

Vergaderjaar 2006–2007

30 918

Wijziging van de Zorgverzekeringswet en andere wetten met het oog op het verzwaren van het premie-incassoregime en andere maatregelen om de werking van het met die wet en de Wet op de zorgtoeslag in het leven geroepen stelsel te optimaliseren (verzwaren incassoregime premie en andere maatregelen zorgverzekering)

Nr. 3

MEMORIE VAN TOELICHTING

Hoofdstuk I. Algemeen

Na de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet op de zorgtoeslag (Wzt) is gebleken dat het noodzakelijk en wenselijk is met het oog op een goede werking van het zorgstelsel op enkele punten aanvullende wettelijke regels te stellen. Deze aanvullende regels hebben betrekking op een aantal op zichzelf staande aspecten, maar zijn alle bedoeld om de werking van het door de Zvw en Wzt in het leven geroepen stelsel te optimaliseren. Daarom is ervoor gekozen deze aanvullende regels in één wetsvoorstel bijeen te brengen. Aldus wordt voorkomen dat, in hetzelfde tijdsbestek, gescheiden parlementaire behandeling van een vijftal wetsvoorstellen tot wijziging van de Zvw of de Wzt zou moeten plaatsvinden.

Dit wetsvoorstel maakt onderdeel uit van een pakket aan maatregelen dat ten doel heeft het aantal mensen dat onverzekerd raakt als gevolg van royement wegens wanbetaling zo klein mogelijk te houden.

In de eerste plaats hebben zorgverzekeraars initiatieven ontwikkeld om wanbetalers tot een beter betalingsgedrag te bewegen, gedurende een traject van anderhalf jaar, waarin de betrokkenen niet worden geroyeerd. Een en ander is neergelegd in het «Protocol incassotraject wanbetalers Zorgverzekeringswet» (Protocol).

In de tweede plaats voorziet dit wetsvoorstel in het tijdelijk onmogelijk maken van opzegging van de zorgverzekering door een verzekeringnemer met premieschuld en vermelding door de zorgverzekeraar op het bewijs van uitschrijving dat de verzekeringnemer geen premieschuld heeft, indien deze aan alle betalingsverplichtingen voldaan heeft. Hierdoor worden zorgverzekeraars behoed voor een carrousel van wanbetalers, die van de ene naar de andere zorgverzekeraar overstappen met achterlating van onbetaalde premievorderingen.

In de derde plaats wordt voorzien in een gedeeltelijke financiële compensatie van de door de zorgverzekeraars gederfde premie-inkomsten gedurende het incassotraject. Hiertoe zal de in de Regeling zorgverzekering vastgelegde vereveningsregeling worden aangepast. Deze maatregelen worden toegelicht in Hoofdstuk II.

Met dit wetsvoorstel wordt de verantwoordelijkheid van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) gemarkeerd voor het bekostigen van de topreferente zorg¹ en de aan wetenschappelijk onderzoek gekoppelde innovatie en ontwikkeling in academische ziekenhuizen uit een oogpunt van borging van publieke belangen. Het verstrekken van subsidies door de minister van VWS ten laste van het Zorgverzekeringsfonds (Zvf) vereist wijziging van artikel 39 van de Zvw, waarin is geregeld welke uitgaven ten laste van dat fonds komen. Daarmee wordt geen afbreuk gedaan aan de keuze om in de zorgsector, waar dat verantwoord mogelijk is, zaken zoveel mogelijk aan de actoren in het veld over te laten, zoals die ook in wetgeving, waaronder de Zvw, is vastgelegd. Omdat gegronde redenen bestaan om aan te nemen dat het publieke belang van een voldoende aanbod van topreferente zorg, innovatie en ontwikkeling in academische ziekenhuizen zonder overheidsinterventie niet voldoende is gewaarborgd, wordt met dit wetsvoorstel een expliciete verantwoordelijkheid voor de minister geschapen om daarvoor financiële middelen ter beschikking te stellen. In Hoofdstuk III wordt daarop nader ingegaan.

Met dit wetsvoorstel wordt voorts alsnog een overgangsregeling getroffen voor een groep personen die voorheen was verzekerd op basis van een standaardverzekering ingevolge de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998 (Wtz 1998), maar die als gevolg van het feit dat zij geen ingezetene zijn, niet verzekerd zijn voor de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en daarom ook niet verzekeringsplichtig zijn voor de zorgverzekering. Het gaat de facto om ruim 700 missionarissen op gevorderde leeftijd. De maatregel, waarop in Hoofdstuk IV verder wordt ingegaan, is strikt persoonsgebonden en zal dus over een beperkt aantal jaren geen betekenis meer hebben.

Het wetsvoorstel voorziet voorts in een wettelijke basis voor het College voor zorgverzekeringen (CVZ) om het sociaal-fiscaalnummer (sofi-nummer) te verwerken bij het uitvoeren van de regeling voor de zogenaamde verdragsgerechtigden (artikel 69 Zvw) en de regeling inzake gemoedsbezwaarden (artikel 70 Zvw). Met een wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) en een wijziging van de AWBZ wordt voorzien in de vereiste wettelijke basis voor ziektekostenverzekeraars om in beperkte mate persoonsgegevens, gegevens betreffende de gezondheid daaronder begrepen, over hun verzekerden te ontvangen van zorgaanbieders en te verwerken, voor zover dat noodzakelijk is voor de uitvoering van de aanvullende ziektekostenverzekeringen en de AWBZ. Op beide aspecten wordt nader ingegaan in Hoofdstuk V.

Het vierde onderdeel van het wetsvoorstel vormt een wijziging van de Wzt. Die wijziging, waarop in Hoofdstuk VI wordt ingegaan, houdt in dat het aan het woonland gerelateerde verhoudingsgetal dat wordt toegepast bij de berekening van de bijdrage die zogenaamde verdragsgerechtigden op grond van artikel 69 van de Zvw moeten betalen, eveneens geldt voor de vaststelling van de zorgtoeslag.

Tot slot is van de gelegenheid gebruik gemaakt om de regeling inzake het bestuursmodel en de werkwijze van het CVZ en het College bouw zorginstellingen (CBZ), en daarmee ook van het College sanering zorginstellingen (CSZ), aan te passen in verband met de gewijzigde taken van die colleges, zoals dat ook is gebeurd voor de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De aanpassing betreft de omvang van de colleges en de regeling inzake de openbaarheid van de vergaderingen van de colleges. Daarop wordt in Hoofdstuk VII ingegaan.

¹ Topreferente zorg is zeer specialistische patiëntenzorg die gepaard gaat met bijzondere diagnostiek en behandeling waarvoor geen doorverwijzing meer mogelijk is. Topreferente zorg vereist een infrastructuur waarbinnen vele disciplines op het hoogste deskundigheidsniveau samenwerken ten behoeve van de patiëntenzorg, en die gekoppeld is aan fundamenteel patiëntgericht onderzoek. Hierdoor wordt deze functie vrijwel exclusief door de academische ziekenhuizen uitgevoerd.

1. Inleiding

Uit de Grondwet en internationale verdragen vloeit voort dat de Nederlandse overheid verantwoordelijk is voor een zorgstelsel dat haar ingezetenen toegang geeft tot noodzakelijke, kwalitatief goede zorg. Er is gekozen voor een verzekeringsstelsel om de zorg financieel houdbaar te maken en niet voor een stelsel waarbij de overheid zorg draagt voor de zorgverlening aan de burgers, zoals bijvoorbeeld in het Verenigd Koninkrijk.

Het Nederlandse ziektekostenverzekeringsstelsel kent twee sociale-verzekeringswetten; één voor de care, de AWBZ, en één voor de cure, de Zvw. Deze beide volksverzekeringen zijn er voor wie in Nederland woont, ofwel in Nederland werkt en in verband daarmee aan de Nederlandse loonbelasting onderworpen is. De AWBZ is een verzekering van rechtswege; verzekerd is wie aan de wettelijke voorwaarden voldoet. De zorgverzekering op grond van de Zvw is een privaatrechtelijke verzekering; verzekerd is men na het sluiten van een zorgverzekeringsovereenkomst. Het Nederlandse ziektekostenverzekeringsstelsel wordt voor het grootste deel inkomensgerelateerd gefinancierd. De AWBZ kent een inkomensafhankelijke premie. De Zvw kent, naast de aan de zorgverzekeraar te betalen nominale premie, een inkomensafhankelijke bijdrage, vergelijkbaar met de inkomensafhankelijke premie van de AWBZ. Het verschil tussen het bestaan van een premie voor de AWBZ en een bijdrage voor de Zvw vloeit voort uit het gegeven dat men voor de AWBZ van rechtswege verzekerd is en daarom ook van rechtswege premie verschuldigd is. Voor de Zvw is men niet van rechtswege verzekerd, maar moet men zelf een verzekeringsovereenkomst sluiten. Toch is men verplicht mee te betalen aan de kosten van de verzekering, ook al heeft men zich niet verzekerd. Dit is daarom een bijdrage en niet een premie.

Als een verzekeringnemer de nominale premie niet betaalt, heeft dit op den duur gevolgen voor de verzekeringsrelatie tussen de verzekerde en zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar kan de zorgverzekeringsovereenkomst beëindigen. Als dit gebeurt, raakt de verzekerde onverzekerd. Hij zal dan wellicht bij een andere zorgverzekeraar een zorgverzekering willen sluiten. Omdat de Zvw een acceptatieplicht voor de zorgverzekeraar kent, zal deze zorgverzekeraar in dat geval een zorgverzekeringsovereenkomst moeten sluiten. Bij de betaling van de nominale premie voor deze verzekering kan zich opnieuw de situatie van wanbetaling voordoen met dezelfde gevolgen.

Hoewel Nederland door de invoering van de Zvw kan bogen op een stelsel van sociale ziektekostenverzekering dat het voor alle in aanmerking komende personen mogelijk maakt op een adequate manier verzekerd te zijn tegen de kosten van noodzakelijke medische zorg, wenst de regering een extra inspanning te verrichten om diegenen te beschermen, die toch om enigerlei reden onverzekerd dreigen te raken. Daartoe is een pakket aan maatregelen voorzien om het aantal mensen dat onverzekerd raakt als gevolg van roeyement wegens wanbetaling, zo klein mogelijk te houden. Hiertoe worden in de eerste plaats door zorgverzekeraars afspraken gemaakt om te voorkomen dat wanbetalers geroyeerd worden; die afspraken beslaan een traject van anderhalf jaar, waarbij de te treffen incassomaatregelen in de loop van de tijd zwaarder worden. In de tweede plaats wordt door middel van dit wetsvoorstel verzekeringnemers die een achterstand hebben in de premiebetaling, tijdelijk de mogelijkheid ontnomen om hun zorgverzekering op te zeggen en krijgen de zorgverzekeraars de gelegenheid te controleren of aspirant-

verzekeringnemers aan hun premieverplichtingen hebben voldaan. Daarmee wordt voorkomen dat zorgverzekeraars te maken krijgen met een carousel van wanbetalers die van de ene naar de andere zorgverzekeraar overstappen met achterlating van onbetaalde premievorderingen.

Ten derde zullen zorgverzekeraars door een aanpassing van de in de Regeling zorgverzekering opgenomen vereveningsregeling een gedeeltelijke financiële compensatie ontvangen voor gedeelde premie-inkomsten gedurende het incassotraject.

Het pakket van maatregelen is dus zowel in het belang van de verzekeringnemers, als van de zorgverzekeraars.

2. Onverzekerden

a. Algemeen

Omdat de Zvw een verzekeringsplicht kent en geen verzekering van rechtswege is, kunnen mensen er bewust voor kiezen niet aan die verplichting te voldoen, en dus geen zorgverzekering sluiten. Anderen kiezen er niet bewust voor om geen zorgverzekering te sluiten, maar laten om wat voor reden dan ook na een zorgverzekering te sluiten. Er zijn geen gegevens omtrent de samenstelling van beide groepen.

Onverzekerd zijn is om diverse redenen een maatschappelijk ongewenst verschijnsel.

- In de Zvw zijn door middel van de verzekeringsplicht en de inkomensafhankelijke bijdrage de risico- en inkomenssolidariteit geborgd. Indien een substantieel aantal mensen zich niet zou verzekeren, tast dit deze solidariteit aan.
- Het risico bestaat dat onverzekerden noodzakelijke zorg mijden. Dit kan niet alleen voor de betrokkene vervelende gevolgen hebben, maar het uitstellen van noodzakelijke zorg kan in sommige gevallen leiden tot een verergering van klachten of risico's voor de volksgezondheid opleveren met – als uiteindelijk toch zorg wordt ingeroepen – duurdere zorg dan oorspronkelijk nodig zou zijn geweest.
- Nadelige financiële gevolgen voor zorgaanbieders die in een aantal gevallen niet betaald worden voor aan onverzekerden verleende noodzakelijke zorg.

Een andere groep van onverzekerden vormen degenen die geen toegang hebben tot de sociale ziektekostenverzekeringen. Dit zijn vreemdelingen die geen wettelijke verblijfsstatus hebben; de illegalen. Zij hebben ook geen recht op sociale voorzieningen. Wel kunnen zij in bepaalde situaties medisch noodzakelijke zorg krijgen. Dit is staande praktijk sinds het bestaan van de Koppelingswet van juli 1998 en de Vreemdelingenwet 2000.

