directe toegankelijkheid, mede dankzij de hoge kwaliteit van fysiotherapie, verantwoord is. Het deskundigheidsgebied van de fysiotherapeut kan op verantwoorde wijze worden uitgebreid met directe toegankelijkheid. Dit past binnen opvattingen over taakherschikking en het slimmer organiseren van de toegang tot de eerstelijnszorg. Voor andere paramedische beroepen zijn bovengenoemde waarborgen onvoldoende aanwezig om tot uitbreiding van het deskundigheidsgebied over te gaan. Zij zijn bovendien, in tegenstelling tot fysiotherapeuten, niet tuchtrechtelijk aan te spreken op hun beroepsmatig handelen.

Met het schrappen van de passage wordt tevens voldaan aan de toezegging die ik zowel mondeling als schriftelijk aan de Tweede Kamer heb gedaan om de directie toegankelijkheid van fysiotherapie per 1 januari 2006 mogelijk te maken ((Kamerstukken II 2004/05, 29 247, nr. 22 en 29 800 XVI, nr. 100).

#### **Artikel 3.2.7**

In artikel 13, eerste lid, van de **Wet op de Geneesmiddelenvoorziening** wordt gesproken van een krachtens artikel 8a van de Zfw als ziekenhuis toegelaten instelling. In het derde lid van artikel 13 is sprake van een op grond van de AWBZ toegelaten instelling. In de WTZi ontbreekt de aanpassing van deze bepalingen die nodig is in verband met de regeling van de toelating in de WTZi. Nu in verband met invoering van de Zvw het woord «Ziekenfondswet» moet worden vervangen, is ervoor gekozen die omissies te herstellen.

#### **Artikel 3.2.8**

In de **Wet op de jeugdzorg** wordt slechts een verwijzing naar zorgverzekeraars aangepast aan de nieuw ontstane situatie.

#### **Artikel 3.2.9**

In artikel 1, onderdeel f, van de **Wet op de orgaandonatie** wordt gesproken van voor de toepassing van de Zfw of de AWBZ toegelaten instellingen. Deze verwijzing is thans aangepast in die zin dat de verwijzing naar de Zfw en de AWBZ nu is vervangen door een verwijzing naar de WTZi.

#### **Artikel 3.2.10**

De **Wet sociaal-fiscaal nummer Ziekenfondswet** bevat bepalingen tot wijziging van andere wetten, alsmede enig overgangsrecht; alle bepalingen zijn uitgewerkt; verder kent de wet nog een inwerkingtredingsbepaling; zij kan dus vervallen.

#### **Artikel 3.2.11**

De **Wet stelselwijziging ziektekostenverzekering tweede fase** bevat slechts bepalingen tot wijziging van andere wetten en overgangsrecht, die zijn uitgewerkt, en een bepaling inzake inwerkingtreding; zij kan dus vervallen.

#### **Artikel 3.2.12**

De **Wet tarieven gezondheidszorg** (WTG) is laatstelijk gewijzigd door de WTG ExPres en de Wet Hoz. Thans wordt de WTG aangepast in verband met de invoering van de Zvw.

De wijziging in onderdeel A betreft het vervangen van de drieledige definitie van ziektekostenverzekeraar, waarin de ziekenfondsen en de organen die publiekrechtelijke ziektekostenregelingen uitvoerden apart werden benoemd, door de omschrijving die tot nu toe het tweede onderdeel van onderdeel e vormt. Deze omvat zowel verzekeraars die zich hebben aangemeld voor de uitvoering van de Zvw als ziektekostenverzekeraars die andere ziektekostenverzekeringen aanbieden.

De eerste wijziging in onderdeel B betreft artikel 15, zesde lid, en voorziet in vernumming van enige daar genoemde artikelen. In artikel 15 WTG gaat het om een uitzondering op de contracteerplicht en de omgekeerde

contracteerplicht in Zfw en AWBZ. De daar genoemde artikelen van de Zfw hoeven niet te worden vervangen door een verwijzing naar artikel 12 Zvw; dat artikel gaat immers ervan uit dat (omgekeerde) contracteerplicht slechts geldt, voor zover die bij amvb is opgelegd; daaraan zal vooralsnog geen toepassing worden gegeven; in voorkomend geval kan in die amvb worden gekozen voor een zodanige formulering dat artikel 15 WTG voor het terrein van de Zvw geen rol hoeft te spelen. De artikelen 45 en 46 (oud) AWBZ regelen ook de (omgekeerde) contracteerplicht; die artikelen zijn bij de Wet Hoz gewijzigd, maar niet zodanig dat dat hier van belang is. De mogelijkheid om in een beleidsregel ingevolge de WTG een uitzondering te maken op de contracteerplicht blijft hier wel van belang. In artikel 3.1.1, onderdeel L, van dit wetsvoorstel is erin voorzien dat de artikelen 45 en 46 AWBZ in die wet worden opgenomen als de artikelen 16b en 16c. Daarom is in het zesde lid van artikel 15 WTG nu verwezen naar die bepalingen.

Artikel 15, zevende lid, is geschrapt. Dat lid bevatte een verwijzing naar artikel 11 Zfw. Artikel 11 Zfw, zoals dat artikel door de Wet Hoz is komen te luiden, biedt de verzekerden de keuze tussen levering van de zorg in natura en vergoeding van de kosten van door henzelf verkregen zorg. Artikel 15, zevende lid, eerste volzin, WTG maakt het mogelijk te bepalen dat die keuzemogelijkheid voor de verzekerden buiten toepassing wordt gesteld; het ontbreken van die mogelijkheid zou belemmerend kunnen werken voor een experiment met vrije prijsvorming (Kamerstukken II, 2003/04, 29 379, nr. 8). Die bepaling bewerkstelligt dus dat voor de desbetreffende zorg dan nog slechts het naturastelsel geldt.

In het stelsel van de Zvw is er, behoudens vaststelling van een amvb op grond van artikel 12 van die wet, geen sprake van een verplicht naturastelsel (geen overeenkomstenstel) en geen contracteerplicht. In die opzet is toepassing van artikel 15, zevende lid, niet denkbaar. Indien dat voor een experiment met prijzen in het kader van de WTG noodzakelijk wordt geacht, zou eventueel kunnen worden bezien of er gronden zijn om voor de desbetreffende zorg tijdelijk artikel 12, eerste lid, toe te passen.

Onderdeel C betreft het personeel van het CTG; dit wordt, net als het personeel van het CVZ en het CTZ onder het materiële ambtenarenrecht gebracht (met een elders geregelde overgangstermijn tot 1 jan. 2010). Onderdeel D regelt de financiering van het CTG uit de rijkskas op dezelfde wijze als dat voor CVZ en CTZ is bepaald.

### **Artikel 3.2.13**

In artikel 20, eerste lid, van de **Wet uitkeringen burger-oorlogsslachtoffers** is geregeld dat uitkeringsgerechtigden die ter verpleging of verzorging in een daartoe bestemde inrichting verblijven, een toeslag op hun uitkering krijgen die in beginsel gelijk is aan het bedrag van de betaalde premie voor een ziektekostenverzekering. De toeslag is thans gemaximeerd op de premie voor de standaardpakketpolis ingevolge de Wtz 1998. Het bedrag van de maximale toeslag zal ingevolge de wijziging in onderdeel A voortaan bij amvb worden vastgesteld. Als gevolg van de intrekking van de Wtz 1998 is het niet langer mogelijk de maximumtoeslag te relateren aan de premie voor de standaardpakketverzekering ingevolge die wet, die kon verschillen voor personen die behoren tot verschillende categorieën van verzekerden. De maximumtoeslag ligt daardoor voor verschillende groepen van verzekerden op een ander niveau. Om te bewerkstelligen dat de uitkeringsgerechtigden ook in de toekomst financieel in staat blijven om hun huidige verzekeringsdekking voort te zetten, zullen er voor de verschillende categorieën (naar leefsituatie en inkomen) verschillende bedragen moeten worden vastgesteld, rekening houdend met de algemene fiscale compensatie-

maatregelen bij invoering van de Zvw; daarom is vaststelling bij amvb aangewezen.

Ook artikel 21 (onderdeel B) regelt dat de uitkeringsgerechtigde met een uitkering op basis van een minimumgrondslag een toeslag voor zijn ziektekostenverzekeringspremie ontvangt. Uitkeringen op basis van een hogere grondslag kunnen met een gedeeltelijke toeslag worden verhoogd. Dit artikel kent hetzelfde maximum als artikel 20. Ook hier is de tekst zodanig gewijzigd dat een bij amvb vast te stellen maximum daarvoor in de plaats treedt.

In een nieuw artikel 27a (onderdeel C) is voorzien in aanpassing van de bij amvb vast te stellen bedragen door de minister. De aanpassing zal plaatsvinden aan de hand van de ontwikkeling van (de geraamde gemiddelde premie voor een zorgverzekering die wordt gehanteerd bij de berekening van) de standaardpremie zoals die voor de toepassing van de Wzt wordt gehanteerd. De standaardpremie is de geraamde gemiddelde premie voor een zorgverzekering, verminderd met de geraamde gemiddelde no-claimteruggave. Voor de betrokken uitkeringsgerechtigden wordt ervan uitgegaan dat zij veelal geen no-claimteruggave zullen ontvangen; daarom wordt voor de aanpassing geabstraheerd van de no-claimteruggave.

In artikel 32 (onderdeel D) is de mogelijkheid vervat dat uitkeringsgerechtigden bepaalde extra kosten vergoed krijgen. Het vijfde lid bepaalt dat de vergoeding slechts wordt verleend als het gaat om kosten die niet ten laste kunnen worden gebracht van een ziekenfondsverzekering of van een andere ziektekostenverzekering als die zou zijn gesloten. Nu alle in Nederland wonende uitkeringsgerechtigden verzekeringsplichtig zijn ingevolge de Zvw, moest de tekst daarmee in overeenstemming worden gebracht.

#### **Artikel 3.2.14**

Artikel 14, tweede lid, van de **Wet uitkeringen vervolgings-slachtoffers 1940–1945** is geregeld dat uitkeringsgerechtigden die ter verpleging of verzorging in een daartoe bestemde inrichting verblijven, een toeslag op hun uitkering krijgen die in beginsel gelijk is aan het bedrag van de betaalde premie voor een ziektekostenverzekering. De toeslag is thans gemaximeerd op de premie voor de standaardpakketpolis ingevolge de Wtz 1998. Het bedrag van de maximale toeslag zal ingevolge de wijziging in onderdeel A voortaan bij amvb worden vastgesteld. Als gevolg van de intrekking van de Wtz 1998 is het niet langer mogelijk de maximumtoeslag te relateren aan de premie voor de standaardpakketverzekering ingevolge die wet, die kon verschillen voor personen die behoren tot verschillende categorieën van verzekerden. De maximumtoeslag ligt daardoor voor verschillende groepen van verzekerden op een ander niveau. Om te bewerkstelligen dat de uitkeringsgerechtigden ook in de toekomst financieel in staat blijven om hun huidige verzekeringsdekking voort te zetten, zullen er voor de verschillende categorieën (naar leefsituatie en inkomen) verschillende bedragen moeten worden vastgesteld, rekening houdend met de algemene fiscale compensatiemaatregelen bij invoering van de Zvw; daarom is vaststelling bij amvb aangewezen.

Onderdeel B betreft artikel 15, eerste lid. Dit regelt dat de uitkering onder omstandigheden wordt vermeerderd met een toeslag voor zijn ziektekostenverzekeringspremie ontvangt. Dit artikel kent hetzelfde maximum als artikel 14. Ook hier is de tekst zodanig gewijzigd dat een bij amvb vast te stellen maximum daarvoor in de plaats treedt.

In een nieuw artikel 18a (onderdeel C) is voorzien in aanpassing van de bij amvb vast te stellen bedragen door de minister. De aanpassing zal plaatsvinden aan de hand van de ontwikkeling van (de geraamde gemiddelde premie voor een zorgverzekering die wordt gehanteerd bij de berekening



van) de standaardpremie zoals die voor de toepassing van de Wzt wordt gehanteerd.

De standaardpremie is de geraamde gemiddelde premie voor een zorgverzekering, verminderd met de geraamde gemiddelde no-claimteruggave. Voor de betrokken uitkeringsgerechtigden wordt ervan uitgegaan dat zij veelal geen no-claimteruggave zullen ontvangen; daarom wordt voor de aanpassing geabstraheerd van de no-claimteruggave.

Onderdeel D betreft artikel 20, waarin de mogelijkheid is vervat dat uitkeringsgerechtigden bepaalde extra kosten vergoed krijgen. Het vierde lid bepaalt dat de vergoeding slechts wordt verleend als het gaat om kosten die niet ten laste kunnen worden gebracht van een ziekenfondsverzekering of van een andere ziektekostenverzekering als die zou zijn gesloten. Nu alle in Nederland wonende uitkeringsgerechtigden verzekeringsplichtig zijn ingevolge de Zvw, moest de tekst daarmee in overeenstemming worden gebracht.

### **Artikel 3.2.15**

De **Wet versterking Wzv-instrumentarium** bevat slechts bepalingen tot wijziging van andere wetten en overgangsrecht, die zijn uitgewerkt, alsmede een inwerkingtredingsbepaling; zij kan dus worden ingetrokken.

### **Artikel 3.2.16**

De **Wet van 20 december 1995 tot wijziging van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en enige andere wetten in verband met afschaffing van verzekeraarsbudgettering ten aanzien van de kosten van AWBZ-verstrekkingen (Stb. 681)** bevat slechts bepalingen tot wijziging van andere wetten en overgangsrecht, die zijn uitgewerkt, en een inwerkingtredingsbepaling; zij kan dus worden ingetrokken.

De artikelen I tot en met III van deze wet voorzien in de wijziging van andere wetten, en zijn door de inwerkingtreding uitgewerkt. Artikel IV bevat een overgangsregeling voor nominale premie over periodes voorafgaande aan het moment van inwerkingtreding van de wet. Deze bepaling is inmiddels van feitelijk belang ontbloeit.

Artikel V regelt dat artikel 40 van de Wet financiering volksverzekeringen zoals dat voor de wetswijziging luidde, van toepassing blijft ten aanzien van de financiering van kosten ten laste van de AWBZ over periodes voorafgaande aan de inwerkingtreding van de wet. Ook deze bepaling heeft thans geen feitelijk belang meer. Artikel VI regelt dat reserves, gevormd over de jaren 1992 tot en met 1995, ten gunste komen van het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten; het artikel bevat verder regels over de vaststelling van het bedrag van die reserves en de termijn en wijze van afdragen daarvan. Ook deze bepaling is inmiddels feitelijk uitgewerkt. Artikel VII houdt in dat de premie, bedoeld in artikel 17 AWBZ, zoals die bepaling door de wijzigingswet is komen te luiden, niet is verschuldigd over perioden als verzekerde, voorafgaand aan de datum van inwerkingtreding van de in dat artikel bedoelde amvb. Deze bepaling kan gevoeglijk worden gemist; het spreekt voor zich dat een eventueel bij amvb in te voeren nominale premie in de AWBZ slechts verschuldigd zal zijn vanaf het tijdstip van inwerkingtreding van die amvb. Dus ook deze bepaling kan vervallen.

Hetzelfde geldt voor artikel VIII waarin de inwerkingtreding van de wet is geregeld.

### **Artikel 3.2.17**

De **Wet van 21 december 2000 tot wijziging van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten in verband met de invoering van het gebruik van het sociaal-fiscaalnummer in die wet alsmede enkele wijzigingen van de Ziekenfondswet en enige andere wetten (Stb. 2001, 50)** bevat slechts bepalingen tot wijziging van andere wetten en overgangsrecht, die zijn uitgewerkt, en een inwerkingtredingsbepaling; zij kan dus worden ingetrokken.

De artikelen I en II van deze wet voorzien in de wijziging van andere wetten, en zijn door de inwerkingtreding uitgewerkt. Artikel III bevat een overgangsregeling met betrekking tot het verkrijgen van het sociaal-fiscaalnummer van de degenen die verzekerde zijn bij de inwerkingtreding van de wetwijziging en van wie dat nummer nog niet bekend was bij de betrokken organisaties. Ook deze bepaling is inmiddels uitgewerkt. Artikel IV, inhoudende een wijziging van de Overgangswet verzorgingshuizen, is nimmer in werking getreden. Artikel V houdt in dat artikel IV vervalt indien de artikelen 1 tot en met 25 van de Overgangswet verzorgingshuizen zijn vervallen voor de datum van inwerkingtreding van artikel IV. Aangezien inmiddels ook die wet is komen te vervallen, kunnen deze beide bepalingen ook vervallen. Artikel VI regelt dat het ontvangen van een uitkering op grond van de Algemene nabestaandenwet slechts voor personen onder de 65 jaar geldt als rechtsgrond voor ziekenfondsverzekering. Nu de Zfw wordt ingetrokken, heeft deze bepaling geen betekenis meer. De artikelen VII en VIII voorzagen in aanpassing van de wet waar zij onderdeel van uitmaakten respectievelijk een ander wetsvoorstel indien dat andere wetsvoorstel eerder respectievelijk later dan het onderhavige wetsvoorstel tot wet zouden worden verheven. Die bepalingen zijn naar hun aard uitgewerkt en kunnen dus vervallen. Artikel IX regelt slechts de inwerkingtreding van de wetwijziging inzake het sociaal-fiscaalnummer.

### **Artikel 3.2.18**

De **Wet van 24 december 1997 tot wijziging van de regeling betreffende het verlenen van bijdragen van rijkswege aan de Algemene Kas, bedoeld in artikel 71 van de Ziekenfondswet, en het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten, alsmede tot het treffen van een wettelijke basis voor het verlenen van rijksbijdragen aan de instellingen die een publiekrechtelijke ziektekostenvoorziening uitvoeren (Stb. 779)** bevat slechts bepalingen tot wijziging van andere wetten en overgangsrecht, die zijn uitgewerkt, en een inwerkingtredingsbepaling; zij kan dus worden ingetrokken. De artikelen I en II van deze wet voorzien in de wijziging van andere wetten, en zijn door de inwerkingtreding uitgewerkt. Artikel III bevat een overgangsregeling die is uitgewerkt. Artikel IV regelt de inwerkingtreding.

### **Artikel 3.2.19**

De **Wet van 21 december 2000, houdende wijziging van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten in verband met de invoering van de mogelijkheid tot een vrijwillige voortzetting van de bijzondere ziektekostenverzekering ingevolge die wet en van de Wet financiering volksverzekeringen in samenhang daarmee (vrijwillige verzekering AWBZ) (Stb. 605)** bevat slechts bepalingen tot wijziging van andere wetten en overgangsrecht, die zijn uitgewerkt, en een inwerkingtredingsbepaling; zij kan dus worden ingetrokken. De artikelen I en II van deze wet voorzien in de wijziging van andere wetten, en zijn door de inwerkingtreding uitgewerkt. Artikel III bevat een overgangsregeling voor personen van wie de AWBZ-verzekering is geëin-

digd voor de inwerkingtreding van de wetswijziging. Die bepaling is uitgewerkt. Artikel IV regelt de inwerkingtreding.

#### **Artikel 3.2.20**

De **Wet van 20 november 1991, houdende beperking van de contracteerplicht in de ziekenfondsverzekering en de bijzondere ziektekostenverzekering, invoering van de mogelijkheid een lager tarief in rekening te brengen dan het overeenkomstig de Wet tarieven gezondheidszorg goedgekeurde of vastgestelde tarief, alsmede enige andere wijzigingen in de Ziekenfondswet, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en de Wet tarieven gezondheidszorg (Stb. 584)** bevat slechts bepalingen tot wijziging van andere wetten en overgangsrecht, die zijn uitgewerkt, en een inwerkingtredingsbepaling; zij kan dus worden ingetrokken.

De artikelen I, II en III van deze wet voorzien in de wijziging van andere wetten, en zijn door de inwerkingtreding uitgewerkt. Artikel IV bevat een overgangsregeling voor overeenkomsten die waren gesloten voor het tijdstip van inwerkingtreding en regelt de inwerkingtreding. Deze bepaling is uitgewerkt.