De situatie dat iemand geen verzekeringsaanspraak heeft op zorg, is niet iets nieuws als gevolg van de invoering van de Zvw. Tot de invoering van de Zvw bestond de Ziekenfondswet (Zfw). De Zfw was een verzekering van rechtswege. Indien men voldeed aan de wettelijke voorwaarden, was men verzekerd. Toch kon er sprake zijn van een situatie die vergelijkbaar is met die onder de Zvw. Immers, om de aanspraken uit de ziekenfondsverzekering tot gelding te brengen, was inschrijving bij een ziekenfonds noodzakelijk. Niet iedere verzekerde schreef zich ook daadwerkelijk in. Wanneer men zorg nodig had en het recht op zorg wilde effectueren, moest men zich eerst inschrijven. Bij een te late inschrijving, meer dan zestig dagen na het ontstaan van de ziekenfondsverzekering, bestond de mogelijkheid een boete wegens de te late inschrijving op te leggen¹.

¹ Artikel 17, derde lid Zfw.

Ook kwam het voor dat ziekenfondsverzekerden zich wel inschreven, maar niet voldeden aan de verplichting tot betaling van de toen bestaande nominale premie. Indien de verzekerde nalatig bleef om de verschuldigde premie volledig te voldoen, kon het ziekenfonds waarbij de verzekerde was ingeschreven, de kosten van aan hem of aan zijn medeverzekerden verleende verstrekkingen, geheel of gedeeltelijk op die verzekerde verhalen. Ook kon het ziekenfonds vergoedingen waarop de verzekerde aanspraak had wegens de voor zorg gemaakte kosten, geheel of gedeeltelijk weigeren, of wegens deze kosten betaalde vergoedingen geheel of gedeeltelijk van de verzekerde terugvorderen¹. Ook om aanspraken uit de AWBZ-verzekering tot gelding te brengen, is inschrijving bij een zorgverzekeraar noodzakelijk.

b. Omvang van het aantal onverzekerden

1. Onverzekerden vóór de invoering van de Zvw

In Nederland bestaat een gunstige verhouding tussen het aantal onverzekerden en de totale groep van degenen die onder de bescherming van de sociale ziektekostenverzekeringen valt. Onderstaande cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) geven het aantal onverzekerden weer over de jaren 2001 tot en met 2005². Het CBS hanteerde voor de monitoring een groepsgewijze benadering, die minder nauwkeurige resultaten oplevert dan een benadering die uitgaat van individuen. Onder de onverzekerden bevonden zich ongeveer 5500 gemoedsbezwaarden. De grootste groep van de onverzekerden bestond vermoedelijk uit zelfstandigen, freelancers en uit mensen die bijvoorbeeld bij loongrensoverschrijding of terugkeer uit het buitenland niet tijdig een particuliere verzekering hadden gesloten. Slechts een klein deel van de onverzekerden bestond uit dak- en thuislozen. Precieze cijfers hierover ontbreken.

De bevolking naar verzekeringswijze tegen ziektekosten 2001–2005, in duizendtallen, jaargemiddelden (bron: Vektis, CBS)

	2001	2002	2003	2004 ¹	2005 ¹
Administratieve bevolking	16 046	16 149	16 225	16 273	16 312
Ziekenfondsverzekerden	10 294	10 176	10 152	10 166	
Privaatrechtelijk verzekerden (volgens MOOZ)	4 665	4 877	4 848	4 881	
Publiekrechtelijk verzekerden	781	782	880	882	
Ziektekosten van rijkswege gedekt ²	168	166	150	136	
Totaal aantal verzekerden	15 908	16 001	16 214	16 065	
Saldo bevolking verzekerden (bruto saldo)	138	148	195	208	
Aftrekposten ³	33	30	27	25	
Optelposten ⁴	64	57	46	42	
Totaal onverzekerden (netto saldo)	169	175	214	225	242

¹ CBS-rapportage, 5 juli 2006: «Het aantal onverzekerden tegen ziektekosten 2004–2006». De gegevens zien op de situatie per 1 juli van het jaar.

² Militairen in actieve dienst, asielzoekers in centrale opvang, gedetineerden, ter beschikking-gestelden en uit-huis-geplaatste kinderen.

³ Inwoners van Nederland die in het buitenland werken, inclusief meeverzekerde gezinsleden.

⁴ Inwoners die in het buitenland wonen, maar in Nederland werken en asielzoekers die korter dan anderhalf jaar in een opvangcentrum verblijven.

¹ Artikel 20 Zfw.

² Rapport «Zorg verzekerd», 9 december 2005, hoofdstuk 2.2, aangeboden aan de Tweede Kamer, TK 2005/06 29 689, nr. 47.

2. Onverzekerden na de invoering van de Zvw: voorlopige gegevens

Bij de parlementaire behandeling van de Zvw in de Tweede en Eerste Kamer heeft het onderwerp onverzekerden veel aandacht gekregen. Door de minister van VWS is een Interdepartementale Werkgroep Onverzekerden ingesteld om de problematiek te onderzoeken. De minister van VWS heeft vervolgens het CBS opgedragen om een voorlopige raming van het aantal onverzekerden per 1 mei 2006 te geven, later gevolgd door het definitieve cijfer.

Op 5 juli 2006 heeft het CBS gerapporteerd¹ over de raming en een schatting gegeven van het aantal onverzekerden per 1 mei 2006. Die schatting wijst op 182 000 onverzekerden; iets meer dan 1 procent van de bevolking. Het CBS maakt die schatting door het aantal personen in de Gemeentelijke Basis Administratie (GBA) te vergelijken met het aantal verzekerden, rekening houdend met een aantal bijzondere categorieën die niet verzekeringsplichtig zijn, dan wel op een bijzondere wijze verzekerd zijn. De omvang van die groepen is op 1 mei moeilijk te schatten.

In verband met de invoering van de Zvw is er gewerkt met nieuwe verzekerdenbestanden. Deze bestanden zijn geschoond voor dubbeltellingen. Het is niet mogelijk om na te gaan of er verzekerden ontbreken in de bestanden. Mogelijk wordt het aantal verzekerden dus onderschat en daarmee het aantal onverzekerden overschat. Het is daarom een voorlopig cijfer. Definitieve cijfers zullen tegen het einde van 2006 beschikbaar zijn.

Aantal onverzekerden op 1 mei 2006	voorlopige cijfers op peildatum 1 mei 2006 (x 1000)
Bevolking volgens Gemeentelijke Basisadministratie (GBA)	16 337
Totaal verzekerden	16 123
waarvan	
in bestanden verzekeraars	16 100
ziektelasten van rijkswege gedekt en in GBA	23
wel in bestanden verzekeraars, niet in GBA	74
wel in GBA, niet verzekeringsplichtig	107
waarvan	
actief dienende militairen	48
gemoedsbezwaarden	8
wonen in Nederland en werken in buitenland	30
werken bij volkenrechtelijke organisatie	3
gedetacheerden vanuit buitenland naar Nederland	4
uitkering/en/of pensioen uit buitenland of volkenrechtelijke organisatie	3
buitenlandse studenten uitsluitend wegens studieredenen in Nederland	11
Samenvattend	
Aantal in GBA – aantal verzekerden	214
Aantal wel verzekerd, niet in GBA	74
Aantal wel in GBA, niet verzekeringsplichtig	- 107
Aantal onverzekerden	182

Op diverse terreinen zijn de nodige inspanningen geleverd om de overgang naar en de invoering van de Zvw soepel te laten verlopen en daarmee het aantal onverzekerden zo gering mogelijk te doen zijn. Zo is er door diverse instanties uitgebreid voorlichting gegeven over de invoering van de Zvw, algemeen en specifiek, nog extra ondersteund door de publiciteit in de media. De wettelijke maatregel van de automatische overgang² is getroffen om voor iedereen de overgang van de verzekering in 2005 naar de verzekering onder de Zvw te vergemakkelijken. Er is gezocht naar

¹ CBS-rapportage, 5 juli 2006: «Het aantal onverzekerden tegen ziektekosten 2004–2006». De CBS-rapportage is aangeboden aan de Eerste en Tweede Kamer op 10 juli 2006 (Z/M2698953 en Z/M2698953), TK 2005/06, bijlage bij TK 2005/06 29 689, nr. 107.

² Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet, art. 2.5.1.

mogelijkheden om ervoor te zorgen dat specifieke kwetsbare doelgroepen een zorgverzekering zouden hebben. Dat heeft onder meer geleid tot collectieve contracten voor sommige van die groepen. In paragraaf 6, overige maatregelen ter voorkoming van wanbetaling en onverzekerden, wordt dit toegelicht.

3. Wanbetaling als oorzaak voor onverzekerd raken

a. Wanbetaling

Diegene die een zorgverzekeringsovereenkomst heeft gesloten, is aan de zorgverzekeraar de nominale premie verschuldigd. In beginsel heeft iedere verzekeringsplichtige een (gezins)inkomen. En in het geval van een in verhouding tot de te betalen premie te laag (gezins)inkomen heeft een verzekerde recht op zorgtoeslag. Dat biedt structureel de financiële mogelijkheid om de nominale premie van de zorgverzekering te betalen. Wanneer een verzekeringnemer niet op tijd betaalt, voldoet hij niet aan zijn betalingsverplichting en is daarmee aan te merken als wanbetaler. Om wanbetaling te voorkomen, kan een zorgverzekeraar een verzekeringnemer vragen om in te stemmen met automatische incasso van de nominale premie. Als de verzekeringnemer niet of niet tijdig betaalt, beschikt een zorgverzekeraar over de volgende middelen om de vordering te innen:

- aanmanen;
- incasso/deurwaarderstraject;
- opschorten dekking verzekering;
- opzeggen/ontbinden verzekering¹.

Het debiteurenrisico is een normaal bedrijfsrisico, al geldt hier wel de omstandigheid dat zorgverzekeraars een acceptatieplicht hebben. Het ligt in de rede dat zorgverzekeraars, net als andere bedrijven, maatregelen treffen om het bedrag aan oninbare vorderingen zo laag mogelijk te houden. Voor de situatie waarin een normale (buitengerechtelijke) incassoprocedure niets oplevert, voorziet het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering in mogelijkheden om vorderingen bij onwillige betalers te innen. Dit gaat van eenvoudige invorderingsprocedures tot, ultimum remedium, beslaglegging op inkomstenbronnen of eigendommen en de openbare verkoop daarvan. Het is evident dat beslagleggingprocedures tijd en geld kosten.

b. Voorkomen van een carousel van wanbetalers

Een gevolg van wanbetaling voor de zorgverzekeraars is dat zij te maken hebben met kosten van invorderingsmaatregelen, waartegenover bij sommige (ex-)verzekeringnemers maar beperkte verhaalsmogelijkheden bestaan. Wanneer de situatie van wanbetaling een tijd aanhoudt, zal de zorgverzekeraar het bedrijfsbelang laten prevaleren en overgaan tot het beëindigen van de zorgverzekeringsovereenkomst. De verzekeringnemer voldoet immers niet aan zijn betalingsverplichting. Deze kan vervolgens met een andere zorgverzekeraar een zorgverzekeringsovereenkomst gaan sluiten (en moet dat gezien zijn verzekeringsplicht overigens ook) en ook daar niet aan zijn betalingsverplichtingen voldoen. Dit zal wederom tot gevolg hebben dat de verzekeringsovereenkomst op enig moment beëindigd wordt. Dit kan zich voortdurend herhalen, waardoor een zogenoemde draaideurconstructie ontstaat, ook wel aangeduid als carousel. De wanbetaler kan er op enig moment voor kiezen om niet opnieuw een zorgverzekeringsovereenkomst te sluiten en onverzekerd door het leven te gaan. Die situatie sluit niet aan bij de maatschappelijk en politiek breed gevoelde behoefte om zoveel mogelijk te voorkomen dat burgers onverzekerd zijn.

¹ Artikel 8, Zvw, waarna de verzekeraar betrokkene vijf jaar lang niet meer hoeft te accepteren; zie artikel 3 Zvw.

4. Maatregelen

a. Protocol incassotraject wanbetalers Zorgverzekeringswet (Protocol)

Zoals in de vorige paragrafen is beschreven, kleven er nadelen aan de situatie waarbij een wanbetaler geroyeerd wordt en op zoek moet naar een andere zorgverzekeraar. Daarom heeft de regering met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) gezocht naar een oplossing. Dit heeft geresulteerd in het Protocol incassotraject wanbetalers Zorgverzekeringswet. Dit Protocol voorziet in de volgende benadering van degenen, die een achterstand hebben bij de premiebetaling.

Fase 1, regulier incassoregime

Tot het moment waarop een verzekeringnemer een betalingsachterstand heeft ter grootte van een bedrag dat gelijk is aan de nominale premie voor zes maanden, past de zorgverzekeraar de reguliere incassomaatregelen toe. Dit houdt in dat de zorgverzekeraar de verzekeringnemer een aantal malen een schriftelijke aanmaning tot betaling zendt. Tevens kan de zorgverzekeraar een extern incassobureau inschakelen. De zorgverzekeraar houdt van de genoemde incassomaatregelen een registratie bij.