#### **Artikel 3.2.21**

De **Wet van 2 juli 1997, houdende wijziging van de Ziekenfondswet in verband met de beëindiging van de medeverzekering van WSF-gerechtigden (Stb. 305)** bevat slechts bepalingen tot wijziging van andere wetten en overgangsrecht, die zijn uitgewerkt, en een inwerkingtredingsbepaling; zij kan dus worden ingetrokken. Artikel I bevat een wijziging van een andere wet en is uitgewerkt. Artikel II bevat een overgangsregeling voor kinderen met studiefinanciering, welke inmiddels eveneens is uitgewerkt. Artikel III regelt de inwerkingtreding.

#### **Artikel 3.2.22**

De **Wet van 5 juli 2000 tot wijziging van de artikelen 19 en 77 van de Ziekenfondswet, artikel 62 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en artikel 51 van de Wet financiering volksverzekeringen (Stb. 338)** bevat slechts bepalingen tot wijziging van andere wetten en overgangsrecht, die zijn uitgewerkt, en een inwerkingtredingsbepaling; zij kan dus worden ingetrokken.

De artikelen I, II en III van deze wet voorzien in de wijziging van andere wetten, en zijn door de inwerkingtreding uitgewerkt. Artikel IV bevat overgangsrecht voor lopende beroepen (opdracht tot overdragen aan Rb). Die bepaling is uitgewerkt.

#### **Artikel 3.2.23**

De **Wet van 24 december 1997, houdende wijziging van de Ziekenfondswet in verband met aanpassing van de gronden voor de ziekenfondsverzekering (herstructurering Ziekenfondswet) (Stb. 777)** bevat slechts bepalingen tot wijziging van andere wetten en overgangsrecht, die zijn uitgewerkt, en een inwerkingtredingsbepaling; zij kan dus worden ingetrokken.

De artikelen I, IV en VII bevatten wijzigingen van een andere wet en zijn uitgewerkt. Artikel II bevat een overgangsbepaling die regelt dat bepaalde personen geacht worden aan de voorwaarden voor ziekenfondsverzekering te voldoen. Artikel III maakt het mogelijk dat AOW-gerechtigden kunnen worden ontheven van de ziekenfondsverzekering. Artikel V bevat nadere bepalingen inzake eerder verleende ontheffingen van de ziekenfondsverzekering. Artikel VI voorziet een

uitvoerings-amvb van een nieuwe wettelijke basis. Artikel VIII regelt de inwerkingtreding.

#### **Artikel 3.2.24**

De **Wet van 24 december 1997 tot wijziging van de artikelen 3a en 15 van de Ziekenfondswet (Stb. 780)** bevat slechts bepalingen tot wijziging van andere wetten en overgangsrecht, die zijn uitgewerkt, en een inwerkingtredingsbepaling; zij kan dus worden ingetrokken. De artikelen I en II bevatten wijzigingen van een andere wet en zijn uitgewerkt. Artikel III bevat een overgangsbepaling inzake het te hanteren indexcijfer. Artikel IV betreft de inwerkingtreding.

#### **Artikel 3.2.25**

De **Wet van 13 december 2000 tot wijziging van de Ziekenfondswet en enige andere wetten in verband met de instelling van een onafhankelijk College van toezicht op de zorgverzekeringen (Instelling College van toezicht op de zorgverzekeringen) (Stb. 2001, 23)** bevat slechts bepalingen tot wijziging van andere wetten en overgangsrecht, die zijn uitgewerkt, en een inwerkingtredingsbepaling; zij kan dus worden ingetrokken. De artikelen I tot en met IX bevatten wijzigingen van een andere wet en zijn uitgewerkt. De artikelen X tot en met XIII bevatten uitgewerkte overgangsregelingen ten aanzien van het CVZ. Artikel XIV bevat een uitgewerkte overgangsbepaling ten aanzien van het CTZ. Artikel XV verleent de minister de bevoegdheid tijdelijk overgangsregels te stellen. Artikel XVI legt een verplichting op de (vernummerde) tekst van de AWBZ en de Zfw in het Staatsblad te plaatsen. Artikel XVII regelt de inwerkingtreding.

#### **Artikel 3.2.26**

De **Wet van 24 december 1998 tot wijziging van de Ziekenfondswet en de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen in verband met het invoeren van de aanspraak op medisch-specialistische zorg, verleend door of vanwege een ziekenhuis (Stb. 1999, 16)** bevat op een uitzondering na slechts bepalingen tot wijziging van andere wetten en overgangsrecht, die zijn uitgewerkt, en een inwerkingtredingsbepaling. De artikelen I en II bevatten wijzigingen van een andere wet en zijn uitgewerkt. Het nog niet uitgewerkte artikel III legt vast dat de verantwoordelijkheid voor behandeling ligt bij de medisch-specialist, die op zijn beurt het organisatorische en financiële kader van het ziekenhuisbestuur in acht moet nemen; verder is overleg verplicht alvorens afspraken met zorgverzekeraars worden gemaakt. Deze bepaling is niet langer nodig nu de afspraken in de Zvw functioneel zijn omschreven en er afspraken zijn gemaakt over dbc's. Dat er, alvorens met verzekeraars wordt overlegd, eerst met de specialisten moet worden gesproken, is inmiddels in het kader van de dbc-operatie een vaststaand uitgangspunt geworden. Artikel IV stelt de nieuwe wettelijke basis van twee uitvoeringsbesluiten vast. Artikel V schrijft een evaluatie voor. Die heeft inmiddels plaatsgevonden. Artikel VI regelt de inwerkingtreding.

#### **Artikel 3.2.27**

De **Wet van 16 juli 2001 tot wijziging van de Ziekenfondswet in verband met samentelling van uitkeringstijdvakken ingevolge de Werkloosheidswet voor de toepassing van artikel 3, eerste lid, onder a, van die wet, administratieve vereenvoudiging van de overgang van een particuliere ziektekostenverzekering naar de**

**ziekenfondsverzekering en afschaffing van de nominale ziekenfondspremie voor personen jonger dan 18 jaar (Knelpunten Ziekenfondswet) (Stb. 386)** bevat slechts bepalingen tot wijziging van andere wetten en overgangsrecht, die zijn uitgewerkt, en een inwerkingtredingsbepaling; zij kan dus worden ingetrokken. De artikelen I tot en met VIII bevatten wijzigingen van een andere wet en zijn uitgewerkt. Artikel IX bevat overgangsrecht; voor de daarin aangevoerde personen geldt een bepaalde voorwaarde niet. Nu de Zfw wordt ingetrokken bestaat daaraan geen behoefte meer. Artikel X regelt de inwerkingtreding.

#### **Artikel 3.2.28**

De **Wet van 20 januari 2000 tot wijziging van de Ziekenfondswet in verband met wijzigingen met betrekking tot de financiering van ziekenfondsen (maximering reserves ziekenfondsen) (Stb. 42)** bevat slechts bepalingen tot wijziging van andere wetten en overgangsrecht, die zijn uitgewerkt, en een inwerkingtredingsbepaling; zij kan dus worden ingetrokken. Artikel I en de artikelen IV tot en met VIII bevatten wijzigingen van een andere wet en zijn uitgewerkt. Artikel II verplicht de ziekenfondsen om de voorheen gevormde reserves te brengen ten gunste of ten laste van de met de onderhavige wet geregelde reserve Zfw. Artikel III regelt dat de oude regels inzake de financiering van ziekenfondsen van kracht blijven voor de (afrekening over de) inmiddels verstreken jaren. Beide bepalingen zijn inmiddels uitgewerkt. Artikel IX schrijft een evaluatie voor. Die heeft inmiddels plaatsgevonden. Artikel X regelt de inwerkingtreding.

#### **Artikel 3.2.29**

De **Wet van 28 oktober 1999, houdende uitbreiding van de kring van verzekerden ingevolge de Ziekenfondswet met zelfstandigen voor wie, gelet op hun inkomen, toegang tot de sociale ziektekostenverzekering is aangewezen en tijdelijke wijziging van de indexeringsmethode van de loongrens alsmede wijziging van de Wet op de inkomstenbelasting 1964 (Zelfstandigen in Zfw) (Stb. 461)** bevat slechts bepalingen tot wijziging van andere wetten en overgangsrecht, die zijn uitgewerkt, en een inwerkingtredingsbepaling; zij kan dus worden ingetrokken.

De artikelen I en III bevatten wijzigingen van andere wetten en zijn uitgewerkt. Artikel II bevat een overgangsregeling die verplicht tot het compenseren van de toename van het aantal ziekenfondsverzekerden die het gevolg is van de onderhavige wet door toepassing van een tijdelijk afwijkende indexeringsmethode. Door het intrekken van de Zfw bestaat daaraan niet langer behoefte. Artikel IV regelt de inwerkingtreding.

#### **Artikel 3.2.30**

De **Wet van 9 juni 1994 tot wijziging van de Ziekenfondswet en enige andere wetten in verband met uitbreiding van de personele werkingssfeer van de Ziekenfondswet met een bepaalde categorie van AOW-gerechtigden (verplichte ziekenfondsverzekering AOW-gerechtigden) en aanpassing van AOW-rechten in verband met te betalen premies ziektekostenverzekering (Stb. 465)** bevat slechts bepalingen tot wijziging van andere wetten en overgangsrecht, die zijn uitgewerkt, en een inwerkingtredingsbepaling; zij kan dus worden ingetrokken.

De artikelen I tot en met V bevatten wijzigingen van andere wetten en zijn uitgewerkt. Artikel VI bevat een uitzonderingsbepaling voor personen die deelnemen aan een publiekrechtelijke ziektekostenregeling. Nu de Zfw

vervalt, bestaat aan die bepaling geen behoefte meer. Artikel VII stelt het mede te financieren bedrag in het kader van de Wet MOOZ in afwijking van de wettelijke systematiek voor een keer op een afwijkend bedrag vast. Die bepaling is uitgewerkt. Artikel VIII regelt de inwerkingtreding.

### **Artikel 3.2.31**

De **Wet van 27 maart 1999 tot wijziging van de Ziekenfondswet, de Wet tarieven gezondheidszorg en de Wet ziekenhuisvoorzieningen in verband met wijzigingen in de taak, samenstelling en werkwijze van de in die wetten geregelde bestuursorganen, alsmede wijziging van andere wetten in verband daarmee (uitvoeringsorganen volksgezondheid) (Stb. 185)** bevat

slechts bepalingen tot wijziging van andere wetten en overgangsrecht, die zijn uitgewerkt, en een inwerkingtredingsbepaling; zij kan dus worden ingetrokken.

De artikelen I tot en met XIII bevatten wijzigingen van andere wetten en zijn uitgewerkt. Artikel XIV bevat een overgangsbepaling ten aanzien van de Ziekenfondsraad, die werd vervangen door het CVZ. De artikelen XV en XVI bevatten overgangsbepalingen met betrekking tot toelatingen van zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Artikel XVII betreft overgangsrecht inzake richtlijnen van het CTG. Artikel XVIII treft een overgangsregeling voor voordien afgegeven vergunningen ingevolge de Wet ziekenhuisvoorzieningen. Artikel XIX betreft overgangsregels inzake lopende rechtsgedingen. Artikel XX regelt de termijn waarbinnen de nieuwe bestuursorganen hun bestuursreglement moeten vaststellen. Artikel XXI geeft de minister de bevoegdheid tijdelijk overgangsregels te stellen. Al deze overgangsbepalingen zijn uitgewerkt. Artikel XXII is al eerder vervallen. Artikel XXIII regelt de inwerkingtreding.

### **Artikel 3.2.32**

In de **Wet toelating zorginstellingen (WTZi)** zijn enkele strikt technische wijzigingen aangebracht die te herleiden zijn tot de vervanging van de Zfw door de Zvw (verwijzing naar uitvoeringsorganen en colleges). In artikel 5 van de WTZi wordt onderscheid gemaakt tussen collectief en particulier gefinancierde ziekenhuizen en ZBC's (zelfstandige behandelcentra). Met de Zvw verdwijnt dat onderscheid, zodat in de WTZi de begrippen ziekenhuis en ZBC kunnen vervallen. Daarom wordt (in onderdeel B, onder 3) voorgesteld de definitie van zelfstandig behandelcentrum in artikel 1, eerste lid, onderdeel h, te schrappen. Voorts is -op dezelfde wijze als in de Zvw is geschied voor CVZ en CTZ- de bepaling opgenomen dat op het personeel van het College bouw (CB) en van het College sanering zorginstellingen (CSZ) de arbeidsvoorwaarden van de ambtenaren, werkzaam in de sector Rijk, van toepassing zijn.

Ook is geregeld dat de kosten van de colleges ten laste van de rijkskas komen.

Met onderdeel B wordt voorts de verwijzing naar het AFBZ geactualiseerd. Tenslotte zijn (in onderdeel I) enkele redactionele misstellingen in artikel 12 rechtgezet, die tijdens de parlementaire behandeling van de WTZi zijn ontstaan.

### *Paragraaf 3.3 Justitie*

#### **Artikel 3.3.1**

De vermelding in de bijlage bij de **Beroepswet**, onderdeel C, van de Zfw (onderdeel 22) blijft voorlopig gehandhaafd, omdat op grond van het overgangsrecht nog geruime tijd procedures mogelijk zijn over de Zfw. Na onderdeel 22 wordt een onderdeel 22a in de bijlage gevoegd, waarin

artikel 96 Zvw wordt vermeld. Dat artikel betreft het opleggen van een bestuurlijke boete door het CVZ aan verzekeringsplichtigen die hebben verzuimd een zorgverzekering te sluiten. Aldus wordt bereikt dat belanghebbenden desgewenst, na indiening van een bezwaarschrift tegen de oplegging van een boete en na behandeling van een beroep bij de rechtbank, in hoogste ressort het oordeel van het CRvB kunnen vragen. Ingevolge artikel 19 van de Beroepswet wordt de werking van een uitspraak met betrekking tot een besluit dat is genomen op grond van artikel 96 Zvw, opgeschort tot op het hoger beroep is beslist. Artikel 22 van de Beroepswet regelt welk griffierecht men verschuldigd is voor een hoger beroep tegen een boetebesluit op grond van artikel 96 Zvw.

### **Artikel 3.3.2**

Met dit artikel wordt een drietal wijzigingen in het **BW** aangebracht. Onderdeel A betreft de schrapping van een zinsnede uit artikel 53, tweede lid, van Boek 2 die slechts daarin was opgenomen met het oog op de Zfw; de wettelijk verzekerden ingevolge de Zfw gingen immers geen verzekeringsovereenkomst met hun ziekenfonds aan. Nu de Zfw vervalt, kan ook die zinsnede vervallen.

Onderdeel B betreft het schrappen van een verwijzing in artikel 197, eerste lid, onderdeel a, van Boek 6 naar artikel 83b, eerste lid, van de Zfw. Artikel 83b Zfw regelde dat ziekenfondsen voor de door hen krachtens de Zfw gemaakte kosten een verhaalsrecht toekomt op degene die jegens de verzekerde naar burgerlijk recht schadeplichtig is. Door artikel 197, eerste lid, van Boek 6 wordt bewerkstelligd dat een aantal artikelen van het BW inzake aansprakelijkheid (voor anderen of in bijzondere situaties) buiten toepassing blijven bij de vaststelling van het bedrag waarvoor het verhaalsrecht ingevolge artikel 83b Zfw bestaat. Op feiten die hebben plaatsgevonden vóór het tijdstip van de inwerkingtreding van deze wet blijft artikel 197, zoals dat op dat tijdstip luidde, van toepassing (zie artikel 3.3.10).

Onderdeel C voorziet in een wijziging in artikel 462, tweede lid van Boek 7. Bij gelegenheid van de totstandkoming van de WTZi is de toelating van zorginstellingen uit de Zfw en de AWBZ overgeheveld naar deze nieuwe wet; nu de Zfw vervalt, wordt de redactie met de WTZi in overeenstemming gebracht.

### **Artikel 3.3.3**

In de **Overgangswet nieuw Burgerlijk Wetboek** staan nog enige bepalingen van overgangsrecht die inmiddels geheel zijn uitgewerkt en waarin sprake is van ziekenfondsen, Zfw of ziektekostenverzekeraars. Dat betreft de artikelen 48, 49 en 54. Deze bepalingen komen met deze wet te vervallen. Artikel 48 hield in dat ziekenfondsen die op het tijdstip van inwerkingtreding van Boek 2 BW geen stichting waren, van rechtswege werden aangemerkt als onderlinge waarborgmaatschappij. Artikel 49 bepaalde hetzelfde voor een ziektekostenverzekeraar die geen coöperatieve of andere vereniging, naamloze vennootschap, besloten vennootschap met beperkte aansprakelijkheid of stichting was. Artikel 54 bepaalde dat een instelling van weldadigheid die niet een vereniging, een zelfstandig onderdeel van een kerkgenootschap of een ziekenfonds was, vanaf dat tijdstip een stichting was. Deze uitgewerkte bepaling, waarin werd verwezen naar de Rompwet instellingen van weldadigheid, is abusievelijk niet geschrapt bij de intrekking van die wet (zie Stb. 2004, 24).

### **Artikel 3.3.4**

In de **Remigratiewet** (artikel 4, tweede lid) is voorzien in de mogelijkheid om remigranten onder de ziekenfondsverzekering te brengen. Ook bepaalt

die wet (artikel 4, derde lid) dat aan remigranten die niet onder de Zfw worden gebracht, een tegemoetkoming wordt verstrekt in de kosten van een zelf te sluiten ziektekostenverzekering. Nu de Zfw is vervallen, dient het tweede lid te vervallen. Nu de Zvw nadrukkelijk beoogt slechts een ziektekostenverzekering te bieden aan degenen die ook verzekerde zijn in de zin van de AWBZ, wordt het niet wenselijk geacht remigranten, voor zover zij niet verzekeringsplichtig zijn, in plaats van de bestaande ziekenfondsverzekering een verzekeringsplicht ingevolge de Zvw op te leggen.

Niettemin kunnen remigranten die een migratie-uitkering hebben, en die in een EU/EER-lidstaat of een verdragsland wonen, aanspraak maken op zorg ten laste van Nederland, mits de migratie-uitkering voor de toepassing van die internationale sociale-zekerheidsregelingen is gelijkgesteld met een pensioen in de zin van die regelingen, of als zij naast hun migratie-uitkering aanspraak hebben op een pensioen of uitkering in de zin van die regelingen (bijvoorbeeld een AOW-, WAO-, AAW-, ANW-uitkering). In die gevallen wordt dus geen tegemoetkoming in de kosten van een verzekering verleend op basis van de Migratiewet. Sedert de inwerkingtreding van de Migratiewet worden hierover besprekingen gevoerd. De gelijkstelling is tot op heden niet gerealiseerd, zodat op basis van de migratie-uitkering alléén geen verzekering ingevolge de Zfw heeft kunnen ontstaan. De reden daarvan is enerzijds dat in die zin aangepaste verdragsregelingen nog niet in werking zijn getreden, en anderzijds dat de Europese Commissie onderzoek doet naar de verenigbaarheid van de Migratiewet met het Europese recht en hangende dat onderzoek zich niet wil committeren door de migratieuitkering voor de toepassing van de Verordening (EEG) nr. 1408/71 gelijk te stellen met een pensioen of uitkering in de zin van die verordening. In het nieuwe tweede lid is geregeld dat degenen die niet ten laste van Nederland in het bestemmingsland recht hebben op zorg ingevolge een internationale sociale zekerheidsregeling aanspraak kunnen maken op een tegemoetkoming in de kosten van een door hemzelf te sluiten ziektekostenverzekering.

### **Artikel 3.3.5**

Door de toevoeging aan de bijlage bij de **Wet bestuursrechtspraak bedrijfsorganisatie** van een aantal artikelen van de Zvw wordt bewerkstelligd dat het College van beroep voor het bedrijfsleven (CBB) competent is wat betreft hoger beroep tegen een aanwijzing, last onder dwangsom of bestuurlijke boete van het CTZ als bedoeld in de artikelen 94, 95, 97, 98, 99 en 100 van de Zvw, nadat daartegen eerst bezwaar is gemaakt en vervolgens een beroep is behandeld bij de Rechtbank te Rotterdam.

### **Artikel 3.3.6**

In verband met de wijziging van de AWBZ in artikel 3.1.1 wordt de strafbaarstelling van artikel 5a van die wet gewijzigd in artikel 65, tweede lid. Voorts worden in verband met het vervallen van de Zfw, de Wtz 1998 en de Wet MOOZ de daarop betrekking hebbende vermeldingen in artikel 1, onder 4e, van de **Wet op de economische delicten** (WED) geschrapt. Overtreding van de daar genoemde bepalingen is daarmee niet langer een economisch delict. Aan het vervallen van de strafbaarstelling ligt geen gewijzigd inzicht van de wetgever ten grondslag betreffende de strafwaardigheid van de betreffende feiten. Op grond van het tweede lid blijft de WED, zoals deze luidde direct voorafgaand aan de inwerkingtreding van deze wet, dan ook van toepassing op feiten welke vóór dat tijdstip hebben plaatsgevonden.



### **Artikel 3.3.7**

Artikel 415 van het **Wetboek van Koophandel** bevat bepalingen inzake de geneeskundige verzorging van schepelingen. In het vijfde lid is een uitzondering gemaakt op het recht op verpleging en behandeling. Die uitzondering betreft de schepeling die van rechtswege verzekerd is ingevolge de Zfw en die in Nederland verblijft. In verband met de intrekking van de Zfw en de totstandkoming van de Zvw is de tekst zodanig aangepast dat de uitzondering geldt voor een verzekeringsplichtige schepeling.

### **Artikel 3.3.8**

Artikel 90sexies van het **Wetboek van Strafrecht** bevat een definitie van psychiatrisch ziekenhuis. Deze definitie speelt een rol bij een aantal strafbepalingen. In de definitie wordt onder andere naar de Zfw verwezen, reden om de definitie aan te passen. Voorts is bij gelegenheid van de totstandkoming van de WTZI de toelating van zorginstellingen uit de Zfw en de AWBZ overgeheveld naar deze nieuwe wet; daarbij is abusievelijk nagelaten te voorzien in aanpassing van deze bepaling. In de voorgestelde nieuwe redactie is ook daarmee rekening gehouden.

Op grond van het tweede lid blijft artikel 90sexies van toepassing op feiten welke hebben plaatsgevonden direct voorafgaand aan de inwerkingtreding van deze wet, Aan de wijziging van dat artikel ligt namelijk geen gewijzigd inzicht van de wetgever ten grondslag betreffende de strafwaardigheid van de betreffende feiten.

### **Artikel 3.3.9**

Artikel 23 van de **Wet Bureau Inning Onderhoudsbijdragen** voorziet in een verplichting van een aantal instanties om aan het Bureau Inning Onderhoudsbijdragen kosteloos alle inlichtingen te verstrekken. Die verplichting is in het leven geroepen om het Bureau in staat te stellen alimentatieplichtigen op te sporen. Daarbij zijn ook genoemd de ziekenfondsen. De wijziging voorziet in schrapping van de vermelding van de ziekenfondsen. Het wordt niet wenselijk geacht de verplichting te leggen op de zorgverzekeraars, die anders dan de andere genoemde instanties geen bestuursorgaan zijn, te meer niet nu er geen sprake meer zal zijn van medeverzekeren. Er wordt van uit gegaan dat het Bureau met de verplichte medewerking van de overige genoemde instanties voldoende armslag zal hebben.

### **Artikel 3.3.10**

Artikel 197, lid 1, van Boek 6 BW wordt in artikel 3.3.2, onderdeel B gewijzigd. Genoemd artikel 197 strekt er in de huidige vorm toe om – wat het ziekenfonds betreft – het verhaal door het ziekenfonds uit te sluiten voor zover de aansprakelijkheid berust op een aantal bepalingen van Boek 6, waarmee nieuwe risico-aansprakelijkheden zijn ingevoerd. Voorgesteld wordt om deze beperkingen te schrappen (zie artikel 3.3.2). Het is echter gewenst dat deze beperking blijft bestaan ten aanzien van door een ziekenfonds krachtens de ziekenfondsverzekering gemaakte kosten ter zake van feiten die vóór de inwerkingtreding van de Zvw hebben plaatsgevonden. Hierin voorziet artikel 3.3.10.

#### Artikel 3.4.1

Het CVZ vindt niet langer zijn basis in de Zfw, maar in artikel 58 Zvw. Daarom moest in artikel 119, tweede lid, van de **Algemene pensioenwet politieke ambtsdragers** een verwijzing worden aangepast. Van de gelegenheid is gebruik gemaakt om in dit artikellid tevens de omschrijving van de eigen bijdrage ingevolge de AWBZ die rechtstreeks aan het CVZ mag worden betaald, te actualiseren. Daarbij is ook rekening gehouden met de gewijzigde redactie en de nieuwe bepalingen die met de Wet Hoz in de AWBZ zijn aangebracht. Thans is nog slechts verwezen naar de artikelen 6 en 13 van de AWBZ; in de overige gevallen ontvangt de verzekerde in plaats van zorg in natura steeds een vergoeding van door hem gemaakte kosten en kennen de desbetreffende artikelen een zodanige formulering dat bij het betalen van deze vergoeding rekening kan worden gehouden met de eigen bijdrage die hij in geval van zorg in natura zou hebben moeten betalen.

#### Artikel 3.4.2

In artikel 2, eerste lid, van de **Ambtenarenwet** is geregeld dat de voorzitters, de leden en het personeel van een vijftal bestuursorganen op het zorgterrein niet onder het materiële ambtenarenrecht vallen.

Artikel 61 Zvw regelt dat op de rechtspositie van het personeel van het CVZ (vgl. artikel 78, tweede lid, Zvw voor het CTZ) de regels van het materiële ambtenarenrecht van toepassing zijn met dien verstande dat de daarin voorkomende bevoegdheden voor de minister aan het CVZ toekomen. Door middel van met de onderhavige wet in de WTZi en de WTG aangebrachte wijzigingen is voor de overige colleges een gelijke regeling getroffen.

Artikel 3.4.2 past in het eerste lid met betrekking tot het CVZ en het CTZ slechts in technische zin de verwijzing naar artikelen in de Zfw in artikel 2 van de Ambtenarenwet aan. De andere leden regelen dat de uitzonderingspositie voor het personeel van de colleges wat betreft het materiële ambtenarenrecht verdwijnt. Door middel van een in het onderhavige wetsvoorstel opgenomen overgangsbepaling (artikel 4.1) is voorzien in een overgangperiode van vier jaren, gedurende welke de colleges, in afwijking van artikel 61 en de daarmee vergelijkbare bepalingen, nog de arbeidsvoorwaarden van het personeel vaststellen, zoals dat ook tot nu toe het geval is.

In het inwerkingtredingsbesluit zal worden geregeld dat de leden van artikel 3.4.2 die de uitzonderingspositie voor het personeel van de colleges opheffen, pas in werking treden met ingang van 1 januari 2010.

#### Artikel 3.4.3

Het CVZ vindt niet langer zijn basis in de Zfw, maar in artikel 58 Zvw. Daarom moest in artikel 31, eerste lid, van de **Toeslagwet Indonesische pensioenen 1956** een verwijzing worden aangepast.

Van de gelegenheid is gebruik gemaakt om in dit artikellid tevens de omschrijving van de eigen bijdrage ingevolge de AWBZ die rechtstreeks aan het CVZ mag worden betaald, te actualiseren. Daarbij is ook rekening gehouden met de gewijzigde redactie en de nieuwe bepalingen die met de Wet Hoz in de AWBZ zijn aangebracht. Thans is nog slechts verwezen naar de artikelen 6 en 13 van de AWBZ; in de overige gevallen ontvangt de verzekerde in plaats van zorg in natura steeds een vergoeding van door hem gemaakte kosten en kennen de desbetreffende artikelen een zodanige formulering dat bij het betalen van deze vergoeding rekening kan

worden gehouden met de eigen bijdrage die hij in geval van zorg in natura zou hebben moeten betalen.

#### **Artikel 3.4.4**

Het CVZ vindt niet langer zijn basis in de Zfw, maar in artikel 58 Zvw. Daarom moest in artikel 27a, eerste lid, van de **Wet aanpassing pensioenvoorzieningen Bijstandkorps** een verwijzing worden aangepast.

Van de gelegenheid is gebruik gemaakt om in dit artikellid tevens de omschrijving van de eigen bijdrage ingevolge de AWBZ die rechtstreeks aan het CVZ mag worden betaald, te actualiseren. Daarbij is ook rekening gehouden met de gewijzigde redactie en de nieuwe bepalingen die met de Wet Hoz in de AWBZ zijn aangebracht. Thans is nog slechts verwezen naar de artikelen 6 en 13 van de AWBZ; in de overige gevallen ontvangt de verzekerde in plaats van zorg in natura steeds een vergoeding van door hem gemaakte kosten en kennen de desbetreffende artikelen een zodanige formulering dat bij het betalen van deze vergoeding rekening kan worden gehouden met de eigen bijdrage die hij in geval van zorg in natura zou hebben moeten betalen.

#### **Artikel 3.4.5**

In artikel 13, eerste lid, onderdeel c, van de **Wet schadeloosstelling leden Tweede Kamer** wordt de Zfw genoemd. Omdat artikel 13 inmiddels geheel is uitgewerkt, kan deze bepaling vervallen.

#### **Artikel 3.4.6**

De wijziging van artikel 99, eerste lid, van de **Wet Gemeentelijke basisadministratie persoonsgegevens** (Wet GBA) houdt verband met het feit dat zorgverzekeraars voor het aanbieden en uitvoeren van zorgverzekeringen gegevens nodig hebben die zij alleen uit de GBA kunnen verkrijgen. Omdat de gegevensverstrekking een structureel karakter heeft, hebben zorgverzekeraars een GBA-aansluiting nodig, zodat de noodzakelijke GBA-gegevens op systematische wijze verstrekt kunnen worden. Systematische verstrekking van GBA-gegevens is mogelijk aan bestuursorganen (artikel 91) en aan zogenaamde bijzondere derden, die aangewezen zijn op grond van artikel 99 van de wet GBA.

Zorgverzekeraars kunnen – in tegenstelling tot ziekenfondsen – niet worden aangemerkt als bestuursorganen in de zin van de Algemene wet bestuursrecht. Zorgverzekeraars vallen daarom niet onder het begrip «buitengemeentelijk afnemer» in de zin van de Wet GBA en komen daarom niet in aanmerking voor systematische gegevensverstrekking op grond van artikel 91 van de wet. De wijziging van artikel 99, eerste lid, beoogt systematische gegevensverstrekking voor zorgverzekeraars mogelijk te maken door deze categorie instellingen aan te merken als bijzondere derde.

De persoonsgegevens uit de GBA zijn nodig voor het vaststellen en het voortduren van de verzekeringsplicht. De zorgverzekeraar van een persoon die zich meldt om een zorgverzekering af te sluiten, moet beoordelen of diegene van rechtswege verzekerd is ingevolge de AWBZ en de daarop gebaseerde regelgeving. De administratie van de AWBZ bestaat alleen uit verzekerden die daadwerkelijk gebruik maken van de AWBZ. Zij die wel verzekerd zijn maar geen daadwerkelijk gebruik maken van de AWBZ staan niet in deze registratie. Daarom dient de verzekeraar uit de gemeentelijke basisadministratie de gegevens te betrekken of deze persoon woonachtig is in Nederland en voldoet aan de in de AWBZ

gestelde voorwaarden voor rechtmatig verblijf. Ook wijzigingen in deze gegevens kunnen van belang zijn voor het voortbestaan van de verzekeringsplicht, zoals gegevens inzake het overlijden van een persoon, wijziging van de verblijfsstatus of verhuizing naar een regio, gelegen buiten de regio waar de zorgverzekeraar actief is. Alleen die gegevens zullen aan zorgverzekeraars verstrekt worden, die noodzakelijk zijn bij de uitvoering van de taak op grond van de Zorgverzekeringwet. Een en ander zal nader worden uitgewerkt in het Besluit gemeentelijke basisadministratie persoonsgegevens en de autorisatiebesluiten.

### *Paragraaf 3.5 Onderwijs, Cultuur en Wetenschap*

Voor de introductie van het nieuwe zorgverzekeringsstelsel konden studerende gebruik maken van een speciale studentenstandaardpakketpolis op basis van de Wtz 1998. Met de introductie van een nieuw stelsel van zorgverzekeringen ontstaan dan ook inkomenseffecten voor studerende. Deze worden grotendeels gecompenseerd via de zorgtoeslag, waar studenten ook recht op hebben. Het kabinet heeft daarnaast besloten de particulier verzekerde studerende te compenseren via de aanvullende beurs in de studiefinanciering. Studenten met een aanvullende beurs raken de huidige tegemoetkoming in de ziektekosten kwijt, die nu nog in de aanvullende beurs is opgenomen voor particulier verzekerde studenten. Daarom is gekozen voor compensatie in de aanvullende beurs, en niet in de basisbeurs. Compensatie via de aanvullende beurs zorgt voor een zo evenwichtig mogelijke verdeling van inkomenseffecten. Voor de compensatie via de studiefinanciering is € 33 mln. aan extra middelen beschikbaar gesteld. De extra tegemoetkoming ziektekosten voor particulier verzekerde studerende in de aanvullende beurs komt te vervallen (€ 450 per jaar). Dit levert € 35 mln. op. Het totaal van € 68 mln. wordt ingezet om de aanvullende beurs structureel te verhogen met € 330 per jaar. Deze verhoging geldt voor alle studerende met een aanvullende beurs. Daarnaast wordt de aanvullende beurs eenmalig verhoogd met € 70 per jaar in 2006, zodat de inkomenseffecten in 2006 worden beperkt.

#### **Artikel 3.5.1**

A

De **Wet studiefinanciering 2000** (WSF 2000) kent (artikel 3.2) de mogelijkheid dat het budget wordt verhoogd met o.a. een normbedrag voor de ziektekostenverzekering. Tot nu toe wordt een normbedrag voor ziektekosten voor particulier verzekerden toegevoegd aan de aanvullende beurs. Nu iedere ingezetene verzekeringsplichtig zal zijn ingevolge de Zvw, is een apart normbudget voor particulier verzekerden niet meer nodig. In verband daarmee vervalt artikel 3.2, tweede lid, onderdeel a (onderdeel A, 1). Daarmee vervalt in artikel 3.18, Overzicht 1, de afzonderlijke vermelding van de bedragen van dit normbedrag (onderdeel D). Omdat in dit overzicht niet van verschillende maatstaven kan worden uitgegaan, worden alle bedragen omgerekend naar dezelfde (actuele) maatstaf. De bedragen worden na inwerkingtreding van de onderhavige wijzigingen op grond van artikel 11.1 WSF 2000 jaarlijks geïndexeerd en vastgesteld bij ministeriële regeling.

In artikel 3.2, vierde lid, is de aanspraak op het normbedrag voor ziektekostenpremie gekoppeld aan de voorwaarde dat betrokkene een ziektekostenverzekering als bedoeld in de Wtz 1998 heeft gesloten. Dit artikel kan, met de invoering van een verplichte verzekering en het vervallen van het normbedrag voor de ziektekosten, vervallen (onderdeel A, 2).

## C

In artikel 3.17 van de WSF 2000 is geregeld dat studerenden met een zgn. meerinkomen in bepaalde gevallen een bedrag aan de IB-groep verschuldigd zijn. In het tweede lid, onderdeel a, van dat artikel is met het oog op de berekening van het toetsinkomen dat daarbij een rol speelt, ook de door de werkgever en de werknemer verschuldigde premie voor de Zfw genoemd als factor die van belang is. Die vermelding dient uiteraard te worden aangepast aan de nieuwe situatie: de vermindering van het loon in dit verband zal bestaan uit de (door de verzekerde verschuldigde, maar door de werkgever te betalen) inkomensafhankelijke bijdrage ingevolge de Zvw. Daarmee wordt materieel aangesloten bij de huidige situatie.

## D

In artikel 3.18 moet, naast Overzicht 1 (zie hiervoor bij artikel 3.2) ook Overzicht 2 aangepast worden. De hoogte van de aanvullende beurs wordt niet meer mede bepaald door het type ziektekostenverzekering dat een studerende heeft. Iedereen is vanaf 2006 op dezelfde wijze verzekerd. Het onderscheid van vier verschillende categorieën aanvullende beurs wordt gereduceerd tot twee: aanvullende beurs voor thuiswonende en aanvullende beurs voor uitwonende studerenden.

## E

In artikel 3.21 vervalt de verwijzing naar het normbedrag voor de ziektekostenverzekering.

## F

In artikel 3.22 is een voorziening getroffen die bewerkstelligt dat een studerende tijdens een ziekteperiode verzekerd kan blijven ingevolge de tijdens het studeren voor hem toepasselijke ziektekostenregeling. Nu de Zvw voor alle ingezetenen toegang biedt tot een zorgverzekering waarbij een eventuele ziekteperiode niet van belang is, kan dit artikel vervallen.

## G en H

In de artikelen 4.7 (zoals dat luidt na inwerkingtreding -naar verwachting per 1 augustus 2005- van het wetsvoorstel tot Wijziging van onder meer de Wet studiefinanciering 2000 in verband met invoering prestatiebeurs in een deel van de beroepsopleidende leerweg en meeneembaarheid studiefinanciering voor deze leerweg in het buitenland; Kamerstukken I 2004/05, 29 719, A) 5.2, 5.4 en 10.3 wordt het bedrag aangepast naar de maatstaf van 1 januari 2005, zodat uitgegaan wordt van dezelfde maatstaf als in artikel 3.18.

## I, J en K

In artikel 9.2, vierde lid, vervalt in de tweede volzin een specifieke bepaling om de IB-Groep inlichtingen over zichzelf te verschaffen bij wijziging in de ziektekostenverzekeringssituatie (onderdeel l). Hetzelfde geldt voor de artikelen 9.6 en 11.4; de ziektekostenverzekeringsinstellingen hoeven niet langer inlichtingen te verstrekken aan de IBG en de IBG hoeft niet langer gegevens door te geven aan verzekeraars als bedoeld in artikel 1, onderdeel f, van de Wtz 1998.

L

De aanvullende beurs wordt in 2006 eenmalig verhoogd met € 70 per jaar (€ 5,84 per maand), zodat de inkomenseffecten in 2006 worden beperkt. Gelijktijdig wordt de basislening eenmalig verlaagd met € 70 per jaar, zodat het totale normbedrag (basisbeurs + maximale aanvullende beurs/lening (of veronderstelde ouderlijke bijdrage + basislening) gelijk blijft. Aangezien het een eenmalige wijziging betreft, is er voor gekozen in hoofdstuk 12 hiervoor een overgangsbepaling op te nemen (onderdeel K).

### **Artikel 3.5.2**

A

In de **Wet tegemoetkoming onderwijsbijdrage en schoolkosten** (WTOS) (artikel 2.20) is een met artikel 3.22 van de WFS 2000 vergelijkbare voorziening getroffen die bewerkstelligt dat een leerling tijdens een ziekteperiode verzekerd kan blijven ingevolge de voor hem toepasselijke ziektekostenregeling. Nu de Zvw voor alle ingezetenen toegang biedt tot een zorgverzekering waarbij een eventuele ziekteperiode niet van belang is, kan dit artikel vervallen.

B

In artikel 10.6, eerste lid, onderdeel a, van de WTOS zijn met het oog op de berekening van het toetsinkomen, ook de tegemoetkoming in de ziektekosten ingevolge de Interimregeling ziektekosten ambtenaren 1982 en de door de werkgever en de werknemer verschuldigde premie voor de Zfw genoemd als factoren die van belang zijn. Die vermelding wordt aangepast aan de nieuwe situatie. De vermindering van het loon in dit verband zal voortaan bestaan uit de (door de verzekerde verschuldigde, maar door de werkgever te betalen) inkomensafhankelijke bijdrage ingevolge de Zvw. Daarmee wordt materieel aangesloten bij de huidige situatie.