Fase 2, verzwaard incassoregime

Als blijkt dat de verzekeringnemer door betalingsachterstand een bedrag ter grootte van de nominale premie over zes maanden verschuldigd is, wordt hij onder een verzwaard incassoregime gebracht. Dit houdt in dat de zorgverzekeraar verplicht is de incasso uit te laten voeren door derden, die zich beroepshalve met incassoactiviteiten bezighouden, zoals bijvoorbeeld externe incassobureaus en deurwaarders. Iedere zorgverzekeraar zal hiertoe zelf de contacten leggen en afspraken maken over de wijze waarop die derden de incassoactiviteiten vorm geven. Deze werkwijze, vastgelegd in het Protocol, bewerkstelligt dat de verzekeringnemers met een betalingsachterstand, ongeacht hun zorgverzekeraar, op eenzelfde wijze geconfronteerd worden met de gevolgen van een steeds zwaarder wordend incassoregime. Deze voorwaarden zijn kenbaar voor de verzekeringnemer omdat ze zijn opgenomen in de modelpolis van de verzekering.

Onder het verzwaarde incassoregime zal de zorgverzekeraar de zorgverzekeringsovereenkomst niet beëindigen, zodat de wanbetaler de aanspraken die voortvloeien uit de zorgverzekering, ten volle kan blijven effectueren. De verzekerde behoudt dus dezelfde polis en zijn recht op dekking.

b. Wettelijke maatregel ter voorkoming van beëindiging zorgverzekeringsovereenkomst door de verzekeringnemer

Om de incassomaatregelen goed te kunnen laten functioneren, is het noodzakelijk dat deze situatie door de verzekeringnemer niet meteen weer beëindigd kan worden.

In dit wetsvoorstel is in een nieuw artikel (artikel 8a) van de Zvw geregeld dat een verzekeringnemer de zorgverzekering niet kan opzeggen nadat hij eenmaal is aangemaand tot betaling van de premie voor de zorgverzekering (zie artikel 1, onderdeel A). Het opzegverbod geldt dus vanaf het moment waarop de eerste aanmaning tot betaling van de premie is verzonden. Daarbij is niet gekoppeld aan het moment waarop het verzwaarde regime op een verzekeringnemer van toepassing wordt. De reden daarvoor is dat het voor verzekeringnemers anders in bepaalde gevallen betrekkelijk eenvoudig zou zijn om zich kort voor het van toepassing worden van dat regime alsnog daaraan te onttrekken door op te zeggen. Dit betekent dat de verzekeringnemers op wie artikel 8a van de

Zvw van toepassing zal zijn niet bij een premieverhoging, noch tegen het einde van het jaar kunnen opzeggen. De zorgverzekeraar kan als hij dat wil toch goedvinden dat een verzekering wordt opgezegd en opzegging door de verzekeringnemer alsnog accepteren; dat moet dan wel binnen twee weken gebeuren.

De voorgestelde regeling (incassobeleid van zorgverzekeraars in combinatie met het opzegverbod) bewerkstelligt dat de verzekeringnemer die een zorgverzekering met een andere zorgverzekeraar wil sluiten, geprikkeld wordt eerst zijn achterstallige verplichtingen na te komen. Het mes snijdt daarbij aan twee kanten. Het stimuleert de verzekeringnemer om aan zijn betalingsverplichting te voldoen, maar voorkomt ook dat zorgverzekeraars te maken krijgen met veel verzekerden die als in een carrousel van verzekeraar naar verzekeraar overstappen zonder hun verplichtingen te zijn nagekomen. De hierna te beschrijven maatregel bewerkstelligt op zijn beurt dat er voor de zorgverzekeraars bij wanbetaling geen aanleiding meer hoeft te bestaan om de zorgverzekering snel op te zeggen.

c. Gedeeltelijke compensatie van gederfde premie-inkomsten

Als zorgverzekeraars een wanbetaler niet royeren en in portefeuille houden, missen zij premie-inkomsten. Tegelijk blijven zij, in alle gevallen waarin ter zake van de betaling van de verleende zorg een overeenkomst bestaat tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar, aansprakelijk voor de zorgkosten van de verzekerden.

Normaal gesproken zou een zorgverzekeraar aan deze onevenwichtige situatie een einde maken door de betrokken wanbetaler te royeren. Op grond van het Protocol zullen de zorgverzekeraars echter gedurende anderhalf jaar niet tot royement overgaan. De zorgverzekeraars worden hierin gefaciliteerd doordat zij gedeeltelijk worden gecompenseerd voor de gederfde premie-inkomsten. Deze compensatie zal worden vorm gegeven door een wijziging van de Regeling zorgverzekering op het punt van de risicoverevening.

Gederfde inkomsten ter grootte van zes maandpremies zijn als een normaal bedrijfsrisico van een zorgverzekeraar te beschouwen. Voor de derving van deze premie-inkomsten ontvangen de zorgverzekeraars dan ook geen tegemoetkoming.

Wanneer het bedrag aan gederfde premie-inkomsten dit bedrag echter te boven gaat, is er wel aanleiding de zorgverzekeraars voor die gederfde premie-inkomsten te compenseren. De zorgverzekeraars zullen via de verevening voor iedere wanbetaler die een betalingsachterstand heeft van zes maandpremies of meer, en wel over een periode van maximaal een jaar, gedeeltelijk worden gecompenseerd voor de netto niet-ontvangen nominale premies door vergoeding van de rekenpremie. Omdat de zorgverzekering in 2006 van start is gegaan en de eerste gevallen van wanbetaling gedurende meer dan zes maanden zich pas sinds juli 2006 kunnen voordoen, zullen de zorgverzekeraars in 2006 slechts voor maximaal zes maanden compensatie kunnen krijgen van de rekenpremie.

Naar een eerste inschatting zal voor het jaar 2006 bij de eerste voorlopige afrekening zo'n 25 tot 40 miljoen Euro extra aan zorgverzekeraars worden uitbetaald uit het Zorgverzekeringsfonds (Zvf). In de jaren na 2006 zullen de kosten van de compensatie (door de toepassing van artikel 45 Zvw) in gelijke mate worden gefinancierd door de inkomensafhankelijke bijdragen en de nominale premies. Per saldo zal deze maatregel echter mogelijk een besparing opleveren: doelstelling is immers om meer mensen (premiebetalend) verzekerd te houden, terwijl verwacht mag worden dat de zorgkosten van betrokkenen in een situatie van onverzekerde althans deels

collectief gefinancierd zouden worden (bijvoorbeeld door ophoging van de post «dubieuze debiteuren»).

d. Zorgtoeslag

De zorgtoeslag wordt toegekend om er in te voorzien dat de verzekerde de nominale premie voor de zorgverzekering kan betalen. Er zijn echter ook verzekerden, die wel de zorgtoeslag genieten, maar die niet aan hun premieverplichtingen voldoen. De zorgtoeslag voor deze groep is bij het onderhavige wetsvoorstel buiten beschouwing gelaten. Bij de eerste tussentijdse evaluatie van de wet zal de vraag in hoeverre het betalingsgedrag van de wanbetalende verzekerde kan verbeteren door een maatregel te treffen over de zorgtoeslag kunnen worden betrokken.

5. Ondersteunende maatregel: aantekening betalingsgedrag op bewijs van uitschrijving

Onderzocht is de mogelijkheid om een zorgverzekeraar te kunnen laten controleren of iemand die een zorgverzekering wil sluiten, betalingsproblemen heeft. Een verzekeringnemer, van wie de verzekeringsovereenkomst is opgezegd of ontbonden, ontvangt altijd een bewijs van het einde van de zorgverzekering¹ (bewijs van uitschrijving) van de zorgverzekeraar. De Zvw regelt welke gegevens dit bewijs van uitschrijving moet bevatten. Dit wetsvoorstel voorziet in een aanvulling hierop. Wanneer een verzekeringnemer aan zijn betalingsverplichtingen heeft voldaan, vermeldt de zorgverzekeraar dit op het bewijs van uitschrijving. Degene, die niet aan zijn betalingsverplichtingen heeft voldaan, zal die aantekening niet krijgen.

De nieuwe zorgverzekeraar bij wie een verzekeringsplichtige zonder de aantekening zich meldt, is daardoor in de gelegenheid te anticiperen op slecht betalingsgedrag. Dat draagt bij aan het zo veel mogelijk voorkomen van het ontstaan van betalingsproblemen. Bij uitblijven van de betaling zal de zorgverzekeraar sneller tot een strakker incassoregime willen overgaan dan bij verzekeringnemers die tot dan toe steeds volledig en tijdig aan hun verplichtingen hebben voldaan.

In het Rapport «Zorg verzekerd»² is de mogelijkheid van een aantekening van het betalingsgedrag op het bewijs van uitschrijving beschreven. In verband met de privacyaspecten is dit voorgelegd aan het College bescherming persoonsgegevens (CBP). Het CBP ziet vanuit zijn verantwoordelijkheid geen belemmeringen wat betreft het verstrekken van die gegevens op een bijlage bij het bewijs van uitschrijving.

Nu dit wetsvoorstel er in voorziet die aantekening te maken op het bewijs van uitschrijving zelf, is een bijlage niet langer nodig. De keuze om de aantekening op het bewijs van uitschrijving op te nemen, is mede ingegeven door de administratieve lasten. Aantekening maken op het bewijs van uitschrijving, dat toch al verstrekt wordt, heeft minder administratieve lasten tot gevolg, dan het opstellen van een afzonderlijke bijlage.

Het kan gebeuren dat een bewijs van uitschrijving niet door de verzekeringnemer wordt overgelegd bij het sluiten van een zorgverzekering. Dit kan zich bijvoorbeeld voordoen omdat de verzekeringnemer het niet heeft ontvangen door verkeerde bezorging of bij een verhuizing. Het kan ook zijn omdat hij het bewijs van uitschrijving is kwijtgeraakt.

Indien iemand zich meldt voor het sluiten van een zorgverzekering zonder dat hij een bewijs van uitschrijving overlegt, kan de zorgverzekeraar zich wenden tot de vorige zorgverzekeraar met het verzoek de gegevens te verstrekken. Op basis van artikel 88, tweede lid, van de Zvw heeft hij daartoe de bevoegdheid en is de andere zorgverzekeraar verplicht tot het verstrekken van die informatie. Dat artikel bepaalt dat een ieder, dus ook

¹ Artikel 9, tweede lid, Zvw.

² Rapport «Zorg verzekerd», 9 december 2005, aangeboden aan de TK, TK 2005/06, 29 689, nr. 47.

een zorgverzekeraar, op verzoek inlichtingen en gegevens verstrekt aan zorgverzekeraars, noodzakelijk voor de uitvoering van de wet (bijvoorbeeld om te kunnen vaststellen of er een periode van onverzekerdeheid is opgetreden). Het tweede lid van genoemd artikel biedt de mogelijkheid om de gegevens in een schriftelijke vorm of op andere wijze te verstrekken. Wanneer zorgverzekeraars de inlichtingen bijvoorbeeld digitaal willen verstrekken, kunnen ze daar gezamenlijk afspraken over maken. Deze mogelijkheid van gegevensuitwisseling, die de service biedt aan zowel de verzekeringnemer, als de zorgverzekeraar, is geen onbekend verschijnsel. Zo is bijvoorbeeld binnen de Europese sociale zekerheid geregeld dat de bevoegde organen bij elkaar inlichtingen mogen inwinnen, wanneer degene die een verklaring moet overleggen, dat achterwege laat¹.

6. Overige maatregelen ter voorkoming van wanbetaling en onverzekerden

Naast de in dit wetsvoorstel getroffen maatregelen is ook een aantal andere activiteiten ontplooid om de doelstelling van het reduceren van het aantal onverzekerden te realiseren.

a. Collectieve contracten

Er zijn initiatieven genomen om kwetsbare groepen te beschermen tegen het risico van onverzekerde raken. Zo zijn er op grote schaal collectieve contracten voor bijstandsgerechtigden en overige sociale minima gesloten en vindt signalering van betalingsachterstanden van bijstandsgerechtigden plaats.

b. Melden van betalingsachterstanden: Inlichtingenbureau

Op grond van de Wet Werk en Bijstand (WWB) zijn zorgverzekeraars verplicht op verzoek van gemeenten melding te maken van een betalingsachterstand bij degene die een WWB-uitkering ontvangt. Geregeld is dat deze informatiestroom geautomatiseerd via het Inlichtingenbureau loopt. Verzekeraars melden via Vektis/Sectoraal Aanspreekpunt Zorgverzekeringen aan het Inlichtingenbureau de sofinummers van degenen met een betalingsachterstand. De gegevens van niet-bijstandsgerechtigden worden direct vernietigd. De overigen worden bij de gemeentelijke sociale dienst gemeld, opdat actie ondernomen kan worden om oplopen van de schuld en toepassing van het verzwaarde incassoregime en royement te voorkomen. De infrastructurele voorbereidingen bij het Inlichtingenbureau zijn gereed. Vektis en de zorgverzekeraars passen ook hun systemen aan, zodat de informatie uitgewisseld kan worden.

Hoofdstuk III. Academische component

Met de invoering van de Zvw en de daarmee samenhangende wijzigingen in het zorgstelsel is het aanbod aan zorg en de bekostiging daarvan in beginsel een verantwoordelijkheid van de marktpartijen. De overheid blijft evenwel verantwoordelijk voor een aantal voorzieningen waarvan de aanwezigheid, betaalbaarheid en kwaliteit mogelijk anders in onvoldoende mate is gewaarborgd. Dit geldt onder meer voor de bijzondere functie van academische ziekenhuizen. Om deze te kunnen waarborgen, is overheidsingrijpen noodzakelijk.