### *Paragraaf 3.6 Financiën*

#### **Artikel 3.6.1**

A

Als gevolg van het vervallen van de Zfw kan artikel 3.13, eerste lid, onderdeel e, van de **Wet inkomstenbelasting 2001** (Wet IB 2001) vervallen. Gelet op het feit dat de Zvw niet tot als winst uit onderneming te beschouwen voordelen bestaande uit uitkeringen en aanspraken op verstrekkingen kan leiden, is het niet nodig om een aan de Zvw gekoppelde, vergelijkbare bepaling op te nemen.

B

Deze wijziging hangt samen met het vervallen van de Zfw en de invoering van de Zvw. Met deze aanpassing is in beginsel geen inhoudelijke wijziging beoogd.

C

Als gevolg van het vervallen van de Zfw kan artikel 3.103, tweede lid, vervallen. Gelet op het feit dat de Zvw niet tot als belastbare periodieke uitkeringen en verstrekkingen te beschouwen aanspraken kan leiden, is het niet nodig om een aan de Zvw gekoppelde, vergelijkbare bepaling op te nemen.

D

Deze wijziging hangt samen met het vervallen van de Zfw en de invoering van de Zvw. Met deze aanpassing is geen inhoudelijke wijziging beoogd.

E

*subonderdeel 1*

De in onderdeel E voorgestelde aanpassing van artikel 6.18 Wet IB 2001 moet in samenhang worden gezien met de in onderdeel H voorgestelde aanpassing van artikel 6.24 Wet IB 2001. Onder het huidige fiscale regime worden premies en bijdragen voor een ziektekostenregeling in aanmerking genomen als uitgaven wegens ziekte, invaliditeit en bevalling in de zin van de regeling voor buitengewone uitgaven. Dit geldt zowel voor in het kader van de Zfw verschuldigde premies en bijdragen als voor premies voor particuliere ziektekostenverzekeringen. Voorgesteld wordt om deze lijn niet door te trekken naar de premies die krachtens paragraaf 3.3. van de Zvw zijn verschuldigd. Het gaat hierbij om de premie voor het zogenoemde basispakket. Premies voor aanvullende verzekeringen blijven wel aftrekbaar als uitgaven wegens ziekte, invaliditeit en bevalling.

In samenhang met de bovengenoemde aanpassing wordt in onderdeel G voorgesteld om de bij de berekening van de buitengewone uitgaven in aanmerking te nemen drempel te verlagen. Voorgesteld wordt om deze drempel te verminderen met het saldo van enerzijds de standaardpremie als bedoeld in artikel 4 van de Wzt en anderzijds de zorgtoeslag als bedoeld in artikel 2 van de Wzt. Om een kringverwijzing te voorkomen wordt voorgesteld om hier bij de berekening van het bedrag van de zorgtoeslag uit te gaan van het toetsingsinkomen vóór toepassing van de persoonsgebonden aftrek.

Gemiddeld genomen pakken de bovengenoemde wijzigingen per saldo neutraal uit. Voor een belastingplichtige die een lagere premie betaalt dan de gemiddelde premie leiden deze wijzigingen per saldo tot een voordeel, terwijl voor een belastingplichtige die een hogere premie betaalt dan gemiddeld per saldo een nadeel ontstaat. Deze wijzigingen vormen derhalve een extra stimulans om op zoek te gaan naar de goedkoopste aanbieder.

*subonderdeel 2*

De voorgestelde wijziging van het tot onderdeel d verletterde onderdeel c van het eerste lid vloeit voort uit het vervallen van de Zfw. Deze bepaling blijft van belang voor aanvullende verzekeringen.

*subonderdeel 3*

De voorgestelde wijziging van het tot onderdeel e verletterde onderdeel d van het eerste lid vloeit voort uit artikel 40 van het wetsvoorstel WTZi . Op grond van dat artikel zal onder meer artikel AWBZ vervallen. In plaats daarvan zal een AWBZ-instelling op grond van artikel 5 van de WTZi kunnen worden toegelaten. In het wetsvoorstel WTZi is de in artikel 6.18 van de Wet IB 2001 opgenomen verwijzing naar artikel 8 AWBZ abusievelijk nog niet aangepast. Omdat op dit moment niet geheel zeker is welke wet eerder in werking zal treden, de WTZi of voorliggende wet, en het opnemen van een verwijzing hier bovendien niet noodzakelijk is, wordt voorgesteld het desbetreffende onderdeel van artikel 6.18 Wet IB 2001 zo te wijzigen, dat de wet op grond waarvan de toelating moet worden verstrekt, niet meer wordt genoemd.

*subonderdeel 1*

Voor een toelichting op de voorgestelde wijzigingen van de artikelen 6.20a, eerste lid, onderdeel f, 6.22, eerste lid, onderdeel f, en 6.24, eerste lid, onderdeel f, van de Wet IB 2001 wordt verwezen naar de toelichting op onderdeel E, subonderdeel 3.

*subonderdeel 2*

De voorgestelde wijziging van de onderdelen g van de artikelen 6.20a, eerste lid, 6.22, eerste lid, en 6.24, eerste lid, van de Wet IB 2001 hangt samen met het feit dat ten gevolge van de inwerkingtreding van de Wet herziening overeenkomstenstelsel zorg, met ingang van 1 februari 2005, de eigen bijdragen voor de AWBZ niet meer op grond van artikel 6, derde lid, maar op grond van artikel 6, vierde lid, van die wet worden geheven. De verwijzingen naar dit artikellid in de artikelen 6.20a, 6.22 en 6.24 van de Wet IB 2001 zijn daarbij abusievelijk nog niet aangepast. Dit geschiedt in voorliggend subonderdeel alsnog.

*subonderdeel 3*

Met betrekking tot de voorgestelde redactie van de onderdelen h van het eerste lid van de artikelen 6.20a, 6.22 en 6.24 van de Wet IB 2001 wordt het volgende opgemerkt. In die onderdelen is op dit moment bepaald dat eigen bijdragen terzake van een zogenoemd «persoonsgebonden budget» als bedoeld in artikel 1p Zfw, mee mogen tellen voor de buitengewone uitgaven. In de toekomst zullen de persoonsgebonden budgetten worden verstrekt op grond van artikel 44, eerste lid, onderdeel b, AWBZ (zie artikel 3.1.1, onderdeel O, van deze wet). De voorgestelde nieuwe onderdelen h verwijzen naar het juiste AWBZ-artikel.

*subonderdeel 4*

Voor een toelichting op de toevoegingen aan het tweede lid, onderdelen a, b, en c, van artikel 6.24 van de Wet IB 2001 wordt verwezen naar de toelichting op onderdeel E.

I

Artikel 10.7, derde, vierde en vijfde lid, Wet IB 2001 bepalen hoe de percentages voor de arbeidskorting, bedoeld in artikel 8.11 van die wet, kunnen worden bijgesteld. Na de inwerkingtreding van de Zvw is er, anders dan onder de Zfw, geen sprake meer van een werkgevers- en een werknemersdeel in een inkomensafhankelijke premie. In plaats daarvan is een verzekeringsplichtige een inkomensafhankelijke bijdrage over zijn bijdrage-inkomen verschuldigd (artt. 41 tot en met 45 Zvw). Omdat de verzekeringsplichtige de bijdrage verschuldigd is ongeacht de vraag of hij zich daadwerkelijk heeft verzekerd, wordt niet meer van een inkomensafhankelijke «premie» maar van een inkomensafhankelijke «bijdrage» gesproken. Voor zover het bijdrage-inkomen bestaat uit loon uit dienstbetrekking respectievelijk de meeste socialezekerheidsuitkeringen, is de werkgever respectievelijk de uitkeringsinstantie verplicht de werknemer respectievelijk de uitkeringsgerechtigde de inkomensafhankelijke bijdrage over dat loon of die uitkering volledig te vergoeden (art. 46 Zvw). Het voorgaande brengt met zich, dat het derde, vierde en vijfde lid van artikel 10.7 Wet IB 2001 gewijzigd moesten worden. «Het werksgeversaandeel in de procentuele premie volgens de Ziekenfondswet» is vertaald in: de vergoeding, bedoeld in artikel 46 van de Zvw.



### **Artikel 3.6.2**

Op grond van artikel 24, eerste lid, onderdeel c, van de **Wet op belastingen van rechtsverkeer** zijn van assurantiebelasting onder meer vrijgesteld de ziektekostenverzekeringen. Het is de bedoeling dat daarvoor ook de zorgverzekeringen als bedoeld in de Zvw vallen. De prestaties uit een zorgverzekering kunnen echter, afhankelijk van de gesloten zorgverzekeringsovereenkomst, zorg in natura of vergoeding van kosten van zorg zijn. Heel strikt bezien zou men zich derhalve kunnen afvragen of een zorgverzekering krachtens welke recht op zorg in natura bestaat, onder het begrip «ziektekostenverzekering valt». Voorliggende wijziging maakt duidelijk dat dit inderdaad de bedoeling is. Voor zorgverzekeringen geldt derhalve een vrijstelling van de assurantiebelasting.

### **Artikel 3.6.3**

A

Deze wijziging van de **Wet op de loonbelasting 1964** hangt samen met het vervallen van de Zfw en de invoering van de Zvw. Met deze aanpassing is in beginsel geen inhoudelijke wijziging beoogd.

B

Deze wijziging is nodig door het vervallen van de Zfw en de invoering van de Zvw.

### **Artikel 3.6.4**

Ziekenfondsen en ziektekostenverzekeringsmaatschappijen, voor zover zij geen winst beogen of maken anders dan voor instellingen ten bate van de volksgezondheid, zijn op grond van artikel 5, eerste lid, onderdeel f, van de **Wet op de vennootschapsbelasting 1969** (Wet Vpb) en artikel 2 van het Uitvoeringsbesluit vennootschapsbelasting 1971 vrijgesteld van de vennootschapsbelasting. De Zfw wordt met art. 2.1.1 van deze wet ingetrokken, en de ziekenfondsen zullen nog slechts de Zfw afhandelen (zie ook de toelichting op het volgende artikel). In plaats daarvan zal iedere burger zich op grond van een zorgverzekering met een private zorgverzekeraar dienen te (laten) verzekeren.

De wijziging van artikel 5, eerste lid, onderdeel f, van de Wet Vpb is een technische aanpassing die samenhangt met het intrekken van de Zfw. Volledigheidshalve dient te worden opgemerkt dat onder ziektekostenverzekeringsmaatschappijen zoals genoemd in artikel 5, eerste lid, onderdeel f, van de Wet Vpb, tevens zorgverzekeraars als bedoeld in de Zvw zijn begrepen.

De wijziging in artikel 5, eerste lid, onderdeel g, van de Wet Vpb expliciteert dat de zorgverzekeraars in de zin van de Zvw niet ook onder dat onderdeel vallen. Hoewel de zorgverzekeraars geen publiekrechtelijk geregelde verzekeringen uitvoeren in de zin van «verzekeringen van rechtswege», stelt de Zvw wel wettelijke -dus publiekrechtelijk geregelde- voorwaarden aan de zorgverzekeringen (zoals de acceptatieplicht voor een bij en krachtens de wet geregeld pakket en het verbod van premie-differentiatie), zodat zonder de voorgestelde uitsluiting de vraag zou kunnen opkomen of, naast onderdeel f, ook onderdeel g op zorgverzekeraars van toepassing zou kunnen zijn.

### **Artikel 3.6.5**

De Zfw wordt met art. 2.1.1 van deze wet ingetrokken; de ziekenfondsen of, indien deze zich omzetten in een zorgverzekeraar als bedoeld in de

Zvw, de zorgverzekeraar, dienen echter wel te zorgen voor een goede afwikkeling van hun Zfw-taken. Artikel 3.6.5 zorgt ervoor dat algemene ziekenfondsen die op de dag voor de intrekking van de Zfw vrijgesteld waren voor de vennootschapsbelasting daarvan vrijgesteld blijven ten aanzien van de werkzaamheden tot afwikkeling van de Zfw.

### **Artikel 3.6.6**

Het Zvw-systeem voorziet erin dat het toezicht op de zorgverzekeraars wordt gehouden door DNB (prudentieel toezicht), de Stichting Autoriteit Financiële Markten (AFM; gedragstoezicht) en het CTZ (toezicht op de naleving van de Zvw-bepalingen). In het wetsvoorstel Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) dat naar verwachting op korte termijn bij het parlement zal kunnen worden ingediend, wordt voorgesteld het gedrags- toezicht op de zorgverzekeraars en het toezicht op de naleving van de Zvw-bepalingen op te dragen aan een «Zorgautoriteit», waarin het CTZ en het College tarieven gezondheidszorg zullen opgaan. Zoals bekend, is de regering er veel aan gelegen zowel de Zvw als de Wmg op 1 januari 2006 in werking te laten treden. De Zvw is echter zo vormgegeven dat die wet zonder dat dat tot problemen in het toezicht leidt, met ingang van 1 januari 2006 in werking kan treden indien de Wmg onverhoopt niet met ingang van die datum in werking kan treden.

In lijn met het voorgaande wordt in artikel 3.6.6 de **Wtv 1993** aangepast als zou de Wmg niet tegelijk met de Zvw in werking treden. In de Wmg wordt de Wtv 1993 indien nodig op de toezichtssituatie na inwerkingtreding van de Wmg aangepast.

In de memorie van toelichting op het wetsvoorstel Zvw (Kamerstukken II 2003/04, 29 763, nr. 3, p. 74) is aangegeven dat de Wtv 1993 op zal gaan in de Wet op het financieel toezicht (Wft; Kamerstukken II 2004/04, 29 708, nrs. 1–3). Aangegeven is dat de Zvw en de Wft op elkaar zouden worden afgestemd in de voorliggende I&A-wet Zvw, in een invoeringswet of -tranche van de Wft of in de Wmg (die toen nog als «Wet op de Zorg- autoriteit» werd aangeduid). Nu op dit moment nog slechts de eerste twee tranches van de Wft bij de Tweede Kamer in behandeling zijn, en derhalve nog niet duidelijk is hoe de Wft uiteindelijk zal komen te luiden, is besloten in het kader van de invoering van de Wft de Zvw waar nodig op de Wft aan te passen. Voorliggend wetsvoorstel gaat derhalve uit van de situatie waarin de Wft nog niet in werking is.

A

Artikel 1, eerste lid, onderdeel s, van de Wet toezicht verzekeringsovereenkomst (Wtv 1993) definieert het begrip «premie» in de zin van die wet: de in geld uitgedrukte prestatie, door de verzekeringnemer verschuldigd uit hoofde van een overeenkomst van verzekering, daaronder niet begrepen de assurantiebepaling en de omslagbijdragen, bedoeld in de Wet MOOZ en de Wtz 1998. Nu de Wet MOOZ en de Wtz 1998 met voorliggende wet worden ingetrokken, kan de uitzondering, inhoudende dat omslag- bijdragen als bedoeld in de Wet MOOZ en de Wtz 1998 geen premies zijn, vervallen.

B

Op 30 oktober 2004 fuseerden de Pensioen- & Verzekeringkamer en De Nederlandsche Bank N.V. tot «De Nederlandsche Bank N.V.» (DNB). Hoewel de bepalingen in de Wtv 1993 nog spreken van de «Pensioen- & Verzekeringkamer» wordt de toezichthoudende autoriteit op private verzekeraars sindsdien met «DNB» aangeduid. Ook deze toelichting spreekt daarom van «DNB», óók als in de (te wijzigen) artikelen van de Wtv 1993 «Pensioen- & Verzekeringkamer» staat.

Artikel 10a draagt DNB op samen te werken met de toezichthouders op overige financiële instellingen, te weten beleggingsinstellingen, effecteninstellingen, kredietinstellingen en natura-uitvaartverzekeraars, met het oog op het tot stand brengen van gelijkgerichte regelgeving en beleid ter zake van bij ministeriële regeling aan te wijzen onderwerpen die de betrokken toezichthouders raken.

DNB zal wat betreft het toezicht op zorgverzekeraars in de zin van de Zvw ook dienen samen te werken met het CTZ en het CVZ. Het toezichtsbeleid van het CTZ of tot zorgverzekeraars gerichte beschikkingen (bijvoorbeeld een beschikking waarmee het CTZ een boete aan een verzekeraar oplegt) kunnen immers gevolgen hebben voor de mate waarin een zorgverzekeraar aan zijn financiële verplichtingen kan voldoen en, omgekeerd, beleid of een beschikking van DNB (bijvoorbeeld – het voornemen tot – intrekking van een vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf) kan gevolgen hebben voor de mate waaraan de verzekeraar aan zijn ingevolge de Zvw geldende verplichtingen kan voldoen. Hoewel het CVZ, anders dan het CTZ en DNB, geen toezicht op de zorgverzekeraars houdt, kunnen de werkzaamheden van het CVZ en DNB elkaar wel in die mate beïnvloeden, dat ook tussen deze twee organen samenwerking nodig is. Zo kan het CVZ op grond van artikel 84 Zvw in overeenstemming met het CTZ regels stellen aan de administratie van zorgverzekeraars, en kan het CVZ na overleg met het CTZ regelen welke gegevens en inlichtingen de zorgverzekeraars regelmatig moeten verstrekken (en vice versa; art. 90 Zvw). DNB kan dergelijke regels echter óók stellen (zie voor verzekeraars met zetel in Nederland bijvoorbeeld artt. 70, tweede lid, 72 en 74 Wtv 1993).

Omdat het CVZ geen toezichthouder is en omdat het karakter van de samenwerking tussen DNB en CVZ/CTZ toch anders is dan dat van de samenwerking tussen DNB en de in artikel 10a Wtv 1993 genoemde toezichthouders (die immers, anders dan het CTZ, alle financiële toezichthouders zijn), is de plicht tot samenwerking geregeld in een nieuw artikel, te weten artikel 10b Wtv 1993: DNB, CTZ en CVZ dienen afspraken met elkaar te maken over de wijze waarop zij aangelegenheden behandelen die van wederzijds belang (kunnen) zijn en over de wijze waarop zij daartoe informatie verzamelen. Er is voor gekozen in dat artikel niet alleen DNB deze plicht tot samenwerking te geven, maar ook het CTZ en het CVZ. Voor samenwerking is immers betrokkenheid van alle beoogde samenwerkers nodig. Een en ander zou zijn neerslag kunnen vinden in een convenant tussen de drie bestuursorganen.

#### C

Nu er in de toekomst geen ziekenfondsen meer zullen zijn, hoeven deze ook niet meer te worden uitgezonderd van het begrip «verzekeraar» in de zin van de Wtv 1993. De eerste jaren na de inwerkingtreding van de Zvw zullen er echter nog wel ziekenfondsen zijn: zij zullen hun rechten en plichten uit de Zfw moeten afwikkelen. Met het oog daarop is in artikel 3.6.7, eerste lid, overgangsrecht getroffen.

#### D

Op grond van artikel 20, onderdeel b, Wtv 1993 zoals dat op dit moment luidt, is die wet onder bij of krachtens amvb te stellen voorwaarden niet van toepassing op instellingen die een publiekrechtelijke ziektekostenregeling uitvoeren. Bij het Besluit vrijgestelde instellingen voor publiekrechtelijke ziektekostenregelingen 1994 is bepaald dat het hier gaat om het Instituut Zorgverzekering Ambtenaren Nederland (IZA), de I.Z.R. en de Dienst geneeskundige verzorging politie, voor zover deze instellingen hun werkzaamheden beperken tot dekking van de vergoeding van kosten van

geneeskundige verzorging. Bovendien hebben de IZA en de I.Z.R. toestemming van de Minister van Financiën nodig indien zij hun categorieën deelnemers willen uitbreiden of de deelnemende lichamen respectievelijk de deelnemende provincies meer of minder risico willen laten dragen (ook bij wijzigingen in de regelingen voor de politie is de Minister van Financiën overigens betrokken). Ten gevolge van de Zvw zullen ook onder de IZA, de I.Z.R. en het Besluit geneeskundige verzorging politie 1994 vallende ambtenaren in de toekomst een zorgverzekering dienen te sluiten. Voor het aanvullende gedeelte zullen de drie soorten regelingen naar verwachting (op den duur) vervallen. Daarom wordt artikel 20, onderdeel b, Wtv 1993 met onderdeel D geschrapt. Het overgangsrecht is te vinden in artikel 3.6.7, tweede lid, van deze wet.

#### E en F

Artikel 123, vierde lid, Wtv 1993 geeft verzekeringnemers het recht hun overeenkomsten van schadeverzekering op te zeggen indien hun verzekeraar deze aan een andere verzekeraar heeft overgedragen. Artikel 128, vierde lid, kent hen een gelijk recht toe voor het geval een verzekeraar zijn rechtsvorm omzet. De tweede volzin van deze leden bepalen dat de verzekeraar in deze gevallen onder meer de vooruitbetaalde omslagbijdragen, bedoeld in de Wet MOOZ en de Wtz 1998 teruggeeft voor het gedeelte dat evenredig is aan het nog niet verstreken gedeelte van de termijn waarvoor deze werden betaald. Aangezien de Wtz 1998 en de Wet MOOZ komen te vervallen (zie de artikelen 2.2.1 en 2.3.1 van deze wet), dienen de desbetreffende volzinnen te worden aangepast.

#### G, H en I

In artikel 6, eerste lid, onderdeel a, van de Zvw is geregeld dat een zorgverzekering van rechtswege eindigt indien de verzekeraar ten gevolge van (gehele of gedeeltelijke) intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf geen zorgverzekeringen meer mag aanbieden. In de praktijk gaat het dan om een intrekking van een vergunning voor het uitvoeren van het schadeverzekeringsbedrijf, branches 1 of 2. Om de verzekeringnemer voldoende tijd te geven om een nieuwe zorgverzekering te sluiten, dient de zorgverzekeraar zijn verzekeringnemers uiterlijk twee maanden voordat zijn vergunning aldus wordt gewijzigd of ingetrokken, van dit einde op de hoogte te stellen, onder vermelding van de datum waarop de zorgverzekering eindigt, zo bepaalt artikel 6, derde lid, Zvw.

De intrekking of wijziging van een vergunning door DNB is een beschikking, waartegen de verzekeraar bij de Rechtbank Rotterdam tegen in beroep en bij het CBB in hoger beroep kan komen, of een voorlopige voorziening kan vragen (eerst bezwaar bij DNB instellen tegen de intrekking van een beschikking is op grond van artikel 188, tweede lid, Wtv 1993 niet mogelijk). Krachtens artikel 6:16 Awb heeft beroep geen schorsende werking, tenzij bij of krachtens wettelijk voorschrift anders is bepaald. Artikel 150, eerste lid, Wtv 1993, bepaalt dat een intrekking van een vergunning pas gaat werken nadat de beroepstermijn is verstreken, of, indien de verzekeraar de voorzitter van het CBB heeft verzocht een voorlopige voorziening te treffen, op dat verzoek is besloten. Dat artikellid is derhalve een wettelijke voorschrift als bedoeld in artikel 6:16 Awb.

Een bepaling als artikel 150, eerste lid, Wtv 1993 is nog extra wenselijk voor het geval de vergunning van een zorgverzekeraar voor het uitvoeren van de schadeverzekeringsbranches 1 of 2 wordt ingetrokken, aangezien dat, zoals in artikel 6 Zvw is geregeld, niet alleen betekent dat geen nieuwe zorgverzekeringen mogen worden aangeboden, maar ook dat

bestaande zorgverzekeringen van rechtswege eindigen. Zou nu geen opschortende werking zijn geregeld, dan zou dat betekenen dat een zorgverzekeraar zijn verzekerden zou verliezen, ook al zou een door hem ingesteld (hoger) beroep tegen de intrekking slagen. De gevallen waarin en de termijn waarmee op grond van artikel 150, eerste lid, Wtv 1993 geschorst wordt, zijn voor de zorgverzekeringen echter te beperkt. Immers, de verzekerden van de zorgverzekeraar wiens vergunning zodanig wordt gewijzigd dat hij niet meer als zorgverzekeraar mag werken of wiens vergunning wordt ingetrokken, moeten voor het geval de portefeuille van de eerste zorgverzekeraar niet wordt overgenomen of zij bezwaar tegen een dergelijke overgang hebben voldoende tijd hebben om zich aansluitend op het einde van de eerdere zorgverzekering bij een nieuwe zorgverzekeraar te verzekeren.

Daarom wordt voorgesteld om een nieuw tweede lid aan artikel 150 Wtv 1993 toe te voegen, op grond waarvan een besluit tot wijziging of intrekking dat tot gevolg heeft dat een zorgverzekeraar niet meer als zorgverzekeraar mag werken, pas drie maanden nadat het formele rechtskracht heeft gekregen, gaat werken. Dat wil zeggen drie maanden na de dag waarop de beroepstermijn dan wel de termijn voor hoger beroep verstrijkt, indien na de intrekking geen beroep dan wel na een uitspraak in beroep geen hoger beroep wordt ingesteld, dan wel drie maanden na de dag waarop op een hoger beroep is besloten.

Op grond van het voorgestelde tweede lid van artikel 150 Wtv 1993 heeft de verzekeraar altijd ten minste drie maanden om zijn verzekerden op grond van artikel 6 Zvw van het naderende einde van hun zorgverzekering op de hoogte te stellen.

Ik merk ten slotte op, dat artikel 150, tweede lid, Wtv 1993, slechts geldt voor zorgverzekeraars in de zin van de Zvw. Indien een ziektekostenverzekeraar niet tevens zorgverzekeraar is, geldt voor hem slechts het eerste lid van artikel 150 Wtv 1993.

J

Artikel 186, eerste lid, Wtv 1993 regelt onder meer dat de verzekeraars de kosten van DNB, verbonden aan de uitvoering van de Wtv 1993 de van de Wtz 1998 dragen. Nu de Wtz 1998 vervalt (zie art. 2.2.1 van deze wet), dient ook de verwijzing naar die wet in dit artikel te vervallen. De kosten van het DNB-toezicht op de afwikkeling van de Wtz 1998 zijn zo beperkt in omvang en zijn van zo korte duur, dat besloten is hiervoor geen afzonderlijk overgangsartikel te treffen. Deze kosten zullen dus door alle verzekeraars tezamen moeten worden gedragen.

Het is niet nodig afzonderlijk te regelen dat de verzekeraars de kosten van het door DNB te houden prudentiële toezicht op het aanbieden en uitvoeren van zorgverzekeringen als bedoeld in de Zvw dragen, nu dit toezicht niet anders is dan het toezicht dat DNB ingevolge de Wtv 1993 ook op de overige schadeverzekeraars houdt. Derhalve vallen de kosten van het toezicht van DNB op de zorgverzekeraars onder de kosten van het toezicht verbonden aan de uitvoering van de Wtv 1993.

### **Artikel 3.6.7**

#### *eerste lid*

Ziekenfondsen zijn ingevolge artikel 13, eerste lid, onderdeel d, Wtv 1993 geen verzekeraars in de zin van die wet. Die bepaling komt bij de inwerkingtreding van de Zvw te vervallen (zie art. 3.6.6, onderdeel C). Echter, rechtspersonen die voor de inwerkingtreding van de Zvw op grond van

artikel 34 Zfw als ziekenfonds waren toegelaten (oftewel ziekenfondsen in de zin van deze wet, zie art. 1 van deze wet), hebben op grond artikel 2.1.4 van deze wet de plicht hun uit de Zfw voortvloeiende taak goed af te wikkelen. Dit kan een aantal jaren duren. Het gaat hier zowel om zorgverzekeraars die vroeger ziekenfonds waren (zij blijven voor de afwikkeling van hun rechten en plichten uit de Zfw bestuursorgaan) als ziekenfondsen die niet verder gaan als zorgverzekeraar. Voorliggende bepaling leidt ertoe dat zij voor zover zij de Zfw afwikkelen, niet te beschouwen zijn als verzekeraars in de zin van de Wtv 1993. Uiteraard zijn zorgverzekeraars die tevens nog enige jaren ziekenfonds zijn, voor hun werkzaamheden als zorgverzekeraar wél verzekeraars in de zin van de Wtv 1993.

*tweede lid*

In artikel 3.6.6, onderdeel D, is geregeld dat de bepaling van de Wtv 1993, inhoudende dat de Wtv 1993 niet van toepassing is op instellingen die publiekrechtelijke ziektekostenregelingen uitvoeren, komt te vervallen. Het tweede lid van voorliggend artikel zorgt ervoor dat de Wtv 1993 niet alsnog van toepassing wordt op de IZA, de I.Z.R. en de Dienst geneeskundige verzorging politie, voor zover deze zich althans beperken tot de afwikkeling van de uitvoering van de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen en zich blijven houden aan de voorwaarden van het Besluit vrijgestelde instellingen voor publiekrechtelijke ziektekostenregelingen 1994.

### **Artikel 3.6.8**

A

De wijziging van artikel 31, tweede, derde en vierde lid, van de **Wet vermindering afdracht loonbelasting en premie voor de volksverzekeringen** houdt verband met het vervallen van de Zfw en de invoering van de Zvw. Na invoering van de Zvw is de werkgever ingevolge artikel 46 van de Zvw verplicht de werknemer een vergoeding te verstrekken voor de door de werknemer over het nog nader aan te wijzen loon verschuldigde inkomensafhankelijke bijdrage.

Er is in de wettekst reeds rekening gehouden met het in het kader van de Wet van 18 december 2003 tot wijziging van enkele belastingwetten c.a. (Overige fiscale maatregelen 2004) met ingang van 1 januari 2006 vervallen van het tweede lid van artikel 31.

B

De wijziging van artikel 33, vierde lid, houdt verband met het vervallen van de Zfw en de invoering van de Zvw. Na invoering van de Zvw is de werkgever ingevolge artikel 46 van de Zvw verplicht de werknemer een vergoeding te verstrekken voor de door de werknemer over het nog nader aan te wijzen loon verschuldigde inkomensafhankelijke bijdrage.

### **Artikel 3.6.9**

De wijziging in dit onderdeel van artikel 2, tweede lid, van de **Wet financiële dienstverlening** (Wfd) is het gevolg van de wijziging van artikel 13, eerste lid, van de Wtv 1993 (zie artikel 3.6.6, onderdeel C).

### **Artikel 3.6.10**

Nu ziekenfondsen buiten de reikwijdte van de Wfd vallen (zie artikel 2, tweede lid, onderdeel b, van de Wfd zoals dat tot de inwerkingtreding van de artikelen 3.6.6, onderdeel C en 3.6.9, onderdeel A, van deze wet, luidt),

dient dit ook te gelden voor de werkzaamheden die ziekenfondsen in het kader van de afwikkeling van de Ziekenfondswet verrichten.

### **Artikel 3.6.11**

Met ingang van 1 januari 2006 (de beoogde inwerkingtreding van de Zvw) zal de Belastingdienst de inkomensafhankelijke bijdrage Zvw op aanslag gaan heffen bij winst- en resultaatgenieters en bij degenen die een periodieke uitkering ontvangen die niet aan de loonbelasting is onderworpen. Omdat de systemen van de Belastingdienst aan de Zvw dienen te worden aangepast, kunnen de voorlopige aanslagen Zvw pas in het najaar van 2006 worden opgelegd. Eerder kunnen met deze systemen nog geen voorlopige aanslagen Zvw worden opgelegd, ook al zouden bijdrageplichtigen daar om verzoeken.

Overeenkomstig het bepaalde in artikel 30f, derde lid, van de Algemene wet inzake rijksbelastingen, zoals dat na de inwerkingtreding van het Belastingplan 2005 is komen te luiden, wordt met betrekking tot aanslagen inkomstenbelasting die vanaf 1 juli 2006 worden opgelegd, heffingsrente berekend vanaf het midden van het tijdvak waarop de aanslag betrekking heeft; bij een aanslag over 2006 dus vanaf 1 juli 2006. Dit geldt ook voor voorlopige aanslagen Zvw, omdat deze aanslagen worden geheven met overeenkomstige toepassing van de voor de heffing van de inkomstenbelasting geldende regels. Omdat door de systeem-aanpassing van de Belastingdienst de voorlopige aanslagen Zvw pas in het najaar van 2006 kunnen worden opgelegd, wordt voorgesteld om voor deze aanslagen geen heffingsrente in rekening te brengen over de periode 1 juli 2006 tot en met 31 december 2006. De heffingsrenteregeling vindt met betrekking tot de (voorlopige) aanslagen Zvw pas toepassing vanaf 1 januari 2007.

Vanaf januari 2007 kan aan bijdrageplichtigen reeds vóór 1 juli 2007 een voorlopige aanslag 2007 worden opgelegd, en is er geen reden meer om af te wijken van de regels voor de inkomstenbelasting.

### *Paragraaf 3.7 Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer*

#### **Artikel 3.7.1**

Artikel 24 van de **Waterleidingwet** regelt de rechtsgevolgen van een plan als bedoeld in artikel 16, eerste lid van die wet voor de werknemer die ontslagen wordt. In het vijfde lid is bepaald dat de rechtspersoon die wachtgeld is verschuldigd in bepaalde gevallen bijdraagt in de premie van een ziektekostenregeling van een niet-ziekenfondsverzekerde ontslagen werknemer. Dit lid wordt aangepast in verband met de intrekking van de Zfw.

Artikel 24, vijfde lid, geeft recht op een bijdrage in de premie van een ziektekostenverzekering aan een ontslagen werknemer wiens werkgever voor het ontslag een bijdrage in die kosten leverde en voor wie in zijn wachtgeldperiode geen regeling geldt, op grond waarvan een ander verplicht is bij te dragen in die premie. De wachtgeldinstantie moet dan dezelfde bijdrage leveren als voorheen de werkgever. De Zvw verplicht de wachtgeldinstantie/ inhoudingsplichtige tot vergoeding van de door een verzekeringsplichtige verschuldigde inkomensafhankelijke bijdrage. Om te voorkomen dat de inhoudingsplichtige (dat kan de rechtspersoon/ uitkeringsinstantie zijn, maar ook de «ander», zoals bijvoorbeeld de vroegere werkgever) dubbele lasten zou dragen doordat deze zowel de vergoeding van de inkomensafhankelijke bijdrage als de bijdrage krachtens de regeling of het vijfde lid verschuldigd zou zijn, geeft het voorgestelde zevende lid de mogelijkheid tot saldering. Daartoe wordt artikel 2.5.8 van deze wet van overeenkomstige toepassing verklaard. Dat betekent dat de vergoeding van de inkomensafhankelijke bijdrage mag

worden verminderd met de op grond van het vijfde lid van artikel 24 verschuldigde bijdrage.

### **Artikel 3.7.2**

In artikel 53, eerste en tweede lid, van de **Woningwet** (zoals gewijzigd door de WTZi) wordt verwezen naar een toelating als bedoeld in artikel 5, derde lid, van de WTZi. Als gevolg van de wijziging van de WTZi in artikel 3.2.32, moet in plaats daarvan worden verwezen naar artikel 5, tweede lid, van die wet.

### *Paragraaf 3.8 Sociale Zaken en Werkgelegenheid*

#### **Artikel 3.8.1**

A De netto-vakantie-uitkering voor nabestaanden en halfwezen op grond van **de Algemene nabestaandenwet** (Anw), bedraagt een percentage van het netto-minimumloon. In artikel 2, eerste lid, onderdeel b, Anw wordt bepaald hoe het netto-minimumloon wordt afgeleid van het bruto-minimumloon zoals dit is opgenomen in de Wet minimumloon en minimumvakantiebijslag. Hiertoe vermindert men het bruto-minimumloon met de daarover verschuldigde loonbelasting en de premies voor de sociale verzekeringen, echter met uitzondering van de nominale premie in de zin van de Zfw (na de inwerkingtreding van de Wfsv verwoord als: de premies op grond van de Wfsv en de – niet in de Wfsv geregelde – procentuele premie Zfw). Zowel het werkgevers- als het werknemersdeel van de inkomensafhankelijke premie Zfw wordt derhalve afgetrokken.

Na de inwerkingtreding van de Zvw is er geen sprake meer van een werkgevers- en werknemersdeel in een inkomensafhankelijke premie. In plaats daarvan is een verzekeringplichtige een inkomensafhankelijke bijdrage over zijn bijdrage-inkomen verschuldigd (art. 41 tot en met 45 Zvw). Omdat de verzekeringplichtige de bijdrage verschuldigd is ongeacht de vraag of hij zich daadwerkelijk heeft verzekerd, wordt niet meer van een inkomensafhankelijke «premie» maar van een inkomensafhankelijke «bijdrage» gesproken. Voor zover het bijdrage-inkomen bestaat uit loon uit dienstbetrekking respectievelijk bepaalde uitkeringen, is de werkgever respectievelijk de uitkeringsinstantie verplicht de werknemer respectievelijk de uitkeringsgerechtigde de inkomensafhankelijke bijdrage over dat loon of die uitkering volledig te vergoeden (art. 46 Zvw). Derhalve is er formeel geen sprake meer van een werkgeversdeel in een inkomensafhankelijke bijdrage (niet de werkgever, maar zijn werknemer is immers de inkomensafhankelijke bijdrage verschuldigd), terwijl in praktijk de werkgever juist wél de inkomensafhankelijke bijdrage over het loon volledig draagt. (De werknemer betaalt overigens loonbelasting over de vergoeding.) Deze wijziging ten opzichte van de Zfw-situatie is overigens begrijpelijk in het licht van het feit dat het aandeel van de (nominale) premie, die volledig voor rekening van de verzekerde (i.c. de werknemer) komt, in de financiering van de zorgverzekering ten opzichte van de financiering van de Zfw flink is gestegen.

Het voorgaande brengt met zich, dat artikel 2, onderdeel b, Anw, gewijzigd worden. In de eerste zin van dat onderdeel is nu bepaald dat wordt afgetrokken: de inkomensafhankelijke bijdrage in de zin van de Zvw over het bruto-minimumloon. Dat is immers de meest correcte vertaling van «de procentuele premie in de zin van de Zfw». In de tweede volzin van dit onderdeel, dat regels bevat over de wijze waarop de af te trekken loonbelasting en premies volksverzekeringen worden berekend, is «het werkgeversaandeel in de procentuele premie ingevolge de Ziekenfonds-



wet» vertaald in: de vergoeding, bedoeld in artikel 46 van de Zvw. Omdat het in deze tweede zingaat om een nadere uitwerking van hetgeen in de eerste zin is geregeld, hoeft hier niet nogmaals te worden opgenomen dat het gaat om een vergoeding van de inkomensafhankelijke bijdrage over het bruto-minimumloon.

B en C

Zoals in de toelichting op onderdeel A is aangegeven, kent de Anw de zogenoemde netto-netto-koppeling: de netto nabestaanden- of halfwezen-uitkering is gelijk aan een percentage van het netto-minimumloon. In de artikelen 17, eerste en tweede lid, en 25, eerste lid, Anw wordt geregeld hoe de bruto-nabestaanden- of halfwezen-uitkering vanuit de netto-nabestaandenuitkering wordt berekend. Daartoe wordt onder meer de in te houden procentuele premie Zfw bij de netto-uitkering opgeteld. Vertaald naar de Zvw-situatie wordt dit «de inkomensafhankelijke bijdrage, bedoeld in artikel 41 van de Zvw».

D

Voor sommige soorten AWBZ-zorg is een eigen bijdrage verschuldigd. Alle socialeverzekeringswetten die voorzien in een inkomensvervangende uitkering kennen de bepaling dat de uitkeringsinstantie de uitkering voor iemand die dergelijke AWBZ-zorg geniet, totaal het bedrag van die eigen bijdrage zonder machtiging van de uitkeringsgerechtigde aan het CVZ kan betalen. Wijziging van deze bepalingen -in casu gaat het om de Anw- is allereerst nodig omdat het CVZ in de toekomst zijn basis vindt in artikel 58 Zvw. Daarnaast kent de AWBZ sinds de inwerkingtreding van de Wet herziening overeenkomstenstelsel zorg meer artikelen op grond waarvan zorg vergoed kan worden dan de artikelen 11 en 12, terwijl er ook een terminologische wijziging is ingevoerd, inhoudende dat geen recht meer bestaat op een verstrekking of een vergoeding, maar recht op zorg, die verstrekt (natura) of vergoed (restitutie) kan worden. Van de gelegenheid is gebruik gemaakt om de redactie van artikel 57, tweede lid, Anw (en van de zusterartikelen in de overige uitkeringswetten) op deze nieuwe AWBZ-redactie aan te passen.