De academische ziekenhuizen hebben een belangrijke rol in de verzorging van vervolgoopleidingen in de zorg, het leveren van topreferente zorg en de ontwikkeling en innovatie van nieuwe vormen van diagnostiek en behandeling. Deze aspecten worden wel aangeduid met de verzamelterm «academische component». Vanuit het oogpunt van kwaliteit en efficiëntie

¹ Artikel 17, lid 1, laatste volzin, van EG Toepassingsverordening 574/72.

zijn de topreferentie- en innoverende functie geconcentreerd bij de academische ziekenhuizen. Om in de toekomst nieuwe innovaties te kunnen bekostigen, is het noodzakelijk dat er een dynamische doorstroom blijft van zorg die wordt bekostigd uit de middelen voor de academische component naar gedereguleerde zorg, die in termen van diagnose-behandelcombinaties (dbc's) bekostigd wordt.

In 2006 bedraagt de academische component € 44 miljoen voor de vervolgopleidingen, € 122 miljoen voor innovatie en ontwikkeling en € 415 miljoen voor topreferente zorg. Met ingang van 2007 wordt de academische component geschoond voor de vervolgopleidingen. Die opleidingen zullen, in afwijking van eerdere voornemens (Kamerstukken II 2005/06, 29 282, nr. 28), in 2007 rechtstreeks ten laste van de begroting van het ministerie van VWS worden gesubsidieerd.

De academische component heeft uiteraard een kostprijsverhogend effect voor de te hanteren tarieven. De academische ziekenhuizen zouden daarvoor niet op gelijke basis kunnen concurreren met andere zorgaanbieders. Aan dit gegeven is het risico verbonden dat de capaciteit en kwaliteit van de academische component onvoldoende gewaarborgd is. Daarnaast zou een opslag op de tarieven ook leiden tot ongelijke kosten voor zorgverzekeraars. Om deze redenen is een aparte wijze van bekostigen aangegeven.

In 2004 is bestuurlijk afgesproken tussen het ministerie van VWS, Zorgverzekeraars Nederland en de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra dat de financiering van de academische component niet-risicodragend zal plaatsvinden. Met de oprichting van de Stichting Fonds Academische Component hebben de zorgverzekeraars invulling aan deze afspraak gegeven. Sinds 2005 verstrekken zij voor de academische component op vrijwillige basis jaarlijks een vaste bijdrage per verzekerde aan het door hen opgerichte fonds. Met een bijdrage op basis van hun verzekerdenaantallen wordt voor de zorgverzekeraars een aanvaardbare schadelastverdeling bewerkstelligd. De stichting sluit overeenkomsten met de academische ziekenhuizen inzake de betaling van de academische component. In de risicoverevening is de academische component als niet-risicodragend element opgenomen. Aldus wordt de academische component apart gefinancierd en niet via specifieke dbc's of via het verrekenpercentage op alle dbc's.

De huidige fondsconstructie is echter nadrukkelijk bedoeld als een tijdelijke. Reden daarvoor is dat deze wijze van bekostigen geen waarborgen kent voor deelname van alle zorgverzekeraars en daarmee ook niet voor de financiering van deze taken.

In de Nota Positionering Academische Ziekenhuizen (Kamerstukken II 1999/2000, 27 295, nrs. 1 en 2) is aangegeven dat specifieke topreferentiedeskundigheid in beperkte mate ook buiten een academisch ziekenhuis kan voorkomen. Daarbij is het Nederlands Kanker Instituut – Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis (NKI-AVL) met naam genoemd. Het ministerie heeft destijds aangegeven het AVL te zien als ware het een categoriaal academisch ziekenhuis en heeft het College tarieven gezondheidszorg (CTG) verzocht de bekostiging van het AVL hierop aan te passen. Sindsdien heeft het AVL een apart budgetonderdeel, een bijzondere toeslag, die in feite vergelijkbaar is met de academische component bij academische ziekenhuizen. De bijzondere toeslag bedraagt € 21 miljoen op een budget van € 78 miljoen. Hoewel het AVL geen academische status heeft, en dus ook geen academische component kan hebben, wordt de bijzondere toeslag van het AVL in de praktijk op veel punten behandeld als ware het een academische component. Uitzondering is dat de bijzondere toeslag bij AVL wordt gefinancierd via het verrekenpercentage op alle dbc's, terwijl de academische component bij academische ziekenhuizen separaat,

buiten de dbc's om, wordt gefinancierd. Het hoge verrekenpercentage op alle dbc's bemoeilijkt prijsvergelijking met andere ziekenhuizen en plaatst het AVL in een ongunstige concurrentiepositie. Deze situatie is op langere termijn niet wenselijk.

Daarom is besloten ook de bijzondere toeslag voor het AVL, analoog aan de academische component, door de minister van VWS voor rekening van het Zvf te laten verstrekken.

Het wetsvoorstel draagt de minister van VWS op om door het verstrekken van subsidies bij te dragen aan een voldoende aanbod aan topreferente zorg en innovatie en ontwikkeling in academische ziekenhuizen of in een daarmee gelijk te stellen ziekenhuis. De bekostiging geschiedt daarmee voortaan centraal en ten laste van het Zvf. Daartoe zullen de benodigde middelen binnen het Zvf apart worden gehouden van de gelden die beschikbaar zijn voor de vereveningsbijdragen. De exercitie is voor de verzekeraars neutraal.

Hoofdstuk IV. Overgangsmaatregel ziektekostenverzekering groep ex-Wtz-ers

1. Inleiding

In de Invoering- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet (I&A wet Zvw) is voorzien in de regelgeving om de overgang van het oude naar het nieuwe zorgstelsel mogelijk te maken. Het uitgangspunt was dat de diverse groepen van verzekerden en verdragsgerechtigden op een zo eenvoudig mogelijke manier de overstap konden maken. Eerst nu is gebleken dat door de invoering van de Zvw, en met name door de daarin vervatte koppeling van de verzekeringsplicht aan de kring van verzekerden van de AWBZ, een kleine groep personen niet langer een mogelijkheid heeft zich adequaat tegen ziektekosten te verzekeren.

Deze groep personen bestaat uit ruim 700 missionarissen, die tot 1 januari 2006 een specifieke standaardpakketpolis op grond van de Wtz 1998 hadden. Deze zogenoemde «Ziektekostenverzekering Voor Religieuzen» (ZVR), uitgevoerd door ziektekostenverzekeraar CZ, kende een bijzonder element dat rekening hield met het feit dat deze missionarissen veelal buiten Nederland wonen.

Religieuzen behoren tot een orde en sommigen worden door hun orde uitgezonden naar een missieland om daar te werken. De uitgezonden missionarissen ontvangen voor dit werk geen salaris, want zij zijn niet in dienst van de orde. De orde voorziet in het levensonderhoud van de missionaris door geld en middelen ter beschikking te stellen.

Daarom maakt men tijdens de missies bij ziekte, op kosten van de uitzendende kerkelijke organisatie, gebruik van de eigen hulpposten ter plaatse. Om deze reden betaalden de missionarissen gedurende de missies geen premie voor deze verzekering. Slechts tijdens perioden van verblijf in Nederland betaalden zij de volledige Wtz-premie (€ 142), in ruil waarvoor zij, indien nodig, hun zorgkosten vergoed kregen. Daarnaast betaalden de missionarissen een gering bedrag aan premie (€ 11) voor een aanvullende verzekering, zowel tijdens hun missie als tijdens verblijf in Nederland.

Als gevolg van de inwerkingtreding van de Zvw en de daarmee samenhangende intrekking van de Wtz 1998 is ook deze standaardverzekering vervallen. Voortzetting van deze verzekering als zuiver particuliere ziektekostenverzekering bleek in de praktijk vanuit financieel opzicht geen haalbare optie. De relatief hoge leeftijd van betrokkenen (80% is ouder dan 65 jaar) en het gegeven dat zij veelal langdurig in het buitenland verblijven, maakte dat de verzekeraars niet bereid waren tot voortzetting van de verzekering tegen de oude premievoorwaarden. Uitzgezonden missiona-

rissen zijn niet AWBZ-verzekerd en kunnen daarom ook geen zorgverzekering afsluiten.

2. Maatregelen

Artikel II van dit wetsvoorstel treft een overgangsregeling voor degenen die door de invoering van de Zvw, en met name door de daarin vervatte koppeling van de verzekeringsplicht aan de kring van verzekerden van de AWBZ, niet langer een mogelijkheid hebben zich adequaat tegen ziektekosten te verzekeren. Hoewel de formulering van het artikel niet uitsluit dat ook anderen dan de betreffende groep missionarissen van de overgangsregeling gebruik kan maken, zal het gezien de voorwaarden om onder de regeling te kunnen vallen, in de praktijk slecht om missionarissen gaan.

De groep van Wtz-verzekerden, anders dan missionarissen, die niet in Nederland woonde op 31 december 2005 bestond uit een paar honderd mensen. Voor zover bekend verkeerde niemand van die groep op 31 december 2005 in een vergelijkbare positie als de missionarissen. Degenen die op 31 december 2005 een Wtz-verzekering hadden en in het buitenland woonden, zijn vanaf 1 januari 2006 verdragsgerechtigde of verzekeringsplichtige geworden. (Tot de groep van de verdragsgerechtigden behoren onder meer de gepensioneerden en tot de verzekeringsplichtigen de grensarbeiders, die in het buitenland wonen, en in Nederland werken.) Aangezien er voor hen al voorzien is in de zorg hoeft er voor hen nu of in de toekomst geen regeling meer getroffen te worden. De voorgestelde regeling geldt slechts voor mensen die voor 1 januari 2006 een Wtz-polis hadden en toen reeds in een niet-verdragsland woonden. Degenen die sinds die datum in het kader van de ontwikkelingsamenwerking door een Nederlandse organisatie (voor een beperkte duur) zijn of nog worden uitgezonden naar het buitenland, zullen in de regel AWBZ-verzekerd blijven. Zij zijn dan verzekeringsplichtig voor de Zorgverzekeringswet¹ en zij kunnen op grond van hun zorgverzekeringspolis zorg inroepen in het buitenland of in Nederland. Indien ze niet AWBZ-verzekerd zijn, zal hun werkgever voor hen een particuliere ziektekostenverzekering moeten sluiten. Het zal dan in de regel gaan om jonge mensen, voor wie door zorgverzekeraars betaalbare particuliere ziektekostenverzekeringen worden aangeboden.

De missionarissen hebben nadrukkelijk aangegeven enkel tijdens hun verlof in Nederland behoefte te hebben aan een dekking tegen ziektekosten. Tijdens hun missies maken zij immers, zoals gezegd, gebruik van eigen hulpposten ter plaatse.

De regering heeft bij de afweging hoe een overgangsregeling te treffen voor deze missionarissen afgezien van het zoeken van een oplossing in de sfeer van het onder de AWBZ-verzekering brengen van deze missionarissen. Als ze als AWBZ-verzekerde zouden worden aangemerkt, zouden ze ook verzekeringsplichtig zijn voor de Zvw.

Deze missionarissen wonen echter niet in Nederland en ze zijn voor een groot deel ouder dan 65 jaar. De regering heeft daarom aangesloten bij de beleidslijn dat niet-actieven (in de regel mensen die ouder zijn dan 65 jaar), die in het buitenland wonen niet in Nederland verzekerd kunnen zijn. Gezien de leeftijd van betrokken missionarissen wordt aangesloten bij deze beleidslijn.

Gezocht is daarom naar een oplossing in de sfeer van de cure. Geregeld wordt daarom slechts dat men, na zich aangemeld te hebben bij het CVZ, in ruil voor een maandelijkse «premie», tijdens verblijf in Nederland de zorgkosten vergoed krijgt. Hoewel de «dekking» voor de missionarissen beperkt is tot zorg die zij tijdens verblijf in Nederland genieten, wordt toch gekozen voor een maandelijks te betalen bijdrage tot een redelijk te achten totaalbedrag per jaar. Dat is overeenkomstig de situatie voor verze-

¹ De Zvw kent werelddekking.

kerden ingevolge de Zvw. Ook die betalen maandelijks premie en niet slechts over de maanden waarin zij zorg genieten voor rekening van de verzekering.

Er is eveneens bezien welke mogelijkheden er zijn om deze zorg voor de missionarissen te financieren. Gezien de genoemde gezondheidsrisico's beschikken de missionarissen al over een Wtz-verzekering. De optie om de missionarissen een collectieve privaatrechtelijke ziektekostenverzekering te laten sluiten bleek, zoals in de inleiding al aangegeven, geen haalbare optie. Geen enkele zorgverzekeraar zal met een groep van hoofdzakelijk bejaarde mensen, die niet verzekeringsplichtig is onder de Zvw, een collectieve ziektekostenverzekering willen sluiten. Zij ontvangen voor deze groep immers geen vereveningsbijdrage, omdat de betrokkenen niet verzekeringsplichtig zijn voor de Zvw. De marktconforme premies die voor een privaatrechtelijke ziektekostenverzekering in rekening gebracht zouden moeten worden om de risico's af te dekken zouden zodanig hoog zijn dat betaling van die premies voor de orden heel bezwaarlijk zou zijn. Wat mogelijk zou zijn geweest is het toekennen van een subsidie vanuit de Rijksbegroting. Ook hiervoor is niet gekozen, gezien de geringe omvang van de benodigde middelen en het onderwerp waarop de subsidie ziet; het verlenen van zorg. Er is om die redenen bij de getroffen regeling zoveel mogelijk aansluiting gezocht bij de praktijk van de zorgverzekering. De groep van missionarissen ontvangt nu uit het Zorgverzekeringsfonds een «subsidie» voor het bedrag dat de kosten van de aan hen te verlenen zorg hoger zal zijn, dan het totaal van de door hen betaalde bijdragen.

De missionarissen komen slechts naar Nederland wanneer dat voor een behandeling nodig is. Het zal dan in het algemeen gaan om zorg van enigszins ingrijpende aard, die waarschijnlijk ook relatief duur zal zijn; kleinere gezondheidsproblemen zullen in het algemeen in het missieland worden opgelost. Ook met het oog op een goede en controleerbare uitvoering van de regeling is maandelijks betaling aangewezen. Het is moeilijk uitvoerbaar om, steeds wanneer een missionaris ons land bezoekt, de heffing van de bijdrage te activeren en die weer te deactiveren bij vertrek.

Voor de hoogte van de te betalen bijdrage wordt aangesloten bij de standaardpremie die wordt gehanteerd in het kader van de Wet op de zorgtoeslag; deze is gelijk aan de geraamde gemiddelde premie voor een zorgverzekering, verminderd met de gemiddelde no-claimteruggave. Op de standaardpremie wordt vervolgens nog de maximale zorgtoeslag die een verzekerde in Nederland kan ontvangen in mindering gebracht in verband met het feit dat de missionarissen in het algemeen nauwelijks over inkomsten beschikken.

De «premie» (= bijdrage) wordt in het Zvf gestort; de zorgkosten worden vanuit het Zvf betaald.

Betrokkene heeft tijdens zijn verblijf in Nederland enkel recht op zorg waarop aanspraak zou bestaan indien betrokkene verzekerd zou zijn ingevolge een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, van de Zvw.

De reden hiervoor is dat, wanneer betrokkene behoefte heeft aan AWBZ-zorg, hij definitief zal terugkeren naar Nederland en door zijn ingezetenschap van rechtswege AWBZ-verzekerd zal zijn. Voor deze groep geldt, net als voor andere ontwikkelingswerkers, dat zij dan zonder wachttijd aanspraken tot gelding kunnen brengen.

Hoofdstuk V. Verwerking van persoonsgegevens door CVZ en ziektekostenverzekeraars

Met dit wetsvoorstel worden op een tweetal punten nadere regels gesteld inzake de verwerking van persoonsgegevens. Over de onderhavige wijzigingen is advies gevraagd aan het CBP in het kader van de voorbereiding van het wetsvoorstel Reparatiewet VWS 2006. Nadien is besloten de bepalingen op te nemen in het onderhavige wetsvoorstel. De vormgeving van de bepalingen is gebeurd in overeenstemming met de opmerkingen van het CBP.

a. Sofi-nummer

Dat betreft in de eerste plaats het gebruik van het sofi-nummer door het CVZ bij de uitvoering van enkele wettelijke taken. Het CVZ voert ten aanzien van enkele categorieën onverzekerde personen wettelijke taken uit, bij uitvoering waarvan het gebruik van het sofi-nummer onmiskenbaar noodzakelijk is. Het betreft in het buitenland wonende verdragsgerechtigden, voor wie het CVZ ingevolge artikel 69 van de Zvw belast is met de heffing en inning van bijdragen en de daarvoor benodigde administratie, en gemoedsbezwaarden (artikel 70 Zvw). Over deze personen moeten voor de uitvoering van de Zvw en de Wzt gegevens kunnen uitgewisseld met de SVB, het UWV, pensioenfondsen en de belastingdienst. Voor die communicatie is het sofi-nummer onontbeerlijk. Het spreekt voor zich dat het CVZ het sofi-nummer van deze personen niet voor andere doelen dan de onderhavige mag gebruiken.

Ingevolge artikel 69 van de Zvw moeten in het buitenland wonende personen, die met toepassing van een Verordening van de EU recht hebben op zorg of de vergoeding van kosten van zorg, zoals voorzien in de wetgeving voor de verzekering voor zorg van hun woonland, zich aanmelden bij het CVZ. Deze personen zijn een bijdrage verschuldigd en eventueel hebben zij recht op zorgtoeslag. Het CVZ betaalt de kosten van zorg, zoals die door het buitenland voor deze personen, bij het CVZ wordt gedeclareerd. Het CVZ is verantwoordelijk voor de administratie en heffing van de bijdrage.

Ondanks het feit dat het niet om verzekerden gaat, is het noodzakelijk dat het CVZ op basis van het sofi-nummer de administratie van de in het buitenland woonachtige personen voert. Immers, er is communicatie nodig met de SVB, het UWV en de Belastingdienst over de inhouding van de bijdrage en de betaling van zorgtoeslag. De instanties die aan de bron heffen, krijgen een signaal van CVZ wanneer het premiummaximum bereikt is.

Genoemde instanties communiceren op basis van het sofi-nummer en communicatie zonder sofinummer maakt het onmogelijk om de heffingen en betaling van zorgtoeslag goed te organiseren. Ook met pensioenfondsen zal op basis van het sofi-nummer moeten worden gecommuniceerd in verband met bronheffing.

Het CVZ is ook verantwoordelijk voor de uitvoering van artikel 70 van de Zvw. Op grond van dit artikel hebben gemoedsbezwaarden een spaarrekening bij het CVZ waarop de op hun inkomen ingehouden en aan de Belastingdienst afgedragen bijdragen voor de Zvw worden gestort. Gemoedsbezwaarden kunnen vervolgens ten laste van die spaarrekening zorgkostennota's indienen bij het CVZ. Het CVZ kan deze wettelijke taak alleen uitvoeren als het CVZ bij de Belastingdienst de voor de gemoedsbezwaarden afgedragen bijdragevervangende belasting kan opvragen. Een dergelijke opvraag is alleen mogelijk op basis van het sofi-nummer.

Als het CVZ in het verkeer met de Belastingdienst geen gebruik kan maken van het sofi-nummer, is artikel 70 Zvw onuitvoerbaar.

De SVB registreert de gemoedsbezwaarden in verband met de uitvoering van de volksverzekeringen. Om er achter te komen wie gemoedsbezwaarde is, krijgt het CVZ van de SVB naam-, adres- en woonplaatsgegevens (NAW-gegevens) met sofi-nummer.

Abusievelijk is nagelaten om, zoals artikel 24 van de Wbp eist, in deze bepalingen een expliciet voorschrift terzake op te nemen. Met de aanvulling wordt buiten twijfel gesteld dat het CVZ voor de uitvoering van de artikelen 69 en 70 van de Zvw bevoegd en verplicht is het sofinummer te gebruiken. Op de gegevensuitwisseling met andere instanties zijn de artikelen 86 e.v. Zvw van toepassing. Voor de uitwisseling op sofi-nummer met de Belastingdienst, zal overigens het Uitvoeringsbesluit Algemene wet inkomensafhankelijke regelingen nog worden aangepast.

b. Verstrekking persoonsgegevens aan ziektekostenverzekeraars

In de tweede plaats worden in de Wmg en in de AWBZ wijzigingen aangebracht die noodzakelijk zijn om toe te staan dat zorgaanbieders in beperkte mate persoonsgegevens aan ziektekostenverzekeraars verstrekken die nodig zijn voor uitvoering van een ziektekostenverzekering.

Ten behoeve van de uitvoering van zorgverzekeringen en de Zvw zijn afspraken gemaakt tussen het College bescherming persoonsgegevens (CBP), de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF), ZN en VWS over het beperkt uitwisselen van persoonsgegevens die voor een ziektekostenverzekeraar noodzakelijk zijn voor de uitvoering van een ziektekostenverzekering, waaronder persoonsgegevens betreffende de gezondheid als bedoeld in de Wbp. Die afspraken zijn neergelegd in het Addendum Zorgverzekeraars bij de bestaande Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen. Het CBP heeft bij besluit van 27 april 2006 een positieve beslissing genomen op het verzoek van ZN, het Verbond van Verzekeraars (VvV) en de Nederlandse Vereniging van Banken (NVB) om te verklaren dat het door ZN opgestelde Addendum Zorgverzekeraars bij de reeds bestaande Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen van het VvV en de NVB een juiste uitwerking vormt van de Wbp en andere wettelijke bepalingen betreffende de verwerking van persoonsgegevens. De goedkeurende verklaring en het addendum zijn gepubliceerd in de Staatscourant van 2 mei 2006, nummer 85.

Het Addendum heeft betrekking op gegevens die zowel voor de uitvoering van de zorgverzekering en de Zvw als de uitvoering van een aanvullende verzekering noodzakelijk zijn. Door de beperkte noodzakelijke uitwisseling toe te staan, worden onnodige administratieve lasten voor zorgaanbieders, verzekerden en ziektekostenverzekeraars voorkomen.

In het Addendum ligt de laatste schakel van de getrapte grondslag voor het doorbreken van het beroepsgeheim van zorgaanbieders bij materiële controles. De eerste trap in de wettelijke grondslag voor die uitwisseling is voor zorgverzekeraars als bedoeld in de Zvw gelegen in het eerste en tweede lid van artikel 87 van de Zvw, zoals dat artikel zal luiden na de inwerkingtreding van artikel 108 van de Wmg. Op grond van het zesde lid van dat artikel is hoofdstuk 7 van de Regeling zorgverzekering vastgesteld (de tweede trap). Die regeling verklaart het Addendum (derde trap) van toepassing voor alle zorgverzekeraars en zorgaanbieders die gegevens uitwisselen op grond van de Zvw.

De Zvw biedt geen wettelijke grondslag voor het doorbreken van het beroepsgeheim van zorgaanbieders ten behoeve van de uitvoering van aanvullende verzekeringen (artikel 1, onderdeel f, onder 3°, Wmg). In het ontbreken van die wettelijke grondslag wordt met dit voorstel op dezelfde getrapte wijze als bij de Zvw voorzien door opnemings in de Wmg van een overeenkomstig artikel. De eerste trap van de wettelijke grondslag ligt ook hier in de eerste twee leden van het nieuwe artikel 68a in de Wmg. Op grond van het vierde lid wordt voor de aanvullende verzekering een regeling gemaakt overeenkomstig hoofdstuk 7 van de Regeling zorgverzekering (de tweede trap). De regeling zal ook verwijzen naar het Addendum waarin de afspraken over de uitwisseling van persoonsgegevens tussen aanvullende en basisverzekering en de omstandigheden waaronder de doorbreking van het beroepsgeheim zijn vastgelegd (de derde trap).

Ook in artikel 53 van de AWBZ worden met dit wetsvoorstel aanpassingen aangebracht ten behoeve van de toepassing van de afspraken die tussen het CBP, de KNMG, de NPCF, ZN en VWS gemaakt zijn over het beperkt uitwisselen van persoonsgegevens die voor een ziektekostenverzekeraar noodzakelijk zijn voor de uitvoering van een ziektekostenverzekering, waaronder persoonsgegevens betreffende de gezondheid als bedoeld in de Wbp.

Hoofdstuk VI. Wijziging van de zorgtoeslag

1. Inleiding

Met de motie-Schippers¹ is de regering verzocht de bijdrage voor verdragsgerechtigden naar woonland te differentiëren zodat er geen onevenwichtigheid bestaat in de bijdragen die personen in de verdragslanden opbrengen en de kosten die voor hen worden gemaakt. Mede naar aanleiding van het vonnis van de rechtbank 's-Gravenhage van 31 maart 2006 aangaande de verdragsgerechtigdenbijdrage voor AWBZ-zorg, is daarna de Regeling zorgverzekering aangepast².

De berekening van de bijdrage is gebaseerd op een verhoudingsgetal dat is berekend op basis van de gemiddelde zorgkosten in het kader van de sociale ziektekostenverzekering in het desbetreffende land in verhouding tot de gemiddelde zorgkosten van de sociale zorgverzekeringen in Nederland. De verhouding wordt uitgedrukt in een getal, de woonlandfactor. Met deze wijzigingen is de gehele bijdrage voor verdragsgerechtigden in relatie gebracht met de zorgkosten in het kader van de sociale ziektekostenverzekering in het woonland, waarbij de Nederlandse verhouding tussen inkomensgerelateerde en nominale premies in aanmerking is genomen.

De regering heeft daarbij aangegeven het noodzakelijk te achten ook voor de hoogte van de zorgtoeslag eenzelfde relatie te leggen met de kosten van zorg in het woonland en deze niet langer uitsluitend te baseren op de Nederlandse gemiddelde nominale premie (=standaardpremie). Immers, in werkelijkheid is voor in het buitenland wonenden een bijdrage verschuldigd die niet is gebaseerd op de zorgconsumptie in Nederland maar op de zorgconsumptie in het woonland.

2. Maatregelen

Met de nu voorgestelde wijziging wordt de grondslag voor de zorgtoeslag voor zowel in het buitenland wonende verdragsgerechtigden als voor de in Nederland wonende verzekerden op dezelfde wijze bepaald.

¹ Kamerstukken II 2005/06, 29 689, nr. 52.

² Stcrt. 2006, 85 en 104.