E

Artikel 70 Anw en artikel LVA van de Invoeringswet nieuwe en gewijzigde arbeidsongeschiktheidsregelingen bepalen dat personen die voor de invoering van de Anw recht hadden op een pensioen of uitkering op grond van de Algemene Weduwen en Wezenwet (AWW) respectievelijk voor de inwerkingtreding van het zogenoemde «Pemba-complex» recht hadden op een uitkering op grond van de Algemene Arbeidsongeschiktheidswet (AAW), en die op grond van de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen niet verplicht Zfw-verzekerd waren, dat zolang bepaalde omstandigheden van toepassing bleven, ook niet konden worden. Nu de Zfw (en de Wtz 1998) wordt ingetrokken en alle AWBZ-verzekerden (met uitzondering van militairen en gemoedsbezwaarden) met ingang van de inwerkingtreding van de Zvw een zorgverzekering zullen moeten hebben, dienen deze artikelen te vervallen.

### **Artikel 3.8.2**

A, C en E

In artikel 9 van de **Algemene Ouderdomswet** (AOW) wordt het begrip «bruto-minimumloon» in verband met de bepaling van het netto-minimumloon omschreven. De invoering van de Zvw leidt tot wijzigingen

in dat artikel (zie onderdeel B). Daarmee zou dit toch al lange wetsartikel nog langer worden. Met het oog op de leesbaarheid van artikel 9 AOW is besloten «bruto-minimumloon» in artikel 1 te definiëren, zodat omschrijving in artikel 9 niet meer nodig is. Ook de verwijzingen naar artikel 9 AOW in artikel 11 AOW en naar artikel 8 van de Wet minimumloon en minimumvakantiebijslag in artikel 35, derde lid, onderdeel e, onder 7o, AOW, worden daarmee overbodig. Er is geen sprake van inhoudelijke wijziging.

B

Voor een toelichting op onderdeel B, subonderdelen 1 en 2, wordt verwezen naar de toelichting op onderdeel A en op artikel 3.8.1, onderdeel A, en voor een toelichting op onderdeel B, subonderdeel 3, naar de toelichting op artikel 3.8.1, onderdelen B en C.

D

Verwezen wordt naar de toelichting op artikel 3.8.1, onderdeel D.

### **Artikel 3.8.3**

Met betrekking tot de **Invoeringswet nieuwe en gewijzigde arbeidsongeschiktheidsregelingen** wordt verwezen naar de toelichting op artikel 3.8.1, onderdeel E.

### **Artikel 3.8.4**

A en B

Op 1 juli 1967 werden, in verband met de inwerkingtreding van de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering (Wao), bij artikel 3 van de **Liquidatiewet ongevallenwetten** onder meer de Ongevallenwet 1921, de Land- en Tuinbouwongevallenwet 1922 en de Zeeongevallenwet 1919 ingetrokken. Artikel 12, eerste lid, van de Liquidatiewet ongevallenwetten bevatte overgangsrecht, inhoudende dat degenen die voor die dag op grond van die wetten recht op (vergoeding van) genees- en heelkundige behandeling hadden, dat recht verloren. Wel konden ze met ingang van die dag rechten aan de Wet overgangsregeling arbeidsongeschiktheidsregelingen, de AWBZ of de Zfw te ontlenen. Omdat niet volledig uit te sluiten valt dat er op dit moment nog personen zijn, die op grond van dit overgangsrecht rechten aan – met name – de AWBZ ontlenen, wordt dit artikel nog niet geschrapt. De – overigens inmiddels ook wat betreft redactie verouderde – verwijzing naar aan de Zfw te ontlenen rechten dient echter wel te worden geschrapt, nu deze wet met voorliggende wet wordt ingetrokken. Betreffende personen zullen, net als alle andere inwoners, een zorgverzekering dienen te sluiten (of voor zich te laten sluiten), waarna ze uiteraard bij zorgbehoefte de rechten uit die verzekering kunnen genieten. Dat hoeft echter niet in voorliggende bepaling te worden opgenomen.

Artikel 30 van de Liquidatiewet ongevallenwetten regelt dat het Arbeidsongeschiktheidsfonds het CVZ een bedrag overmaakt voor de genees- en heelkundige behandeling die vanaf 1 juli 1967 voor bovenbedoelde personen voor rekening van de Zfw en de AWBZ komt. Dit artikel is uitgewerkt, en kan derhalve vervallen.

### Artikel 3.8.5

Artikel 2 van de Wet van 3 april 1985, houdende overgangsmaatregel met betrekking tot loonbetalingen tijdens ziekte en aanvullingen op de wettelijke ziekengelduitkering (**overgangsmaatregel bovenwettelijke uitkeringen**) (Stb. 215) bepaalt onder meer dat voor 1 november 1984 afgesproken of op grond van gewoonte gebaseerde rechten op loondoorbetaling gedurende het eerste ziektejaar, vervallen voor zover deze inhouden dat de door de werknemer op grond van de Werkloosheidswet (WW), de Ziektewet (ZW), de Zfw of de Wao verschuldigde premies geheel of gedeeltelijk voor rekening van de werkgever komen. De verwijzing naar de WW, ZW en de Wao zal in de Verzamelwet SZW 2005, met ingang van 1 januari 2006 nog worden gewijzigd in een verwijzing naar de premies als bedoeld in de Wfsv. Aangezien ingevolge artikel 46 Zvw de werkgever verplicht is de inkomensafhankelijke bijdrage die de werknemer over zijn loon verschuldigd is, geheel te vergoeden, is vertaling van het Zfw-aspect in die zin, dat eerderbedoeld recht vervalt voor zover dat behelst dat de werkgever de over het loon verschuldigde inkomensafhankelijke bijdrage Zvw vergoedt, niet mogelijk. Dan zou immers sprake zijn van twee elkaar tegensprekende wetsbepalingen. Daarom vervalt dit gedeelte van artikel 2 van de Wet «overgangsmaatregel bovenwettelijke uitkeringen».

### Artikel 3.8.6

A

Over de toeslag dient op dezelfde wijze premie voor de sociale verzekeringen als bedoeld in de Wfsv en de Zfw te worden geheven als over de loondervingsuitkering waaraan deze gekoppeld is, zo bepaalt artikel 15, tweede lid, van de **Toeslagenwet** (TW) na inwerkingtreding van de Wfsv. Dat uitgangspunt dient te blijven gelden. De wijziging van artikel 15, tweede lid, TW vloeit voort uit het feit op grond van de Zvw geen inkomensafhankelijke premies meer worden geheven, maar inkomensafhankelijke bijdragen.

B

Verwezen wordt naar de toelichting op artikel 3.8.1, onderdeel D.

### Artikel 3.8.7

A

Artikel 11, eerste lid, van de **Werkloosheidswet** (WW) bepaalt dat het Uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen (UWV) als werkgever van bepaalde uitkerings- en toeslaggerechtigden wordt beschouwd. Het tweede lid van dat artikel maakt daar een uitzondering op voor het geval de uitkering en de daarover verschuldigde premies via de (ex-)werkgever wordt betaald: in dat geval geldt, hoewel het UWV nog steeds betaalt, deze (ex-)werkgever als werkgever. Het UWV is over de WW-uitkering ook een vergoeding als bedoeld in artikel 46 Zvw verschuldigd. Daarom is deze in artikel 11, tweede lid, toegevoegd.

B

Verwezen wordt naar de toelichting op artikel 3.8.1, onderdeel D.

C

Werkgeversbijdragen aan een particuliere of een publiekrechtelijke ziekte-kostenverzekering kunnen verloren gaan indien de betrokken verzekerde op een uitkering ingevolge de WW aangewezen raakt. Artikel 47, vierde lid, van de WW zoals dat artikel met ingang van 1 januari 2006 komt te luiden na inwerkingtreding van artikel VI, onderdeel C van de Wet administratieve lastenverlichting en vereenvoudiging in socialezekerheidswetten (Walvis) voorziet voor niet-Zfw-verzekerde WW-gerechtigden in een opslag op de loongerelateerde WW-uitkering, ter hoogte van de inkomensafhankelijke werkgeverspremie die het UWV over de uitkering verschuldigd zou zijn, indien betrokkene Zfw-verzekerd zou zijn geweest. Dit artikellid kan vervallen, nu het UWV na inwerkingtreding van de Zvw voor alle WW-gerechtigden de vergoeding, bedoeld in artikel 46 Zvw verschuldigd zal zijn.

D

De voorliggende wijziging brengt met zich dat het UWV ook de vergoeding, bedoeld in artikel 46 Zvw, over WW-uitkeringen aan overheids-werknemers bij de overheidswerkgever kan verhalen.

### **Artikel 3.8.8**

Op grond van hoofdstuk 3, afdeling 2, paragraaf 2 van de **Wet arbeid en zorg** heeft een beroepsbeoefenaar op arbeidsovereenkomst gedurende haar zwangerschaps- en bevallingsverlof recht op een door het UWV uit te betalen uitkering. Die uitkering kan aan haar worden verstrekt, maar ook kan, als zijn dat wenst, de uitkering worden uitbetaald aan iemand die haar vervangt. In dat laatste geval wordt de uitkering vermeerderd met het bedrag aan premies dat het UWV bij uitbetaling aan de verlof-genietende zelf, daarover verschuldigd zou zijn, zo bepaalt art. 3:24 van de Wet arbeid en zorg. Gezien het uitgangspunt van artikel 3:24 van de Wet arbeid en zorg, ligt het in de rede, nu afzonderlijk is bepaald dat de uitkering van een vervanger met de premies – waaronder voor 1 januari 2006 het werkgeversgedeelte in de inkomensafhankelijke premie Zfw – wordt verhoogd, voor de toekomst te bepalen dat deze uitkering ook wordt verhoogd met de vergoeding, bedoeld in artikel 46 van de Zvw.

### **Artikel 3.8.9**

De **Wet arbeid mijnbouw Noordzee** bevat enkele bepalingen ter bescherming van werknemers die vanaf een mijnbouwinstallatie op het continentaal plat werken, of die in verband met die mijnbouw werken op of vanaf een schip dat boven de Nederlandse territoriale wateren dan wel het continentaal plat ligt, en die niet in Nederland wonen (maar wel verblijven). Komen deze buitenlandse werknemers van buiten de EU, dan zijn zij niet verzekerd op grond van de sociale verzekeringen. De Wet arbeid mijnbouw Noordzee biedt die werknemers bescherming. Zo brengt artikel 4 met zich dat een werkgever voor zo'n werknemer een ziektekostenverzekering moet afsluiten die ten minst een gelijke dekking geeft als de Zfw. Dit artikel geldt echter niet voor ziekenfondsverzekerden, voor personen die een loon hebben dat boven de Zfw-grens ligt, of voor personen die op grond van de wetgeving van een andere EU-lidstaat tegen de kosten van geneeskundige zorg verzekerd is. Sluit de werkgever een ziektekostenverzekering, dan mag hij op het loon van de werknemer een bedrag inhouden dat gelijk is aan het bedrag dat de werknemer verschuldigd zou zijn indien deze ziekenfondsverzekerd zou zijn geweest.

Verzekerd voor de Zfw zijn, voor zover hier van belang, werknemers in de zin van de Ziekwet (ZW). Werknemers die arbeid buiten Nederland verrichten, zijn geen werknemers in de zin van de ZW en dus niet Zfw-verzekerd, tenzij zij in Nederland wonen en hun werkgever tevens in Nederland woont of gevestigd is. Aangezien het continentaal plat gedeeltelijk buiten de Nederlandse territoriale wateren ligt en dus niet tot het Nederlands grondgebied behoort, verricht een werknemer die daar op een mijnbouwinstallatie of op of vanaf een schip werkt, geen arbeid in Nederland. Het gevolg is dat hij niet onder de Zfw-verzekering kan vallen, tenzij hij in Nederland woont en bovendien zijn werkgever in Nederland woont of gevestigd is. In alle andere gevallen (werknemer woont buiten Nederland of werkgever heeft zich buiten Nederland gevestigd of woont daar) dient de werkgever zijn werknemer dus te verzekeren, tenzij deze op grond van de wetgeving van een andere EU-lidstaat verzekerd is. De reikwijdte van de Zvw is een andere dan die van de Zfw: voor zover hier van belang is verzekeringsplichtig iedereen die in Nederland woont of in Nederland verrichte arbeid aan de loonbelasting is onderworpen. De plaats waar de werkgever gevestigd is of woont, is niet meer van belang.

A

Een bescherming zoals artikel 4 van de Wet arbeid mijnbouw Noordzee levert, blijft, nu arbeid boven het continentaal plat geen arbeid in Nederland is, echter van belang voor buiten Nederland wonende werknemers, die niet op grond van de wetgeving van een andere EU-lid staat tegen ziektekosten verzekerd zijn. Daarom blijft de plicht van de werkgever om deze werknemers te verzekeren tegen ziektekosten, in stand. De dekking dient ten minste gelijk te zijn als het pakket dat op grond van de zorgverzekering gedekt dient te worden.

Anders dan onder de Zfw, kent de Zvw geen inkomensafhankelijke premie die netto voor rekening van de werknemer komt. Wel kent de Zvw een (nominale) premie, die gemiddeld hoger zal zijn dan de nominale Zfw-premie. Een letterlijke vertaling van artikel 4, vijfde lid, Wet arbeid mijnbouw Noordzee is daarom niet mogelijk. Zonder bepaling zou de werkgever echter de gehele premie van de door hem te sluiten particuliere ziektekostenverzekering voor zijn rekening moeten nemen, waarmee de werknemers ten opzichte van in Nederland wonende werknemers in een gunstiger positie zouden komen. Er zou aan kunnen worden gedacht om de werkgever het recht te geven op het loon van de werknemer een bedrag in mindering te brengen, gelijk aan maximaal de standaardpremie als bedoeld in artikel 4 van de Wzt. Echter, daarmee zouden deze werknemers weer in een slechtere positie komen dan de in Nederland wonende werknemers. Die hebben immers recht op een zorgtoeslag. De zorgtoeslag compenseert echter niet de gehele standaardpremie. Bij alleenstaande blijft een premiebedrag ter hoogte van 4% van het inkomen namelijk in ieder geval voor rekening van de werknemer. Alles tegen elkaar afwegende, is daarom besloten de werkgever de bevoegdheid te geven voor de door hem te verzekeren werknemers een bedrag van maximaal 4% – of, indien dat percentage later bij de amvb, bedoeld in artikel 2, derde lid van de Wzt, gewijzigd wordt, het gewijzigde percentage – van het loon op dat loon in mindering te brengen.

B

Artikel 5 van de Wet arbeid mijnbouw Noordzee was van belang om te bepalen of het loon van een werknemer onder de Zfw-grens lag. Nu de Zvw geen loongrenzen meer kent, dient dit artikel te vervallen.

### Artikel 3.8.10

A

In artikel 10, tweede volzin, van de **Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen** (Waz) is geregeld dat een Waz-uitkering bij volledige arbeidsongeschiktheid die bovendien hulpbehoevendheid met zich brengt, in afwijking van de eerste volzin niet tot grondslagverhoging leidt indien de arbeidsongeschikte in een inrichting is opgenomen en de kosten van verblijf ten laste van een verzekering inzake ziektekosten komen. Doorgaans zal het hier om een verzekering in de zin van de AWBZ zijn gegaan. De voorgestelde wijziging hangt samen met de overheveling van het eerste jaar klinische psychiatrie van de dekking van de AWBZ naar de dekking van de zorgverzekering. Zij stelt buiten discussie dat de grondslagverhoging niet geldt gedurende het eerste jaar van opname in een instelling voor geestelijke gezondheidszorg. Verzekeringen die de behoefte aan zorg dekken kunnen dit doen door die zorg aan de verzekerde te laten leveren (de zogenoemde «naturaverzekering»), of door de verzekerde de kosten die hij voor de benodigde zorg heeft gemaakt, te vergoeden (restitutieverzekering). Van het verwijzen naar een zorgverzekering «als bedoeld in de Zvw» is afgezien om aan te geven dat de grondslagverhoging ook niet geldt indien een verzekerde voor rekening van een andere naturaverzekering dan een zorgverzekering in de zin van de Zvw in een inrichting verblijft. Daardoor blijft de huidige reikwijdte van artikel 10, tweede volzin, Waz, behouden.

B

Verwezen wordt naar de toelichting op artikel 3.8.1, onderdeel D.

C

In artikel 58 Waz wordt geregeld dat arbeid niet leidt tot intrekking of herziening van de Waz-uitkering, zolang niet vaststaat dat de verzekerde die arbeid zal kunnen blijven verrichten. In plaats daarvan worden de verdiensten uit die arbeid op de Waz-uitkering in mindering gebracht. Artikel 58, vierde lid, Waz regelt dat het gedeelte van de Waz-uitkering dat dientengevolge niet aan een werknemer als bedoeld in de Wet sociale werkvoorziening (WSW) wordt uitgekeerd, tezamen met het werkgeversdeel in de premies werknemersverzekeringen (waaronder tot inwerkingtreding van de Zvw ook het werkgeversdeel in de Zfw-premie) aan 's Rijks kas wordt afgedragen.

Op grond van de Zvw is een WSW'er respectievelijk Waz-uitkeringsgerechtigde over zijn uitkering een inkomensafhankelijke bijdrage verschuldigd (artt. 41 en 43 Zvw), die echter volledig door zijn werkgever respectievelijk het UWV wordt vergoed (art. 46 Zvw), en ook door de werkgever respectievelijk het UWV wordt ingehouden en aan de Belastingdienst wordt afgedragen (artt. 48 en 59 Zvw). De Belastingdienst draagt deze bijdragen aan het Zorgverzekeringsfonds af (art. 39 Zvw). De vertaling van artikel 58, vierde lid, Waz, naar de Zvw-situatie, brengt met zich dat het UWV iedere maand de door hem vergoede inkomensafhankelijke bijdragen over het geraamde bedrag aan Waz-uitkeringen die tengevolge van de WSW-arbeid niet tot uitkering komen, aan 's Rijks Kas in plaats van aan de Belastingdienst moet afdragen. Het Zorgverzekeringsfonds mist geen bijdragen, aangezien het de bijdrage over de WSW-inkomsten, alsmede het wél tot uitbetaling komende deel van de Waz-uitkering ontvangt.

### Artikel 3.8.11

A

Verwezen wordt naar de toelichting op artikel 3.8.10, onderdeel A.

B

Verwezen wordt naar de toelichting op artikel 3.8.1, onderdeel D.

C

Verwezen wordt naar de toelichting op artikel 3.8.10, onderdeel C. De tweede volzin van het voorgestelde artikel 50, vierde lid, van de **Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten** (Wajong) is wat betreft de inhoud geheel gelijk aan het laatste gedeelte van het huidige artikel 50, vierde lid, Wajong.

### Artikel 3.8.12

A

Na inwerkingtreding van de Zvw zullen het CVZ en CTZ hun basis vinden in die wet, in plaats van in de Zfw

B

Nu de vrijwillige AWBZ-verzekering komt te vervallen (zie artikel 3.1.1, onderdeel N), dient dit ook in de definitie van «vrijwillige volksverzekering» in de **Wet financiering sociale verzekeringen** (Wfsv) te worden verwerkt.

C

Artikel 17 AWBZ voorziet in de – vooralsnog niet gebruikte – mogelijkheid om bij amvb een nominale, aan het ziekenfonds, de ziektekostenverzekeraar of het uitvoerend orgaan verschuldigde, premie in te voeren. De AWBZ zal na inwerkingtreding van de Zvw door de zorgverzekeraars worden uitgevoerd. Daarom wordt in artikel 3.1.1 van voorliggend wetsvoorstel artikel 17 AWBZ zo gewijzigd, dat de nominale premie aan de zorgverzekeraars verschuldigd zal zijn. Het is niet nodig het bestuursorgaan waaraan de nominale premie verschuldigd is in artikel 5 Wfsv nogmaals te noemen.