Verhoudingsgetal

Met de onderhavige wijziging (artikel 4, eerste lid, onderdeel b) is de hoogte van de zorgtoeslag in relatie gebracht met de kosten van zorg in het woonland, en wel op dezelfde wijze als waarop de bijdrage die ingevolge artikel 69 van de Zvw verschuldigd is, wordt berekend. De zorgtoeslag is afhankelijk is van de normpremie (afgeleid van het inkomen) en van de standaardpremie, die is gecorrigeerd met de woonlandfactor. Dit gebeurt op individueel niveau. De zorgtoeslag zal (op basis van de cijfers over 2006) liggen tussen € 0 en € 577, afhankelijk van het inkomen en de woonlandfactor.

De gehanteerde berekening betekent voor degenen die in Nederland wonen, dat de uitkomst van onderdeel b altijd 1 is, omdat zowel de teller als de noemer in het verhoudingsgetal de gemiddelde uitgaven voor zorg voor een persoon ten laste van de sociale zorgverzekeringen in Nederland betreffen. De hoogte van de zorgtoeslag wordt op deze manier, onafhankelijk van de vraag in welk land iemand woont, altijd op dezelfde wijze vastgesteld. De woonlandfactor wordt jaarlijks uiterlijk in november als (gewijzigde) Bijlage 7 van de Regeling zorgverzekering gepubliceerd.

Het vierde lid van artikel 4 biedt de mogelijkheid om met betrekking tot het eerste lid, onderdeel b, nadere regels te stellen. Dit kan zich bijvoorbeeld voordoen bij de zorgtoeslag voor achterblijvende gezinsleden: indien een man in Nederland woont en werkt en zijn partner in een verdragsland woont, wordt conform de Algemene wet inkomensafhankelijke regelingen het gezamenlijke gezinsinkomen bij de vaststelling van de zorgtoeslag betrokken. De man heeft recht op zorgtoeslag (woonlandfactor is 1) en de partner volgens de woonlandfactor van het verdragsland. De zorgtoeslagen worden bij elkaar opgeteld en door twee gedeeld. Door deze deling kan het voorkomen dat de man in Nederland slechts de helft van de zorgtoeslag ontvangt omdat zijn partner in een verdragsland woont met een heel lage woonlandfactor.

Uitgangspunt is dat wijzigingen in de wetgeving niet met terugwerkende kracht plaatsvinden, zeker niet wanneer dat voor de betrokkenen een aantasting van rechten met zich brengt. Desalniettemin lijkt in dit geval invoering met terugwerkende kracht van de woonlandfactor als onderdeel van de berekening van de zorgtoeslag voor de verdragsgerechtigden verdedigbaar, omdat de belanghebbende verdragsgerechtigden als gevolg van de toepassing van de woonlandfactor ook reeds vanaf 1 januari 2006 een verlaagde bijdrage betalen, terwijl hun zorgtoeslag zonder die woonlandfactor in sommige gevallen zelfs hoger is dan de te betalen bijdrage. In die gevallen zal in de toekomst dus de facto geen zorgtoeslag meer hoeven te worden uitgekeerd.

Desalniettemin is er om uitvoeringstechnische redenen voor gekozen dat de gewijzigde berekeningswijze nog niet zal gelden voor de zorgtoeslagen voor 2006. Daarbij is in de beschouwing betrokken dat het opnieuw vaststellen van de zorgtoeslagen over 2006 niet alleen een inbreuk zou vormen op de rechtszekerheid van betrokkenen, maar ook dat zulks grote uitvoeringstechnische problemen met zich zou brengen en dat het nageoeg uitgesloten moet worden geacht dat terugvorderen van de reeds verstrekte bedragen resultaat zou opleveren.

Voorts is het onpraktisch de zorgtoeslagregeling te wijzigen voor een reeds begonnen kalenderjaar. Deze zal dus moeten ingaan per 1 januari 2007.

Hoofdstuk VII. Wijziging bestuursmodel en werkwijze colleges

De veranderingen in het zorgstelsel vragen veel van de interne organisatie van de betrokken zelfstandige bestuursorganen (zbo's). Zij moeten zich in relatief korte tijd nieuwe taken eigen maken en nieuwe rollen gaan vervullen. Dat vraagt om een slagvaardig bestuur. In 1999¹ is voor de uitvoeringsorganen van het zorgstelsel de koers ingezet van het herstel van het primaat van de politiek. Op dat moment is het participatiemodel van de toenmalige besturen vervangen door het kroonledenmodel. Die verandering is onderstreept door de benaming van de organen als Colleges. Met dit voorstel wordt, in navolging van de NZa, een compact bestuursmodel ingevoerd bij het CVZ, het CBZ en het CSZ.

Een samenvattend overzicht van de veranderingen voor de uitvoeringsorganen en toezichthouders van het zorgstelsel is gegeven in een brief aan de Tweede Kamer van 27 mei 2005². In die brief is aangekondigd dat aanpassing zal plaatsvinden van het bestuursmodel van de bestuursorganen die zich bezighouden met de uitvoering van en het toezicht op het zorgstelsel. De vormgeving van de NZa past in deze lijn en dient als voorbeeld voor het CVZ, het CBZ en het CSZ.

Van een zbo wordt een sterke organisatie verwacht, die professioneel uitvoert of toezicht houdt, maar ook een sterk ontwikkeld bestuurlijk vermogen bezit. Het zbo dient met een brede blik naar zijn externe omgeving te kijken, gevoel te hebben voor politieke verhoudingen en zijn onafhankelijkheid te bewaken. Het huidige model van colleges met een wat grotere omvang en met parttime functionerende leden die op gezette tijdstippen bij elkaar komen, past daar niet meer bij. De regering staat een fulltime, compact en professioneel bestuur voor, dat leiding geeft aan de organisatie en direct aanspreekbaar is voor de minister. Hierbij past, zoals ook voor de NZa geregeld is, de hoofdregel dat vergaderingen van de besturen niet openbaar zijn, tenzij in het bestuursreglement anders wordt bepaald. Een bestuur van drie leden is klein genoeg om slagvaardig te zijn en groot genoeg om verschillende deskundigheden in het bestuur te verzamelen en om met het nodige gezag het zbo een gezicht te geven voor zijn omgeving.

De teksten van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) en de Zvw bieden op zich de mogelijkheid om voor de bedoelde colleges slechts drie leden te benoemen. Bij het CBZ is dit inmiddels gebeurd. Voor het CSZ en het CVZ is aangekondigd dat met ingang van 1 januari 2007, wanneer de huidige benoemingstermijnen aflopen, de overgang wordt gemaakt naar het nieuwe bestuursmodel. De regering vindt het gewenst de formele regeling aan te passen aan de gewenste praktijk. De invoering van het nieuwe bestuursmodel verandert het verticale toezicht van de minister op het zbo niet. De voorgestelde aanpassing van het bestuursmodel past binnen het wetsvoorstel Kaderwet zelfstandige bestuursorganen³, dat is gericht op onafhankelijkheid en het op afstand plaatsen van zbo's, zonder daarbij afbreuk te doen aan de ministeriële verantwoordelijkheid.

Hoofdstuk 3 van de Algemene wet bestuursrecht (Awb) is onverkort van toepassing. Besturen worden daarom geacht bij de voorbereiding van een besluit de nodige kennis te vergaren omtrent relevante feiten en de af te wegen belangen (Artikel 3:2 Awb). Door dit vast te leggen, is voor iedereen helder wat op dit vlak van de colleges verwacht kan worden. Het bestuursreglement moet, zoals gebruikelijk, worden goedgekeurd door de minister.

¹ 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. 1999, 185).

² Kamerstukken II 2004–2005, 29 689, nr. 7.

³ Kamerstukken II 27 426.

Zoals aangekondigd in de hierboven aangehaalde brief over de positionering van de zbo's in het nieuwe zorgstelsel, acht de regering het van belang de bezoldiging eenduidig te regelen. Het nieuwe bestuursmodel gaat uit van fulltime bestuurders. Dat betekent dat in de praktijk de onkostenvergoeding van de bestuursleden vervangen wordt door een bezoldiging, en dat ook de overige onderdelen van de rechtspositie nader geregeld moeten worden. Het kader dat geldt bij de vaststelling van de bezoldiging en de rechtspositie, is vastgelegd in de Regeling bezoldiging en beheerskosten bestuursorganen volksgezondheid. Met deze regeling zijn er bovendien regels gesteld over de integriteit van bestuurders en over de onverenigbaarheid van functies. Deze regeling is gebaseerd op de verschillende wetten waarmee deze organisaties zijn ingesteld en geldt dus voor de bestuursleden van de NZa, het CBZ en met ingang van 2007 ook voor de bestuursleden van het CSZ en het CVZ. Conform het wetsvoorstel Kaderwet zelfstandige bestuursorganen is geregeld dat de bezoldiging van de bestuurders openbaar wordt gemaakt in de jaarverslagen van de zbo's.

Hoofdstuk VIII. Financiële aspecten en administratieve lasten

Hierna wordt, voor zover relevant, ingegaan op de financiële aspecten en de administratieve lasten van de verschillende onderdelen van het wetsvoorstel.

a. Verzwaring incassoregime premie zorgverzekering

Het opzegverbod voor verzekeringnemers die premieschulden hebben, leidt naar verwachting tot een vermindering van de administratieve lasten, omdat de verzekeringnemer na de ontvangst van een aanmaning niet mag opzeggen. Hij komt daardoor ook niet in een carrousel van verzekeren, onverzekerd raken en wederom verzekeren. De administratieve lasten die gemoeid zijn met die carrousel, worden vermeden. Hoe groot het aantal verzekerden zal zijn dat met het opzegverbod te maken krijgt, is niet bekend.

De verzekeringnemers die aan hun betalingsverplichtingen hebben voldaan, ontvangen hiervan een aantekening op het bewijs van uitschrijving. Het maken van die aantekening betekent een extra administratieve handeling voor de zorgverzekeraar. Voor opvolgende zorgverzekeraars is echter meteen inzichtelijk dat er geen betalingsachterstanden zijn. Dat kan een besparing opleveren, ook wat betreft de nalevingskosten. De totale omvang van de hiermee gemoeide administratieve lasten is afhankelijk van het aantal bewijzen van uitschrijving dat jaarlijks verstrekt zal worden. De omvang wordt bepaald door de mate waarin verzekerden van zorgverzekeraar zullen wisselen, de verzekerdenmobiliteit.

Er zijn geen financiële gevolgen verbonden aan de maatregelen die zijn opgenomen in dit onderdeel van het wetsvoorstel. Wel zullen de zorgverzekeraars onder bepaalde voorwaarden voor wanbetalers met een zekere betalingsachterstand een financiële tegemoetkoming ontvangen in de vorm van een hogere vereveningsbijdrage. De voorwaarden hiervoor worden vastgelegd in de Regeling zorgverzekering. In Hoofdstuk II, paragraaf 4, onderdeel c, is dit nader toegelicht.

b. Academische component

De nieuwe wijze van financieren van de academische component heeft geen gevolgen voor de administratieve lasten van de zorgverzekeraars. Ten aanzien van de beleefde last is er sprake een positief effect. De vrijwillige afdracht van de zorgverzekeraars aan de Stichting Fonds Academi-

sche Component en de betalingen van het fonds aan de academische ziekenhuizen vervallen in de nieuwe situatie.

Ook voor de academische ziekenhuizen en het AVL heeft de wijziging geen gevolgen voor de administratieve lasten. Zij moeten, net zoals thans, ook in de nieuwe situatie verantwoording afleggen over de besteding van de academische component.

Voor de administratieve lasten van de burgers heeft deze wetswijziging geen gevolgen.

c. Overgangsmaatregel ziektekostenverzekering groep ex-Wtz-ers

Gemiddeld komen per jaar ruim honderd missionarissen met verlof naar Nederland. Zij maken tijdens hun verlof ruim vijfduizend euro aan zorgkosten per persoon. Jaarlijks declareren missionarissen zodoende gezamenlijk meer dan vijfhonderdduizend euro aan zorgkosten.

Omdat het een gesloten groep betreft, die door overlijden en definitieve terugkeer naar Nederland op hoge leeftijd, geleidelijk in omvang zal afnemen en uiteindelijk geheel zal verdwijnen, vallen de exacte kosten, alsmede de precieze duur van deze overgangsregeling, niet te voorspellen.

d. Verwerking van persoonsgegevens door CVZ en ziektekostenverzekeraars

Met de opneming van een afzonderlijk artikel in de Wmg voor de uitwisseling van persoonsgegevens wordt een wettelijke basis gelegd onder de bestaande praktijk van noodzakelijke gegevensuitwisseling bij het declaratieverkeer tussen zorgaanbieder en verzekeraar en de controle daarop. Dat artikel schept geen nieuwe administratieve lasten, noch brengt het wijziging in dat verkeer.

e. Wijziging van de zorgtoeslag

Omdat iedereen op grond van de formule meer dan € 410 aan bijdrage verschuldigd moet zijn om in aanmerking te komen voor zorgtoeslag, komen alle personen in landen waarvoor de woonlandfactor lager dan 0,4 is, niet in aanmerking voor zorgtoeslag. Voor personen uit deze landen (dit betreft meer dan de helft van de landen, waaronder Marokko, Turkije, Spanje en Portugal) hoeft dus helemaal niet meer beoordeeld te worden of iemand een zodanig inkomen heeft dat hij recht heeft op zorgtoeslag; gegeven de bijdrage die hij betaalt, komt hij nooit in aanmerking. Dit leidt tot een forse vermindering van uitvoeringskosten.

f. Wijziging bestuursmodel en werkwijze colleges

De bezoldiging van de collegeleden wordt betaald uit de beheerskostenbudgetten van de colleges. Er is geen reden om aan te nemen dat het totaal aan uitgaven voor collegeleden en personeel zal veranderen. Met ingang van het verslagjaar 2006 wordt de bezoldiging van de individuele collegeleden openbaar gemaakt in de jaarverslagen van de colleges.