D

Artikel 16, tweede lid, onderdeel c, Wfsv bepaalt dat het werkgeversdeel in de ziekenfondspremie en andere, alsmede bijdragen van werkgevers in (premies voor) particuliere verzekeringen of andere zorg- en ziektekostenregelingen, niet tot het loon in de zin van de werknemersverzekeringen of de Waz behoren. Onder de Zvw bestaat er geen werkgeversdeel in de ziekenfondspremie meer, maar wordt gesproken van een volledige vergoeding van de inkomensafhankelijke bijdrage die de verzekeringsplichtige werknemer over zijn loon verschuldigd is. In het voorgestelde artikel 16, tweede lid, onderdeel c, Wfsv wordt geregeld dat deze in artikel 46 van de Zvw geregelde vergoeding buiten het loon in de zin van eerdergenoemde wetten valt. Zou dat niet gebeuren, dan zou die werkgeversvergoeding leiden tot een verhoging van een uitkering op grond van van de werknemersverzekeringen of van de Waz, terwijl die vergoeding louter bedoeld is als compensatie voor de inkomensafhankelijke bijdrage Zvw.

De vergoeding behoort overigens wel tot het loon in de zin van de loon- en inkomstenbelasting.

Aangezien het onderscheid tussen ziekenfondsverzekering, particuliere ziektekostenverzekering en een recht op vergoeding op grond van publiek-rechtelijke ziektekostenregelingen komt te vervallen, en in de toekomst vrijwel iedere ingezetene alsmede iedere niet-ingezetene die ter zake van in Nederland in dienstbetrekking verrichte arbeid aan de loonbelasting is onderworpen, verzekeringsplichtig is overeenkomstig de Zvw, hoeven deze groepen niet meer afzonderlijk te worden genoemd. Er is slechts één groep niet-Zvw-verzekeringsplichtigen die in aanmerking kan komen voor een uitkering op grond van de werknemersverzekeringen, en dat betreft de groep militairen in werkelijke dienst als bedoeld in artikel 2, tweede lid, onderdeel a, Zvw. Deze personen vallen onder regelingen van het ministerie van Defensie. De Minister van Defensie verstrekt echter wel een bijdrage in de procentuele premie voor de verzekering van deze militairen, zodat het in de rede ligt, dit werkgeversdeel af te blijven trekken van het loon voor de werknemersverzekeringen (en de Waz).

E en F

Aangezien de door de werkgever te verstrekken vergoeding, bedoeld in artikel 46 Zvw, geen premie is, dient deze expliciet in de artikelen 28, vierde lid, en 38, tweede lid, Wfsv te worden genoemd.

G

In artikel 3.8.18, onderdeel B, wordt voorgesteld onderdeel e van artikel 33, tweede lid, van de Wet structuur uitvoeringsorganisatie werk en inkomen, onder verlettering van onderdeel f in onderdeel e, te schrappen. Voorliggende wijziging sluit daar op aan.

H

#### *subonderdeel 1*

Indien een vrijstelling wegens gemoedsbezwaren is gegeven voor één van de volksverzekeringen, wordt, zo bepaalt artikel 65, eerste lid, Wfsv, voor alle volksverzekeringen premieervangende belasting geheven. Derhalve ook voor de volksverzekeringen waarvoor geen ontheffing heeft. Hiervoor is gekozen met het oog op de uitvoerbaarheid voor de Belastingdienst.

In de Zvw is geregeld dat degene die wegens gemoedsbezwaren van zijn rechten en plichten uit de AWBZ (een volksverzekering in de zin van de Wfsv) is ontheven, niet verzekeringsplichtig is in de zin van de Zvw. Van hem wordt op grond van artikel 57 van de Zvw een belasting geheven, die de inkomensafhankelijke bijdrage die verzekeringsplichtigen verschuldigd zijn, vervangt. De wijziging in subonderdeel 1 leidt er, wederom met het oog op de uitvoerbaarheid voor de Belastingdienst, toe, dat zodra er vrijstelling is voor de rechten en verplichtingen op grond van de AOW of Anw, voor alle volksverzekeringen én voor de Zvw premie- respectievelijk bijdragevervangende belasting wordt geheven. Wat betreft de bijdragevervangende belasting Zvw geschiedt dit met overeenkomstige toepassing van artikel 57, eerste en tweede lid Zvw. Heeft betrokkene naast een eventuele vrijstelling voor de AOW of Anw, een vrijstelling voor de AWBZ, dan geldt als gezegd automatisch een vrijstelling van de verzekeringsplicht voor de Zvw. In dat geval geschiedt de heffing van de bijdragevervangende belasting Zvw rechtstreeks op grond van artikel 57 Zvw (terwijl de heffing van de premieervangende belasting AWBZ en eventueel de premieervangende belasting AOW of Anw op grond van artikel 65, eerste lid, Wfsv gebeurt). Het onderscheid is van belang, want alleen



als betrokkene geen verzekeringsplicht voor de Zvw heeft, wordt het bedrag van de bijdragevervangende belasting op de spaarrekening, bedoeld in artikel 70 Zvw gestort (art. 57, derde lid, Zvw).

#### *subonderdeel 2*

Door middel van de wijziging van het derde lid van artikel 65 Wfsv wordt bewerkstelligd dat de bijdragevervangende belasting Zvw – zowel de belasting die rechtstreeks op grond van artikel 57 Zvw is geheven, als de belasting die op grond van het eerste lid met overeenkomstige toepassing van artikel 57 Zvw is geheven – voor de Wet op de inkomstenbelasting 2001, de Wet op de loonbelasting 1964 en de Invorderingswet 1990 als inkomensafhankelijke bijdrage op grond van de Zvw wordt beschouwd.

I, J en K

Nu de vrijwillige AWBZ-verzekering komt te vervallen (zie artikel 3.1.1, onderdeel N), dienen verwijzingen daarnaar in artikel 69, 70 en 71 Wfsv ook te vervallen.

L

#### *subonderdelen 1 en 4*

De wijzigingen in deze subonderdelen hangen samen met het vervallen van de vrijwillige AWBZ-verzekering (zie de algemene toelichting en artikel 3.1.1, onderdeel N) en, wat betreft het vierde onderdeel, het daarmee gepaard gaande overgangsrecht (zie artikel 3.1.2).

#### *subonderdelen 2 en 5*

Deze wijzigingen hangen samen met artikel 6 van de AWBZ zoals dit na de inwerkingtreding van de Wet herziening overeenkomstenstelsel zorg is komen te luiden.

#### *subonderdeel 3*

Nu artikel 14a, derde lid, Zfw in de Zvw niet terugkeert, dient de verwijzing naar artikel 14a, derde lid, Zfw in het tweede lid van artikel 90 Wfsv komen te vervallen.

#### *subonderdelen 6 en 7*

Uit het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ) te financieren subsidies zullen na inwerkingtreding van de Zvw niet meer op artikel 1p van de Zfw berusten, maar op artikel 44 AWBZ.

#### *subonderdelen 8 en 9*

Conform de nieuwe verslagleggingsterminologie in paragraaf 6.3 Zvw (voor zover hier van belang artikel 74 Zvw), wordt in artikel 45 AWBZ gesproken van een «jaarrekening» in plaats van een «financieel verslag» over het AFBZ. Onderhavige subonderdelen strekken ertoe deze terminologie ook in de Wfsv te gebruiken.

M

Op grond van paragraaf 5.2 van de Zvw is de Zvw-verzekeringsplichtige een inkomensafhankelijke bijdrage verschuldigd over zijn bijdrageinkomen. De inkomensafhankelijke bijdrage over door de Minister van VWS aan te wijzen loon, dient ingevolge artikel 46 Zvw echter door de werkgever of uitkeringsinstantie die dat loon uitbetaalt, aan de verzekeringsplichtige te worden vergoed. De uitkering ingevolge de WW alsmede de uitkeringen op grond van artikel 29 van de ZW zullen worden aangewezen als uitkeringen waarover inkomensafhankelijke bijdrage verschuldigd is, met als gevolg dat het Uitvoeringsinstituut werknemers-

verzekeringen (UWV) de inkomensafhankelijke bijdrage aan de WW-respectievelijk ZW-gerechtigde dient te vergoeden. De wijziging in onderdeel M verdeelt de lasten hiervan over de wachtgeldfondsen (art. 104 Wfsv), het Algemeen Werkloosheidsfonds (art. 100 Wfsv), en het Uitvoeringsfonds voor de overheid (art. 108 Wfsv). Overigens geldt wat door middel van de vijf wijzigingen in de Wfsv geregeld wordt, op dit moment reeds voor het werkgeversdeel in de inkomensafhankelijke premie Zfw. Aangezien de vergoeding, bedoeld in artikel 46 Zvw, anders dan dat als premie beschouwde werkgeversdeel, geen premie is, dient deze nu expliciet in eerdergenoemde Wfsv-artikelen te worden opgenomen.

N

*subonderdeel 1*

Hetgeen bij onderdeel M is toegelicht geldt mutatis mutandis ook voor de uit het Arbeidsongeschiktheidsfonds te financieren uitkeringen.

*subonderdeel 2*

Verwezen wordt naar de toelichting op artikel 3.8.10, onderdeel C.

O

*subonderdeel 1*

Hetgeen bij onderdeel M is toegelicht geldt mutatis mutandis ook voor de uit de Arbeidsongeschiktheidskas te financieren uitkeringen.

*subonderdeel 2*

Verwezen wordt naar de toelichting op artikel 3.8.10, onderdeel C.

P

De Ziekenfondswet dient te worden gewijzigd in «Zorgverzekeringwet». De AWBZ hoeft niet afzonderlijk te worden genoemd, aangezien deze onder de volksverzekeringen valt (zie art. 2 Wfsv).

### **Artikel 3.8.13**

A

Hoofdstuk II, paragraaf 5, van de **Wet inkomensvoorziening oudere en gedeeltelijk arbeidsongeschikte gewezen zelfstandigen** (IOAZ) gaat over de terugvordering van uitkeringen. In artikel 31 IOAZ wordt geregeld wat in dit verband onder «uitkering» wordt verstaan: de IOAZ-uitkering, verminderd met de inhouding op grond van artikel 10 IOAZ en vermeerderd met het werkgeversaandeel in de Zfw-premie. Na inwerkingtreding van de Zvw komt de vergoeding, bedoeld in artikel 46 Zvw, die de gemeente over de IOAZ-uitkering verstrekt, in de plaats van dit werkgeversdeel.

B en C

Arikel 45 somt de personen en instanties op die aan burgemeester en wethouders of de Centrale organisatie werk en inkomen kosteloos opgaven en inlichtingen dienen te verstrekken die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de IOAZ. Artikel 48 regelt dat burgemeester en wethouders onder meer gegevens mag verstrekken aan het CVZ, het CTZ, de ziekenfondsen en de (overige) uitvoerders van de AWBZ, voor zover deze noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de Zfw of de AWBZ. Met de wijziging in de onderdelen B en C wordt de terminologie in het eerste lid,

onderdeel d, van die artikelen aangepast aan de situatie die na inwerking-treding van de Zvw ontstaat. Het noemen van zowel artikel 1, onderdeel b, Zvw als artikel 1, onderdeel b, AWBZ hangt samen met het feit dat een zorgverzekeraar in de zin van de Zvw vaak tevens zorgverzekeraar (uitvoerder) in de zin van de AWBZ zal zijn, maar dat dat niet verplicht is. Hij kan zich ook beperken tot het aanbieden en uitvoeren van zorg-verzekeringen.

D

Op grond van artikel 56 IOAZ wordt 75% van de IOAZ-uitkeringen, waar-onder begrepen de daarover verschuldigde premies volksverzekeringen en de ziekenfondspremie, uit 's Rijks kas vergoed. In de toekomst zal over de IOAZ-uitkering geen ziekenfondspremie verschuldigd zijn, maar zal de IOAZ-gerechtigde een inkomensafhankelijke bijdrage moeten betalen. Op grond van artikel 46 Zvw dienen burgemeester en wethouders de IOAZ-gerechtigde deze bijdrage volledig te vergoeden. Daarom zal in artikel 56 IOAZ na inwerkingtreding van de Zvw naar deze vergoeding, die burge-meester en wethouders jegens de uitkeringsgerechtigde verschuldigd zijn, worden verwezen.

#### **Artikel 3.8.14**

A

Voor een toelichting op dit onderdeel van de wijziging van de **Wet inkomensvoorziening oudere en gedeeltelijk arbeidsongeschikte werkloze werknemers** wordt verwezen naar de toelichting op artikel 3.8.13, onderdeel A.

B en C

Verwezen wordt naar de toelichting op artikel 3.8.13, onderdeel B en C.

D

Verwezen wordt naar de toelichting op artikel 3.8.13, onderdeel D.

#### **Artikel 3.8.15 (Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering)**

A

Verwezen wordt naar de toelichting op artikel 3.8.7, onderdeel A.

B

Verwezen wordt naar de toelichting op artikel 3.8.7, onderdeel C.

C

Verwezen wordt naar de toelichting op artikel 3.8.10, onderdeel A.

D

Verwezen wordt naar de toelichting op artikel 3.8.10, onderdeel C.

E

Verwezen wordt naar de toelichting op artikel 3.8.1, onderdeel D.

De artikelen 71, tweede lid, en 75a, vierde en vijfde lid, en 75b, vijfde en zevende lid, WAO gaan over het betalen, verhalen of afdragen van WAO-uitkering. Telkens is daarbij bepaald dat de te betalen, verhalen of af te dragen uitkering wordt vermeerderd met de over de uitkering verschuldigde premies die niet op de uitkering in mindering kunnen worden gebracht. Het gaat om het werkgeversdeel, in, onder meer, de procentuele Zfw-premie. Na inwerkingtreding van de Zvw gaat het, zoals in de toelichting op artikel 3.8.1, onderdeel A, nader is uiteengezet, om de vergoeding, bedoeld in artikel 46 Zvw.

### **Artikel 3.8.16**

A

Op grond van artikel 28 van de **Wet op de (re)integratie arbeidsgehandicapten** (Wet REA) heeft een arbeidsgehandicapte zelfstandige die tijdens reïntegratie-inspanningen inkomen derft, recht op een door het UWV uit te keren toelage die overeenkomt met het gedefde inkomen. De artikelen 29, 32 en het op die artikelen gebaseerde «Reïntegratie-instrumentenbesluit Wet REA» bepalen dat iemand met een arbeidsongeschiktheidsuitkering die gaat werken, en die daarmee minder verdient dan zijn theoretische verdien capaciteit, recht heeft op een inkomens- of een loonsuppletie, die wat betreft de premieheffing en inhouding als Waz-uitkering (bij werk als zelfstandige) dan wel WAO-uitkering (bij werk als werknemer) wordt beschouwd. Artikel 29b ZW geeft de arbeidsgehandicapte die gaat werken of degene die op bepaalde wijze arbeid als bedoeld in de WSW verricht, als zij ziek worden recht op ZW-uitkering. Deze toelagen, suppleties en uitkeringen komen, zo bepaalt artikel 43, eerste lid, Wet REA, tezamen met de daarover verschuldigde premies, voor rekening van het Reïntegratiefonds. De voorgestelde wijziging bewerkstelligt, dat hetzelfde geldt voor de vergoeding van de inkomensafhankelijke bijdrage die het UWV over de toelage, de suppleties en ZW-uitkering verschuldigd is. (Het Reïntegratie-instrumentenbesluit Wet REA zal hiertoe worden aangepast, en voorts zal op grond van de Zvw geregeld worden dat het UWV over de toelage, bedoeld in artikel 28 van de Wet REA de vergoeding verschuldigd is.)

B

Met ingang van 1 juli 1998 werden niet meer voor rekening van de Algemene Arbeidsongeschiktheidswet, maar voor rekening van het AFBZ blindengeleidenhonden in bruikleen verstrekt. Dit geschiedt sindsdien onder verantwoordelijkheid van het CVZ. In artikel 57, zesde, zevende en achtste lid, van de Wet REA, werd in de overgang van het eigendom van de honden en van de overeenkomsten aangaande het opleiden en het gebruik van de honden van het UWV op het CVZ voorzien. Hoewel de wijze waarop het CVZ de honden financiert inmiddels is gewijzigd in subsidiëring van hondenschool en slechtiende en het CVZ nieuwe honden niet meer in eigendom krijgt, zijn er op dit moment nog steeds honden in eigendom van het CVZ. Daarom kunnen eerdergenoemde leden van artikel 57 Wet REA nog niet vervallen. In plaats daarvan worden ze aangepast aan de nieuwe situatie (de Ziekenfondsraad is inmiddels door het CVZ vervangen).

### **Artikel 3.8.17**

De **Wet overgangsregeling arbeidsongeschiktheidsverzekering** regelde de overgang van de Invaliditeitswet en diverse ongevallenwetten

naar de WAO. Deze wet trad, tegelijk met de WAO, op 1 juli 1967 in werking. In de eerste leden van de artikelen 43 en 44 van de Wet overgangsregeling arbeidsongeschiktheidsverzekering was geregeld dat (bepaalde) zorg die ten laste van de Invaliditeits- of ongevallenwetten reeds voor 1 juli 1967 aan personen was verleend, na die datum werd voortgezet. In de tweede leden van die artikelen stond dat dit ook gold indien deze personen niet Zfw- of AWBZ-verzekerd waren. Laatstbedoelde leden kunnen vervallen, nu op grond van de AWBZ alle ingezetenen van rechtswege verzekerd zijn, en op grond van de Zvw (vrijwel) alle ingezetenen verzekeringsplichtig zijn. Nog afgezien van het feit dat betwijfeld kan worden of er op dit moment nog één persoon is aan wie de zorg nog op grond van de artikelen 43 of 44 van de Wet overgangsregeling arbeidsongeschiktheidsverzekering wordt voortgezet, is er in ieder geval geen reden om het tweede lid van deze artikelen te handhaven. Immers, (vrijwel) alle ingezetenen zijn op grond van de AWBZ van rechtswege verzekerd dan wel op grond van de Zvw verzekeringsplichtig, en er is geen reden om personen die zich desondanks niet inschrijven (AWBZ) of verzekeren (Zvw) onder het regime van het tweede lid te blijven bevoor- delen. Daarom worden die leden geschrapt.

### **Artikel 3.8.18**

A

Door middel van de in onderdeel A opgenomen wijziging wordt de Zvw buiten het begrip «werknemersverzekering» in de zin van de **Wet structuur uitvoeringsorganisatie werk en inkomen** (Wet SUWI) gebracht. Anders dan de Zfw, is de Zvw immers niet een primair op werknemers gerichte wet.

B

Artikel 5, onderdeel E, van de IWfsv voorziet in een nieuw artikel 33 van de Wet SUWI, waarin de polisadministratie wordt geregeld. In die administratie worden door de Belastingdienst, het UWV, de ziekenfondsen en het Centraal bureau voor de statistiek gegevens verwerkt die van belang zijn voor het doen van uitkeringen ingevolge de werknemersverzekeringen, voor de verwerking van fiscale gegevens ten behoeve van de uitvoering van de taken van de Belastingdienst, voor de Zfw-inschrijving bij een ziekenfonds en voor de statistieken van arbeid en lonen. Ten gevolge van de invoering van de Zvw dient artikel 33 Wet SUWI op enkele punten te worden aangepast.

#### *subonderdeel 1*

De inkomensafhankelijke bijdrage die de werknemer over zijn loon verschuldigd is, wordt door zijn werkgever – tegelijk met de loonbelasting – aan de Belastingdienst afgedragen (art. 49, eerste lid, Zvw). Het ligt in de rede dat de Belastingdienst ook de nominatieve gegevens over het loon ingehouden inkomensafhankelijke bijdragen in de polisadministratie verwerkt.

#### *subonderdelen 2, 3 en 4*

Anders dan de Zfw, is de Zvw niet in hoofdzaak op de verzekering van werknemers gericht (immers, hoofdregel is dat alle inwoners zich dienen te verzekeren) en wordt de zorgverzekeringspremie door de (private) zorgverzekeraar waarmee de verzekeringplichtige de zorgverzekeringsovereenkomst heeft gesloten, geheven. Omdat gegevens voor de Zfw-inschrijving niet meer hoeven te worden verwerkt, komt onderdeel e van artikel 33, tweede lid, van de Wet SUWI te vervallen. Daarom ligt het, minder dan voor de Zfw, in de rede de polisadministratie SUWI te

gebruiken voor het opslaan en verstrekken van gegevens over wie een zorgverzekering heeft. In de toekomst zal iedere zorgverzekeraar zijn verzekerden registreren, en daarnaast dient op grond van artikel 35 Zvw het CVZ te zorgen voor een landelijke administratie van verzekerden.

## C

De SVB krijgt via artikel 5, onderdeel H, van de Iwfsv, dat aan artikel 34, eerste lid, een onderdeel h, Wet SUWI toevoegt, een extra taak. Het dient, voor zover dat uit internationaalrechtelijke voorschriften voortvloeit of tussen de betrokken bestuursorganen is overeengekomen, te zorgen voor gegevensverkeer met het buitenland, opdat de socialezekerheidswetten goed kunnen worden uitgevoerd. Wat betreft de Zfw en de AWBZ betreft dit overigens slechts de aan het CVZ opgedragen taken. Door middel van onderdeel C van artikel 3.8.18 wordt artikel 34, eerste lid, onderdeel h, van de Wet SUWI aangepast op de situatie die na inwerkingtreding van de Zvw zal ontstaan. De AWBZ is toegevoegd omdat de verplichte verzekering voor de AWBZ een noodzakelijke voorwaarde is voor het kunnen sluiten van een zorgverzekering (zie art. 2 Zvw). De AWBZ valt namelijk niet onder het begrip «volksverzekering» in de zin van de Wet SUWI (zie art. 1, onderdeel m, van de Wet SUWI zoals dat komt te luiden na inwerkingtreding van artikel 5, onderdeel A, Iwfsv. Omdat AWBZ-verzekerden zich niet hoeven te verzekeren indien zij militair in werkelijke dienst of gemoedsbezwaarde zijn, wordt ook het verzekeringsplichtig zijn op grond van de Zvw afzonderlijk genoemd, al zal gegevensverkeer met het buitenland over deze punten naar verwachting slechts zelden nodig zijn.

## D

Artikel 54, derde lid, Wet SUWI regelt welke instanties verplicht zijn gegevens en inlichtingen te verstrekken aan de Centrale organisatie werk en inkomen, het UWV, de SVB, de Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en de Inspectie Werk en Inkomen. Het gaat onder meer om het CVZ, de ziekenfondsen en de uitvoeringsorganen in de zin van de AWBZ (dat wil zeggen: ziekenfondsen, ziektekostenverzekeraars en de organen die publiekrechtelijke ziektekostenregelingen voor ambtenaren uitvoeren). Na inwerkingtreding van de Zvw zal het CVZ gebaseerd zijn op die wet, terwijl de Zvw en de AWBZ zullen worden uitgevoerd door de zorgverzekeraars. In onderdeel D wordt artikel 54, derde lid, onderdeel d, van de Wet SUWI aan de nieuwe situatie aangepast. Overigens dienen slechts gegevens te worden verstrekt voor zover deze voor de taakuitoefening van de hierboven genoemde organisaties noodzakelijk zijn. In de praktijk zal de gegevensverstrekking aan het UWV minder inhoud krijgen.

### **Artikel 3.8.19**

Artikel XII van de **Wet terugdringing beroep op arbeidsongeschiktheidsregelingen** (Wet TBA) regelt onder meer dat de stimuleringsuitkering geen loon in de zin van de Zfw is. Dat was van belang met het oog op de vraag of iemand verplicht Zfw-verzekerd was. Dit onderdeel van artikel XII Wet TBA kan vervallen, aangezien de vraag hoeveel loon men heeft voor de verzekeringsplicht op grond van de Zvw of de mogelijkheid om door middel van het sluiten van een zorgverzekering aan die verzekeringsplicht te voldoen, niet van belang is. Voor de vraag of en hoeveel inkomensafhankelijke bijdrage een Zvw-verzekeringsplichtige verschuldigd is, is deze bepaling ook niet nodig, aangezien die bijdrage geheven wordt over het bijdrage-inkomen in de zin van paragraaf 5.2 van de Zvw.

### Artikel 3.8.20

A

Onderdeel c van artikel 2 van de **Wet werk en bijstand** (WWB) dient te vervallen, nu er na inwerkingtreding van de Zvw noch van een ziekenfondspremie noch van een Zfw meer sprake zal zijn.

B

Artikel 19, vierde lid, WWB regelt dat de algemene bijstand wordt verhoogd met de loonbelasting en premies volksverzekeringen waarvoor de gemeente inhoudingsplichtige is, almede met de over die bijstand verschuldigde ziekenfondspremie. Na inwerkingtreding van de Zvw zal de gemeente geen ziekenfondspremie over de algemene bijstand verschuldigd zijn, maar is de gemeente de bijstandsgerechtigde over de bijstand de vergoeding, bedoeld in artikel 46 Zvw verschuldigd. Vervolgens is die bijstandsgerechtigde hetzelfde bedrag dan weer als inkomensafhankelijke bijdrage aan de Belastingdienst verschuldigd (art. 41 Zvw), zij het dat de gemeente het bedrag in de praktijk op de bijstandsuitkering inhoudt en aan de Belastingdienst afdraagt. Hoewel de gemeente derhalve inhoudingsplichtige van de inkomensafhankelijke bijdrage is, kan de inkomensafhankelijke bijdrage of de vergoeding, bedoeld in artikel 46 Zvw niet aan het begin van artikel 19 worden opgenomen. De gemeente is immers de inkomensafhankelijke bijdrage niet zelf verschuldigd (de bijstandsgerechtigde is dat), terwijl de vergoeding, bedoeld in artikel 46 Zvw (die de gemeente wél verschuldigd is) niet door de gemeente wordt ingehouden (die houdt immers de door de bijstandsgerechtigde verschuldigde inkomensafhankelijke bijdrage in).

C

Het in artikel 29, tweede lid, WWB gebruikte woord «ziekenfondspremie» wordt vertaald in de inkomensafhankelijke bijdrage, bedoeld in artikel 41 Zvw, omdat de benadering in dit artikellid, gezien de woorden «de daarover verschuldigde loonheffing» die vanuit de bijstandsgerechtigde (in plaats vanuit de bijstandverlenende gemeente) is.

D

#### *subonderdelen 1 en 2*

De in de Zvw geregelde no-claimteruggave en de zorgtoeslag in de zin van de Wzt (die bedoeld is als bijdrage in de kosten van de (nominale) premie voor een zorgverzekering) vormen geen middelen in de zin van de WWB.

#### *subonderdeel 3*

Verwezen wordt naar de toelichting op onderdeel C.

E

De wijziging bewerkstelligt dat ook (voorlopige) teruggaven van de inkomensafhankelijk bijdragen, bedoeld in artikel 41 Zvw, als inkomen van de bijstandsgerechtigde beschouwd worden.

F

Verwezen wordt naar de toelichting op onderdeel B.

## G

Artikel 37, eerste lid, WWB, bepaalt dat voor de WWB onder het netto-minimumloon wordt verstaan de som van het bruto-minimumloon en de bruto-minimumvakantiebijslag, verminderd met de daarvan in te houden loonbelasting, premies volksverzekeringen, premies werknemersverzekeringen (waaronder in de WWB wordt verstaan: de WW-premie) en het werknemersdeel in de ziekenfondspremie. Na inwerkingtreding van de Zvw niet met werknemersdeel in de ziekenfondspremie rekening moeten worden gehouden, maar met de inkomensafhankelijke bijdrage, bedoeld in artikel 41 Zvw. Het tweede lid bepaalt hoe in bovengenoemd bruto-netto-traject rekening de loonbelasting en de premies volksverzekeringen moeten worden berekend. Onder meer moet daartoe op dit moment rekening worden gehouden met het werkgeversdeel in de ziekenfondspremie. In de toekomst gaat het om de vergoeding (van de inkomensafhankelijke bijdrage), bedoeld in artikel 46 Zvw. Voor een nadere toelichting op deze wijzigingen wordt verwezen naar artikel 3.8.1, onderdeel A.

## H

Anders dan onder de Zfw, zal voor zak- en kleedgeldgenietenden geen afzonderlijk premieregime meer gelden. Daarom kan de tweede volzin van het vierde lid van artikel 38 WWB vervallen.

## I

Zowel het UWV als de gemeente betalen over de uitkering werknemersverzekeringen respectievelijk de bijstand na inwerkingtreding van de Zvw de vergoeding, bedoeld in artikel 46 Zvw. Daarom is het logisch dat, indien de gemeente op grond van artikel 53 Zvw het UWV de bijstand betaalt over een periode waarover het UWV een voorschot op de uitkering werknemersverzekeringen van de bijstandsgerechtigde terugvordert, dit ook deze vergoeding betreft.

## J

Artikel 58 WWB regelt in welke gevallen de gemeente bijstand kan terugvorderen. Ook over de bijstand betaalde loonbelasting, premies volksverzekeringen en ziekenfondspremie kunnen worden teruggevorderd, voorzover de belasting en premies althans niet kunnen worden verrekend met de Belastingdienst en het UWV. Na inwerkingtreding van de Zvw zal de vergoeding, bedoeld in artikel 46 Zvw – die de gemeente over de bijstand aan de bijstandsgerechtigde verschuldigd is – kunnen worden teruggevorderd.

## K en L

Verwezen wordt naar de toelichting op artikel 3.8.13, onderdelen B en C.

## M

Artikel 69 regelt welke kosten de gemeenten uit 's Rijks kas worden vergoed. Het gaat op dit moment onder meer om de ziekenfondspremie over de bijstand (eerste lid, onderdeel b). Dit dient gewijzigd te worden in «de vergoeding, bedoeld in artikel 46 Zvw».



## Artikel 3.8.21

A

Verwezen wordt naar de toelichting op artikel 3.8.20, onderdeel D, onder de eerste twee subonderdelen.

B

De uitkering op grond van de **Wet werk en inkomen kunstenaars** (WWIK) wordt vanwege het grillige verloop van het inkomen van veel kunstenaars per kalenderjaar vastgesteld, en wel in het jaar volgende op het jaar waarin voorschotten op de WWIK-uitkering zijn verleend. Bij de vaststelling van het in het voorafgaande jaar verdiende inkomen wordt onder meer buiten aanmerking gelaten het bruto-inkomen over perioden waarover geen uitkering is ontvangen, totaan het bruto-minimumloon, en de premies voor een ziektekostenverzekering. Het gaat hierbij om de premies voor een private ziektekostenverzekering, en niet om de nominale premie als bedoeld in de Zfw, aldus de memorie van toelichting op de WWIK (Kamerstukken II 2003/04, 29 574, nr. 3, p. 25). Doel van deze bepaling is, dat de kunstenaar over de betreffende periode in ieder geval over het voor hem geldende sociaal minimum kan beschikken. In de toekomst zullen kunstenaars, net als alle andere verzekeringsplichtigen, een inkomensafhankelijke bijdrage over hun inkomen verschuldigd zijn. Hebben zij loon uit dienstbetrekking of een socialezekerheidsuitkering, dan wordt de bijdrage over het loon of over die uitkering volledig door de werkgever of de uitkeringsinstantie vergoed. Werken zij echter als zelfstandige, dan zal deze bijdrage voor eigen rekening komen (met dien verstande dat de inkomensafhankelijke bijdrage wel meegeteld mag worden bij de vraag of, en tot welk bedrag men in aanmerking komt voor vermindering van de inkomstenbelasting). Gezien het doel van artikel 16, wordt in voorliggend onderdeel geregeld dat de inkomensafhankelijke bijdrage over gewerkte perioden buiten aanmerking blijft, voorzover althans de kunstenaar of zijn gezin vergoeding van die bijdrage van een werkgever of een uitkeringsinstantie heeft ontvangen. De kunstenaar of zijn gezin kunnen immers over de gewerkte perioden ook (al dan niet gedeeltelijk) loon uit dienstbetrekking of een uitkering hebben ontvangen. Voor de (nominale) premie Zvw zal een kunstenaar zorgtoeslag kunnen ontvangen. Daarom is niet geregeld dat naast het buiten aanmerking blijvende inkomen en niet-vergoede inkomensafhankelijke bijdragen daarover, ook nog de gemiddelde nominale premie buiten aanmerking blijft.

C

*subonderdelen 1 en 2*

Verwezen wordt naar de toelichting op artikel 3.8.20, onderdeel G.

*subonderdeel 3*

Bij de vaststelling van de bruto-normen en -bedragen van de WWIK-uitkering dient de loonheffing te worden berekend alsof er geheven wordt over een bruto-inkomen, vermeerderd met de vergoeding op grond van artikel 46 Zvw, en verminderd met de heffingskorting en de vereveningsbijdrage.

D

Verwezen wordt naar de toelichting op artikel 3.8.13, onderdelen B en C.

E

Verwezen wordt naar de toelichting op artikel 3.8.20, onderdeel M.

#### **Artikel 3.8.22**

A

Voor de wijziging van de **Ziektewet** (ZW) in dit onderdeel wordt verwezen wordt naar de toelichting op artikel 3.8.7, onderdeel A.

B

Verwezen wordt naar de toelichting op artikel 3.8.7, onderdeel C. De formulering van onderdeel B hangt samen met het feit dat door middel van artikel IV, onderdeel C, van de Walvis per ongeluk een tweede, overigens nog niet in werking getreden, negende lid aan artikel 29 ZW wordt toegevoegd. Het is dat lid, en niet het reeds bestaande negende lid van artikel 29 ZW, dat moet vervallen.

C en D

In het eerste lid van het nog niet in werking getreden artikel 39a ZW wordt bepaald dat het UWV het ziekengeld, alsmede de daarover verschuldigde premies die niet op de uitkering in mindering kunnen worden gebracht, op werkgever verhaalt indien deze geen reïntegratieverslag opstelt of dit niet (tijdig) inlevert, anderszins te weinig reïntegratie-inspanningen verricht, het herstel van zijn werknemer te laat meldt of geen arbo-dienst bij zijn reïntegratie-inspanningen betreft. Het ligt in de rede dat in de toekomst ook de vergoeding, die het UWV op grond van in artikel 46 Zvw aan de uitkeringsgerechtigde dient te betalen, op zo'n werkgever wordt verhaald.

E

Verwezen wordt naar de toelichting op artikel 3.8.1, onderdeel D.

F

Artikel 63a, derde lid, derde volzin, en artikel 63b, tweede lid, tweede volzin, ZW, regelen in welke gevallen het ziekengeld en de daarover verschuldigde premies die niet op het ziekengeld in mindering kunnen worden gebracht, op een eigenrisicodrager respectievelijk op een kredietinstelling of verzekeraar van een eigenrisicodrager kunnen worden verhaald. . Het ligt in de rede dat in de toekomst ook de vergoeding, die het UWV op grond van in artikel 46 Zvw aan de uitkeringsgerechtigde dient te betalen, op zo'n eigenrisicodrager, kredietinstelling of verzekeraar wordt verhaald.

### **HOOFDSTUK 4. OVERIGE BEPALINGEN**

#### **Artikel 4.1 (tijdelijke regeling rechtspositie personeel CVZ, CTZ, CTG, CBZ, CSZ)**

In de Zvw, de WTG en de WTZi is bepaald dat op het personeel van het CVZ, het CTZ, het CTG, het CBZ respectievelijk het CSZ de regels van toepassing zijn die gelden voor ambtenaren die zijn aangesteld bij ministeries, met dien verstande dat de bevoegdheden die voor ambtenaren op ministeries toekomen aan een andere minister dan de minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, worden uitgeoefend door de

colleges. In de onderhavige bepaling (eerste lid) is een uitzondering daarop geregeld voor een periode van vier jaren, te rekenen vanaf de datum waarop deze wet in werking treedt. Die periode is noodzakelijk om de nodige maatregelen te kunnen nemen om op zorgvuldige wijze op de arbeidsvoorwaarden bij de sector Rijk te kunnen overstappen. Gedurende die periode wordt de rechtspositie van het bedoelde personeel, net als thans, nog geregeld door de colleges (tweede lid). In het inwerkingtredingsbesluit krachtens artikel 5.2 zal worden geregeld dat na deze overgangperiode ook de daarmee samenhangende wijziging van de Ambtenarenwet, vervat in artikel 3.4.2, in werking treedt.

#### **Artikel 4.2**

Het Tijdelijk besluit tegemoetkoming buitengewone uitgaven (hierna: Tbtbu) voorziet in een tegemoetkoming voor belastingplichtigen die niet de volledige waarde van hun aftrek wegens buitengewone uitgaven kunnen effectueren. De tegemoetkoming komt hierdoor met name terecht bij personen in de lagere inkomenscategorieën die relatief hoge buitengewone uitgaven hebben. Het Tbtbu was in eerste instantie als een tijdelijke regeling bedoeld, en loopt daarom af op 1 januari 2006 tenzij – kort gezegd – op dat moment een wetsvoorstel voor een definitieve regeling is aanhangig gemaakt. De vormgeving als tijdelijke regeling berust mede op de omstandigheid dat het besluit niet berust op een specifieke wettelijke grondslag, maar (mede) op artikel 89 van de Grondwet. Het kabinet heeft reeds aangegeven de tegemoetkomingsregeling buitengewone uitgaven ook na 1 januari 2006 te willen voortzetten. Hiervoor is een wettelijke basis vereist.

Tijdens de behandeling van de no-claimteruggaveregeling in de Eerste Kamer is verder van kabinetszijde toegezegd te bezien welke mogelijkheden er zijn tot integratie van de zorgtoeslag, de fiscale aftrek van buitengewone uitgaven en de tegemoetkomingsregeling buitengewone uitgaven. Tevens is aangegeven dat dit onderzoek enige tijd zal vergen. Op de uitkomsten van dit onderzoek kan thans niet vooruit worden gelopen. Daarom wordt voorgesteld in deze wet een wettelijke grondslag op te nemen voor het besluit. Het voornemen bestaat om in het nog tot stand te brengen Invoerings- en aanpassingsbesluit Zvw de bepalingen die betrekking hebben op het vervallen van het besluit, te schrappen en het voor het overige te handhaven.

Op deze wijze blijft de tegemoetkomingsregeling na 1 januari 2006 van kracht (als een normale algemene maatregel van bestuur in plaats van een tijdelijk besluit), terwijl de flexibiliteit blijft bestaan om de regeling naar aanleiding van de resultaten van het toegezegde onderzoek op termijn te herzien.

### **HOOFDSTUK 5. SLOTBEPALINGEN**

#### **Artikel 5.1**

In het eerste lid van dit artikel is de mogelijkheid geschapen om bij ministeriële regeling tijdelijke voorzieningen te treffen indien dit noodzakelijk is voor de invoering van de Zvw of deze wet, eventueel in afwijking van deze wet. Deze voorziening maakt het mogelijk om in onvoorzien gevallen de invoering van de Zvw te ondersteunen.

In het tweede lid is erin voorzien dat de delegatie op grond van het eerste lid een tijdelijk karakter heeft. Na de vaststelling krachtens het eerste lid van de ministeriële regeling wordt zo spoedig mogelijk een voorstel van wet tot regeling van het betrokken onderwerp ingediend bij de Staten-Generaal. Die regeling kan overigens ook voorzien in het treffen van een delegatiegrondslag. Dat is afhankelijk van hetgeen geregeld moet worden.

## **Artikel 5.2**

In het inwerkingtrdingsbesluit zal worden geregeld dat deze wet tegelijk met de Zvw in werking treedt op 1 januari 2006, met uitzondering van artikel 3.4.2, tweede tot en met vierde lid. Die leden treden in werking op 1 januari 2010.

## **Artikel 5.3**

Door de wijziging van de AWBZ zou onduidelijkheid kunnen ontstaan over de rechtsbasis waarop uitvoeringsregelgeving van de AWBZ berust of zelfs over het voortbestaan van zulke regels. Daarom is bepaald dat het op de AWBZ berustende Administratiebesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering voortaan berust op artikel 40, eerste lid, van de AWBZ. Artikel 40 komt in de plaats van het huidige artikel 16 AWBZ (dit artikel is thans de basis voor het genoemde besluit).

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
H. Hoogervorst