Hoofdstuk IX. Uitvoeringsaspecten en evaluatie

Hierna wordt, voor zover relevant, nog ingegaan op enige uitvoeringsaspecten van de verschillende onderdelen van het wetsvoorstel en eventuele evaluatie van de maatregelen.

a. uitvoeringsaspecten

Bij de overgangsmaatregel ziektekostenverzekering voor een groep ex-Wtz-ers gaat het om een mogelijkheid voor betrokkenen om alsnog vergoeding voor hun ziektekosten te ontvangen. Zij bepalen zelf of zij daar gebruik van wensen te maken. Kiezen zij daarvoor, dan zullen zij – om hun kosten te declareren – de daarvoor noodzakelijke bescheiden aan het CVZ moeten overleggen. Aangezien het een steeds kleiner wordende groep betreft, zal de overgangsregeling het CVZ niet zwaar belasten. Een halve fte zal voldoende zijn voor de uitvoering van deze taak.

De uitvoering door het CVZ is onderworpen aan het reguliere toezicht op het functioneren van het CVZ. Daarnaast is voorzien in rechtsbescherming bij de administratieve rechter voor de belanghebbenden.

Wat betreft de verwerking van het sofi-nummer van verdragsgerechtigden en gemoedsbezwaarden door het CVZ, is sprake van een noodzakelijk gebruik van dat nummer. Daarover is het CBP geconsulteerd. Na beantwoording van een aantal vragen van het CBP kon worden vastgesteld dat het CBP geen bezwaar heeft tegen deze regeling.

Op het gebruik door het CVZ van het sofi-nummer bij de uitvoering van zijn taken ten aanzien van verdragsgerechtigden en gemoedsbezwaarden is het reguliere toezicht op het functioneren van het CVZ van toepassing. Daarnaast heeft het CBP uiteraard wettelijke bevoegdheden terzake.

Het CBP is geconsulteerd over de uitwisseling van persoonsgegevens, waaronder gegevens betreffende de gezondheid, van verzekerden bij aanvullende ziektekostenverzekeringen en de AWBZ. De opmerkingen van het CBP zijn verwerkt en hebben er mede toe geleid dat wordt voorgesteld een afzonderlijke bepaling in de Wmg op te nemen die vergelijkbaar is met artikel 87 Zvw, welk artikel met instemming van het CBP wordt gewijzigd bij de inwerkingtreding van de Wmg (vide Derde nota van wijziging, Kamerstukken II, 2005/06, 30 186, nr. 46). Mede op voorstel van het CBP zal op basis van het nieuwe artikel in de Wmg een regeling worden getroffen die het Addendum Zorgverzekeraars van overeenkomstige toepassing verklaart voor aanvullende ziektekostenverzekeringen om daarmee de zelfde uitvoeringspraktijk te bewerkstelligen als bij de uitvoering van de zorgverzekering.

Het CBP en de NZa zullen over het toezicht op de verwerking van persoonsgegevens door ziektekostenverzekeraars afspraken maken, net als zij dat gedaan hebben bij het toezicht op de verwerking persoonsgegevens en de naleving van het Addendum door zorgverzekeraars. De evaluatie van het toezicht op verwerking persoonsgegevens door de NZa en het CBP zal plaats vinden in het kader van de evaluatie van de Wmg.

b. Evaluatie

Om te bezien of de getroffen maatregelen ter verzwaring van het incasso-regime voor de premie van de zorgverzekering effectief zijn, zal na een periode van een jaar een eerste tussentijdse evaluatie plaatsvinden om te bezien hoe de uitvoeringspraktijk gestalte heeft gekregen en of bijstelling nodig is. Hierbij wordt mogelijk ook de zorgtoeslag betrokken, zie hiervoor hoofdstuk II, 4.d. Na een periode van drie jaar zal de regeling integraal geëvalueerd worden.

De overgangsmaatregel ziektekostenverzekering voor de groep ex-Wtz-ers is naar haar aard tijdelijk. Aan evaluatie daarvan bestaat geen behoefte.

Hoofdstuk X. Artikelsgewijs

Artikel I, onderdelen A en B

Het voorgestelde artikel 8a Zvw bevat geen voorschriften waaraan zorgverzekeraars moeten voldoen. De wetgever stelt in beginsel geen regels over de wijze waarop zorgverzekeraars het daarheen leiden dat hun verzekerden de verschuldigde premie zoveel mogelijk ook werkelijk betalen. Zoals in het algemeen deel van deze toelichting beschreven, wordt het wel van belang geacht dat zoveel mogelijk wordt voorkomen dat verzekeringnemers die hun premie niet betalen, na opzegging van hun verzekering in verband daarmee verder onverzekerd door het leven gaan. Ook wordt het ongewenst geacht dat zij door, na in gebreke te zijn geraakt met de premiebetaling, regelmatig een andere zorgverzekeraar te kiezen, een snel oplopende schuldenlast bij meerdere partijen opbouwen. Om die reden wordt het zeer wenselijk geacht dat de verzekeraars met elkaar afspraken hebben gemaakt om verzekeringnemers met premieschuld met in zwaarte oplopende maatregelen (beschreven in het algemeen deel) alsnog tot betaling van de achterstallige premie te bewegen en aldus te voorkomen dat het tot opzegging van de verzekering komt.

Het artikel legt vast dat de zorgverzekering van de kant van de verzekeringnemer niet kan worden opgezegd nadat hij door de zorgverzekeraar in het kader van de incasso van achterstallige premie is aangemaand tot betaling. Ondanks een opzegging van de kant van de verzekeringnemer blijft de zorgverzekering dan gewoon bestaan. Daarop geldt slechts één uitzondering: als de zorgverzekeraar ertoe overgaat de dekking van de zorgverzekering te schorsen, kan de verzekeringnemer wel opzeggen. Het voorgestelde artikel 8a Zvw is te zien als een «lex specialis» ten opzichte van artikel 7 Zvw en ten opzichte van eventueel andere in de zorgpolis opgenomen opzegmogelijkheden. De zorgverzekeraar kan desgewenst aan de verzekeringnemer laten weten dat hij de opzegging toch accepteert (tweede lid).

Met het opzeggingsverbod kan worden tegengegaan dat verzekerden gaan migreren om te proberen zich aan inningsmaatregelen te onttrekken. Aldus vormt het artikel een ondersteuning van het door de zorgverzekeraars ontwikkelde beleid om wanbetaling zoveel mogelijk te voorkomen.

Om de nieuwe zorgverzekeraar van een verzekeringsplichtige in de gelegenheid te stellen te anticiperen op slecht betalingsgedrag van zijn verzekeringnemers en aldus het ontstaan van betalingsproblemen zo veel mogelijk te voorkomen, wordt in artikel 9 geregeld dat de zorgverzekeraar in het zogenaamde bewijs van uitschrijving expliciet vermeldt dat de verzekeringnemer aan zijn financiële verplichtingen jegens hem heeft voldaan, indien, uiteraard, dat ook daadwerkelijk het geval is geweest. Dat maakt het een nieuwe zorgverzekeraar mogelijk bij uitblijven van de betaling eventueel sneller tot een strakker incassoregime over te gaan dan bij verzekeringnemers die tot dan toe steeds volledig en tijdig aan hun verplichtingen hebben voldaan.

Artikel I, onderdelen C en I

Onderdeel C

Artikel 39, derde lid, Zvw legt vast voor welke doelen de middelen van het Zvf worden aangewend. Met het toegevoegde onderdeel f worden daaraan nu toegevoegd de uitgaven voor de bekostiging van topreferente zorg en innovatie en ontwikkeling in academische ziekenhuizen. In het toegevoegde onderdeel is, zoals dat ook voor de andere onderdelen het geval is (vgl. de subsidies van artikel 68, onderdeel b, Zvw), volstaan met een verwijzing naar de bepaling in de Zvw die betrekking heeft op de

bedoelde kostenpost (zie onderdeel I). Daarmee wordt de mogelijkheid om, zoals hier gebeurt, middelen van het Zvf te gebruiken voor andere doelen dan het verstrekken van vereveningsbijdragen aan zorgverzekraars op vergelijkbare wijze als voor bovenbedoelde subsidies afgebakend.

Onderdeel I

In het voorgestelde artikel 123a is nu expliciet vastgelegd dat de minister van VWS een rol heeft bij het bestaan van een voldoende aanbod aan topreferente zorg, innovatie en ontwikkeling in academische ziekenhuizen. Die verantwoordelijkheid vindt haar uitwerking in het verstrekken van subsidies voor de academische component.

In de formulering van artikel 123a is met de woorden «of in een daarmee gelijk te stellen ziekenhuis» ruimte geschapen om ook het AVL middelen te verstrekken voor topreferente zorg, innovatie en ontwikkeling. Er zijn geen andere ziekenhuizen die op met academische ziekenhuizen vergelijkbare wijze topreferente zorg leveren of innovatie en ontwikkeling verrichten.

De verstrekking van subsidies zal plaatsvinden op basis van de Kaderwet VWS-subsidies (voorheen geheten: Kaderwet volksgezondheidssubsidies). Die wet biedt een genoegzame basis voor subsidies voor de topreferente zorg en innovatie en ontwikkeling. Zonodig kunnen met toepassing van de bepalingen van die wet in een subsidieregeling nadere regels worden gesteld.

De Kaderwet volksgezondheidssubsidies is destijds tot stand gebracht om een wettelijke basis te bieden voor het verlenen van subsidies op het terrein van de gezondheidszorg ten laste van de VWS-begroting (Kamerstukken II 1997/98, 25 637, nr. 3, blz. 1). Daarnaast werden en worden zgn. premiesubsidies verleend door het CVZ (op basis van de Ziekenfondswet, inmiddels de Zvw, ten laste van de Algemene Kas respectievelijk het Zvf, en de AWBZ, ten laste van het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten). De tekst van de Kaderwet VWS-subsidies bevat echter op zich geen beletsel voor toepassing op een subsidie die de minister van VWS verleent ten laste van andere fondsen; zo'n beletsel is (tot nu toe) wel vervat in de Zvw; de limitatieve bepaling van artikel 39 omtrent de zaken die ten laste van het Zvf kunnen komen, biedt geen ruimte om een door de minister verleende subsidie ten laste te doen komen van het Zvf.

Na de totstandkoming en inwerkingtreding van deze wet zal de Kaderwet VWS-subsidies ook worden gebruikt voor het verlenen van subsidies die, ingevolge de in onderdeel C opgenomen bepaling, niet ten laste komen van de VWS-begroting, maar ten laste van het Zvf. Door de opneming in artikel 39, derde lid, van de Zvw (onderdeel C) van een bepaling die inhoudt dat de uitgaven voor de in artikel 123a geregelde activiteiten (onderdeel I) ten laste komen van het Zvf, wordt de daarvoor bestaande belemmering weggenomen.

Artikel I, onderdeel D en E, artikel IV en artikel IX

In artikel 59, eerste lid, van de Zvw wordt met deze wijziging het maximaantal leden van het CVZ op drie bepaald. Deze drie leden zullen in beginsel gedurende de volledige werkweek werkzaam zijn. In samenhang daarmee wordt ook de bepaling in het negende lid van artikel 59 van de Zvw zodanig aangepast dat niet slechts over vergoedingen en reis- en verblijfskosten wordt gesproken, maar meer in algemene zin over de bezoldiging en de rechtspositie. Het vijfde lid, dat betrekking had op een zoveel mogelijk evenredige vertegenwoordiging van allerlei groepen in het College, is geschrapt om de wetstekst zoveel mogelijk in overeenstemming te brengen met die van de Wmg, waarbij de nadruk meer is komen

te liggen op de deskundigheid dan op evenredige vertegenwoordiging. Hoewel dat laatste natuurlijk bij de samenstelling van het college wel zoveel mogelijk wordt nagestreefd, wordt die bepaling in het licht van de gewijzigde opvatting over een compacte samenstelling van het College niet langer noodzakelijk geacht. Het zesde lid is in verband daarmee vernummerd tot vijfde lid. Van de gelegenheid is gebruik gemaakt om het onderdeel van het negende lid dat betrekking heeft op het uitoefenen van nevenwerkzaamheden onder te brengen in het nieuwe zesde lid. In artikel IX is bepaald dat de Regeling bezoldiging en beheerskosten bestuursorganen volksgezondheid, welke ook voor het CVZ reeds op de nieuwe leest is geschoeid¹, voortaan mede berust op artikel 59, zesde lid, van de Zvw. In verband met de vervanging van de Wet tarieven gezondheidszorg door de Wmg en een vergelijkbare wijziging in artikel 20 van de WTZi is in artikel IX de rechtsgrondslag van de regeling geheel opnieuw geformuleerd.

In artikel 60 van de Zvw zijn het oude tweede en derde lid geschrapt, die betrekking hadden op het instellen van commissies. In plaats daarvan is nu geregeld dat het CVZ in beginsel niet in het openbaar vergadert, tenzij in zijn reglement anders is bepaald, en dat het CVZ in zijn reglement vastlegt op welke wijze het voldoet aan artikel 3:2 van de Awb. Aldus kunnen ook in de toekomst regels worden gesteld over het inschakelen van buitenstaanders als lid van een commissie.

Voor het CBZ en het CSZ is door vergelijkbare wijzigingen in de WTZi hetzelfde geregeld.

Artikel I, onderdeel F

Artikel 69 Zvw betreft de verplichtingen van de zogenoemde «verdragsverzekerden» en de werkzaamheden die het CVZ in dat kader dient te verrichten. De beslissingen ter zake van de bijdrage die deze verdragsverzekerden ingevolge het tweede lid verschuldigd zijn, of de beslissing om een boete wegens te late melding op te leggen, zijn beschikkingen in de zin van de Awb. De verdragsverzekerde kan daartegen in bezwaar (en later in beroep gaan). Artikel 7:3 Awb brengt met zich, dat een bezwaarde gehoord moet worden, tenzij het bezwaar kennelijk niet-ontvankelijk of kennelijk ongegrond is, de belanghebbende heeft verklaard niet gehoord te willen worden of aan het bezwaar volledig tegemoet wordt gekomen zonder dat de belangen van andere belanghebbenden daarbij kunnen worden geschaad. Indien het bezwaar niet kennelijk niet-ontvankelijk of ongegrond is en het CVZ zijn primaire beschikking niet wil wijzigen, dient derhalve een hoorzitting gehouden te worden, tenzij de bezwaarde expliciet heeft afgezien van zijn recht gehoord te worden. Zeker nu het per definitie om in het buitenland wonende bezwaarden gaat, leidt dit tot het risico dat het CVZ vele hoorzittingen moet organiseren waarop niemand komt opdagen. Voorgesteld wordt dan ook die regel in die zin om te draaien, dat het CVZ van horen kan afzien, tenzij de bezwaarde expliciet aangeeft van de uitnodiging van het CVZ om gehoord te worden, gebruik te willen maken. Daarmee zal de een situatie ontstaan die gelijk is aan die in de overige socialeverzekeringswetten (zie onder andere artikel 51a van de Algemene Ouderdomswet; AOW).

Op grond van artikel 7:10 Awb bedraagt de beslistermijn op bezwaar zes of – indien een commissie advies moet uitbrengen – tien weken. Bezwaren tegen beschikkingen, genomen op grond van artikel 69 Zvw, worden per definitie gemaakt door personen die in het buitenland wonen. De praktijk leert dat voor het afhandelen van een bezwaarschriftenprocedure voor in het buitenland wonenden meer tijd nodig is dan voor het afhandelen van een procedure van in Nederland wonende bezwaarden. Zo duurt het

¹ Artikel 1, onderdeel a, juncto artikel 20, eerste lid, brengen met zich dat hoofdstuk 1 van de regeling pas met ingang van 1 januari 2007 op het CVZ van toepassing wordt.

verzenden van brieven van en naar de bezwaarde langer, en zal een bezwaarde voor een hoorzitting uit het buitenland moeten komen, wat het moeilijker kan maken een geschikte datum te vinden. Voorgesteld wordt daarom de termijn voor beslissingen op bezwaar tegen beschikkingen op grond van artikel 69 van de Zvw op dertien weken te stellen. Overigens is ook in de overige socialeverzekeringswetten een termijn van dertien weken gebruikelijk (zie o.a. artikel 52 AOW).

Artikel I, onderdelen F en G, en artikel X, tweede lid

Met de onderhavige wijzigingen in de artikelen 69 en 70 is bepaald dat het CVZ het soft-nummer moet en mag gebruiken bij de uitvoering van zijn werkzaamheden inzake verdragsgerechtigden en gemoedsbezwaarden. In artikel X, tweede lid, is aan deze wijziging terugwerkende kracht gegeven opdat daarmee alsnog komt vast te staan dat het handelen van het CVZ, voor zover in 2006 reeds het soft-nummer voor deze doelen mocht zijn gebruikt, niet in strijd is met de wet.

Artikel I, onderdeel H

In artikel 87, zesde lid, is geregeld dat «bij of krachtens» ministeriële regeling regels kunnen worden gesteld over een aantal onderwerpen die verband houden met de gegevensverstrekking door zorgaanbieders aan zorgverzekeraars en de verdere verwerking daarvan door de verzekeraars. Voorgesteld wordt het «of krachtens» te schrappen. Dit is niet meer nodig, nu het inmiddels mogelijk is geworden in de Regeling zorgverzekering te verwijzen naar de gedragscode die de zorgverzekeraars over dit onderwerp hebben vastgesteld.

Artikel II

Artikel II treft op vergelijkbare wijze als in artikel 3.1.2 e.v. van de I&A-wet Zvw is gebeurd, in die wet een overgangsregeling voor degenen die door de invoering van de Zvw, en met name door de daarin vervatte koppeling van de verzekeringsplicht aan de kring van verzekerden van de AWBZ, niet langer een mogelijkheid hebben zich adequaat tegen ziektekosten te verzekeren. De betrokkenen, die in het bezit moeten zijn geweest van een WTZ-polis, in het buitenland moeten wonen en geen verzekeringsplichtige of verdragsgerechtigde mogen zijn of zijn geweest, kunnen zich binnen vier maanden nadat dit wetsvoorstel kracht van wet heeft verkregen (doch in uitzonderingsgevallen tot vier maanden nadat zij in redelijkheid daarvan kennis hebben kunnen nemen) aanmelden bij het CVZ. Na die aanmelding hebben zij recht op vergoeding van hun zorgkosten bij verblijf in Nederland als waren zij verzekerd ingevolge een zorgverzekering. Dat betekent dus ook dat eventuele eigen bijdragen die anderen op grond van de Zvw verschuldigd zijn, buiten de vergoeding blijven. Degene die zich aanmeldt, is in ruil daarvoor een bijdrage verschuldigd.

De hoogte van de bijdrage is gelijk aan de standaardpremie als bedoeld in de Wzt voor een in Nederland wonende verzekeringsplichtige, verminderd met de maximale zorgtoeslag voor een in Nederland wonende alleenstaande. Bij deze berekening is rekening gehouden met het feit dat betrokkenen doorgaans in een niet-EU-, EER-, of verdragsland wonen, eenvoudige zorg ter plaatse in eigen hulpposten genieten, maar voor meer gecompliceerde (duurdere) zorg een beroep doen op de Nederlandse zorgfaciliteiten.

Omdat het hier gaat om het alsnog treffen van een overgangsvoorziening, verleent het voorgestelde artikel 2.2.6 van de I&A-wet Zvw daaraan in zekere zin terugwerkende kracht. Het blijft aan belanghebbenden om te beslissen of zij zich wel of niet aanmelden om van de overgangsvoorziening gebruik te maken. Maar als zij zich aanmelden, is dat niet

alleen voor de toekomst, maar ook voor de periode sinds de inwerkingtreding van de Zvw. Na aanmelding worden niet alleen de ziektekosten vergoed die zij mogelijk reeds hadden in de periode sinds de invoering van de Zvw, maar zijn zij in ruil daarvoor ook de «premie» (bijdrage) over die periode verschuldigd. Aldus wordt voorkomen dat personen die in de voorbije periode geen kosten hebben gemaakt, maar die voor de toekomst wel gedekt wensen te zien, zich slechts voor de toekomst aanmelden. Deze situatie komt overeen met die voor de verzekeringsplichtigen, die tot 1 mei 2006 de mogelijkheid hadden met terugwerkende kracht tot 1 januari 2006 aan hun verzekeringsplicht te voldoen.

De kosten van deze voorziening komen ten laste van het Zvf, zoals de bijdragen van betrokkenen ten bate van dat fonds worden gebracht.

Aangezien het hierbij, anders dan in het kader van een zorgverzekering, gaat om een publiekrechtelijke aanspraak, op vergoeding van kosten, is voor de rechtsbescherming aangesloten bij die welke geldt in het kader van de AWBZ.

Artikel III

Artikel 4 van de Wet op de zorgtoeslag is geheel opnieuw geformuleerd met het oog op de opneming in het eerste lid van een extra element, de woonlandfactor; voor het overige is de inhoud niet gewijzigd. In verband daarmee is de tweede volzin van het eerste lid thans in een tweede lid opgenomen. In een derde lid is de jaarlijkse wijziging van de woonlandfactor geregeld.

Artikel V

Onderdeel A

Met het voorgestelde artikel 68a wordt in de Wmg een wettelijke grondslag gelegd voor het doorbreken van het beroepsgeheim van zorgaanbieders ten behoeve van de uitvoering van aanvullende verzekeringen (artikel 1, onderdeel f, onder 3°, Wmg). Dit gebeurt op dezelfde getrapte wijze als bij de Zvw. De eerste trap van de wettelijke grondslag ligt ook hier in de eerste twee leden van het nieuwe artikel 68a in de Wmg. De Wmg is van toepassing op alle categorieën van ziektekostenverzekeraars. Op grond van het vierde lid wordt voor de aanvullende verzekering een regeling gemaakt overeenkomstig hoofdstuk 7 van de Regeling zorgverzekering (de tweede trap). Om ongewenste samenloop met het bepaalde bij of krachtens de Zvw of de AWBZ te voorkomen, is in het vierde lid bepaald dat de regeling kan worden beperkt naar categorie van ziektekostenverzekeraars.

De regeling zal ook verwijzen naar het Addendum waarin de afspraken over de uitwisseling van persoonsgegevens tussen aanvullende en basisverzekering en de omstandigheden waaronder de doorbreking van het beroepsgeheim mogelijk is, zijn vastgelegd (de derde trap). De regeling zal het Addendum van overeenkomstige toepassing verklaren voor de aanvullende ziektekostenverzekering. Omdat in het Addendum wordt verwezen naar artikel 87 Zvw, zal de regeling op grond van artikel 68a Wmg bepalen dat voor de categorie van ziektekostenverzekeraars waarvoor die regeling van toepassing zal zijn, die verwijzing in het Addendum gelezen moet worden als een verwijzing naar laatstgenoemd artikel. Het derde lid van artikel 68a bevat net als het vijfde lid van artikel 87 van de Zvw en het vijfde lid van artikel 53 van de AWBZ een verbod om persoonsgegevens uit te wisselen ten behoeve van andere ziektekostenverzekeringen («Chinese muren»). Net als het zesde lid, onder e, van artikel 87 van de Zvw, biedt artikel 68a van de Wmg in het vierde lid,

onder e, de mogelijkheid om bij ministeriële regeling onder voorwaarden de doorbreking van die «Chinese muren» toe te staan. De regeling op grond van artikel 68a van de Wmg zal in combinatie met en onder verwijzing naar het Addendum onder voorwaarden die doorbreking toestaan. De regeling wordt voorgelegd aan het CBP.

Onderdelen B en C

Door de wijziging van artikel 82 respectievelijk 89 van de Wmg wordt bewerkstelligd dat de NZa ook bestuursdwang kan toepassen of een last onder dwangsom kan opleggen ter handhaving van het bepaalde bij of krachtens artikel 68a van de Wmg, respectievelijk een boete kan opleggen aan degene die niet voldoet aan de verplichtingen die hem bij of krachtens artikel 68a van de Wmg zijn opgelegd.

Artikel VI

Met de wijziging van het vijfde en zesde lid van artikel 53 van de AWBZ wordt ook dit artikel in overeenstemming gebracht met de tekst van artikel 87 van de Zvw en met artikel 68a van de Wmg zoals dat bij deze wet wordt ingevoegd. Deze artikelen respectievelijk de wijzigingen daarin zijn nodig voor de toepassing van de afspraken die tussen het CBP, de KNMG, de NPCF, ZN en VWS over het beperkt uitwisselen van persoonsgegevens die voor een ziektekostenverzekeraar noodzakelijk zijn voor de uitvoering van een ziektekostenverzekering, waaronder persoonsgegevens betreffende de gezondheid als bedoeld in de Wbp. Korthedshalve zij verwezen naar de toelichting bij artikel V, onderdeel A.

Artikel VII

Met artikel VII wordt geregeld dat in de artikelen 69 en 70 van de Zvw, zoals die ingevolge artikel I, onderdelen F en G komen te luiden, voor het geval de Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg eerder in werking is getreden, het woord sociaal-fiscaalnummer wordt vervangen door een formulering die rekening houdt met de omzetting van dat nummer in het burgerservicenummer.

Artikel VIII

Dit artikel op zijn beurt beoogt te regelen dat de artikelen 69 en 70 van de Zvw nog worden aangepast als de Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg na deze wet in werking treedt.

Artikel X

Voorzien is in inwerkingtreding van deze wet op de dag na die van haar bekendmaking. Voor artikel I, onderdelen C en I, en artikel III is gekozen voor vaststelling van de inwerkingtreding bij koninklijk besluit. Voor de eerstgenoemde onderdelen wordt daarbij gedacht aan 1 januari 2008. Artikel I, onderdeel F, wat betreft het voorgestelde artikel 69, zesde lid, Zvw, en onderdeel G, werken terug tot en met 1 januari 2006. Voor artikel III is vanwege de uitvoering door de Belastingdienst gekozen voor terugwerkende kracht tot en met 1 januari 2007.

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