

## Wijziging Regeling zorgverzekering

*Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 13 oktober 2005, nr. ZNV-2619300, houdende wijziging van de Regeling zorgverzekering ter zake van de uitvoering van de Zorgverzekeringswet*

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
Handelende in overeenstemming met de Minister en de Staatssecretaris van Financiën en de Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid;  
Gelet op de artikelen 38, 39, vierde lid, 40, vijfde, tiende en elfde lid, 42, 43, tweede lid, 45, tweede en vierde lid, 46, eerste lid, 47, 52, 59, 69, tweede en vijfde lid, 70, elfde lid, 106, 118, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet;

Besluit:

### Artikel 1

In de Regeling zorgverzekering worden de volgende wijzigingen aangebracht:

#### A

Artikel 1 wordt gewijzigd als volgt:

1. In onderdeel d wordt 'een specialité dat' gewijzigd in: een specialité die.
2. In onderdeel k wordt 'een geneesmiddel die' gewijzigd in: een geneesmiddel dat.
3. In onderdeel o wordt 'landelijke' gewijzigd in: landelijk.
4. Aan het artikel worden, onder verving van de punt aan het slot door een puntkomma, drie onderdelen toegevoegd, luidende:
  - s. een rekening-courant: een rekening in de centrale administratie van 's rijks schatkist bij het ministerie van Financiën op naam van een rekening-couranthouder, waarop dagelijks het geldelijk tegoed (positief of negatief) wordt bijgehouden van de betrokken rekening-couranthouder bij het Rijk en de mutaties in het tegoed;
  - t. de rekening-couranthouder: het College zorgverzekeringen;
  - u. Euribor: de dagelijks door de European Banking Federation vastgestelde rente waartegen op de geldmarkt interbancair deposito's in euro's van verschillende looptijden worden aangeboden in landen waar de euro betaalmiddel is.
5. Na het plaatsen van het cijfer 1 voor de tekst van het artikel wordt een tweede lid toegevoegd, luidende:
  2. Voor de toepassing van deze regeling wordt onder mogendheid mede verstaan de Nederlandse Antillen en Aruba.

#### B

Artikel 2.38 wordt gewijzigd als volgt:

1. In het tweede lid wordt 'per twaalf maanden' vervangen door: per kalenderjaar.
2. Het derde lid vervalt en het vierde lid wordt vernummerd tot derde lid.

#### C

Na artikel 3.17 en voor de aanhef van Hoofdstuk 4 wordt een nieuw artikel ingevoegd, luidende:

#### Artikel 3.18

1. De zorgverzekeraar neemt in ieder geval in zijn uitvoeringsverslag op:
  - a. het profiel, de organisatiestructuur en het gevoerde en voorgenomen beleid bij de uitvoering van de Zvw;
  - b. de wijze waarop hij uitvoering geeft aan de zorgplicht;
  - c. de wijze waarop hij uitvoering geeft aan de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie;
  - d. de wijze waarop hij de afhandeling van klachten van de verzekerden heeft georganiseerd alsmede de resultaten daarvan;
  - e. de wijze waarop hij uitvoering geeft aan gedragscodes waaraan hij zich heeft verbonden;
  - f. algemene gegevens over de honorering van directie en bestuur van de zorgverzekeraar voor de uitvoering van de Zvw;
  - g. gegevens over zijn relaties met de aanbieders van zorg en de wijze waarop hij stuurt op de kwaliteit van door hen geleverde zorg.
2. Het uitvoeringsverslag wordt, voor zover het gaat om de in het vorige lid genoemde aspecten, ingericht overeenkomstig een door het College toezicht beschikbaar te stellen model.

#### D

Hoofdstuk 4 komt te luiden als volgt:

### Hoofdstuk 4. Bepalingen omtrent het Zorgverzekeringsfonds

#### Artikel 4.1

De reserve, bedoeld in artikel 39, vierde lid, van de Zorgverzekeringswet wordt vastgesteld op nihil.

#### Artikel 4.2

In de centrale administratie van 's rijks schatkist wordt een rekening-courant geopend op naam van het College zorgverzekeringen ten behoeve van de financiële middelen van het Zorgverzekeringsfonds op grond van artikel 40, tweede lid, van de Zorgverzekeringswet.

#### Artikel 4.3

1. De betaalrekeningen van het College zorgverzekeringen bij in Nederland gevestigde banken worden door het Ministerie van Financiën in overeenstemming met de betrokken banken opgenomen in concernverband met betaalrekeningen van 's rijks schatkist bij die banken.
2. Dagelijks op nader in overleg met de betrokken banken te bepalen tijdstippen worden de op de betaalrekeningen van het College zorgverzekeringen voorkomende positieve saldi overgeboekt naar 's rijks schatkist, dan wel worden voorkomende negatieve saldi aangevuld vanuit 's rijks schatkist. De hiermee samenhangende mutaties op de betaalrekeningen worden door het Ministerie van Financiën ten gunste dan wel ten laste van de rekening-courant, bedoeld in artikel 4.2, geboekt.
3. Het Ministerie van Financiën sluit met het College zorgverzekeringen een overeenkomst ter uitwerking van het gebruik van de rekening-courant.
4. In de overeenkomst, bedoeld in het derde lid, worden afspraken vastgelegd over de wederzijdse informatievoorziening tussen enerzijds het Ministerie van Financiën en anderzijds het College zorgverzekeringen en kan bij wijze van uitzondering afgesproken worden om een betaalrekening buiten het concernverband als bedoeld in het eerste lid te houden.

#### Artikel 4.4

1. Ten gunste van de rekening-courant, bedoeld in artikel 4.2, worden door het Ministerie van Financiën tevens geboekt:
  - a. de bijdragen van het Rijk aan de rekening-couranthouder ten behoeve van het Zorgverzekeringsfonds;
  - b. de afdrachten van de door de rijksbelastingdienst geïnde bijdragen aan de rekening-couranthouder ten behoeve van het Zorgverzekeringsfonds;
  - c. de creditrente, bedoeld in artikel 4.5, vierde lid.
2. Ten laste van de rekeningen-courant, bedoeld in artikel 4.2, wordt door het Ministerie van Financiën tevens geboekt de debetrente, bedoeld in artikel 4.5, vierde lid.
3. De boekingen, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, worden door het Ministerie van Financiën van valutadata voorzien, zodanig dat deze data overeenkomen met de gemiddelde data waarop de bijdragen door de rijksbelastingdienst worden geïnd.

#### Artikel 4.5

1. Over het dagelijkse creditsaldo van de rekening-courant wordt door de Minister van Financiën een rente vergoed die gelijk is aan het 12-maands Euribor van de desbetreffende dag.

2. Over het dagelijkse debetsaldo van de rekening-courant wordt door de rekening-courant houder een rente betaald die gelijk is aan het 1-maands Euribor.

3. De Minister van Financiën deelt het geldende rentepercentage schriftelijk aan de rekening-courant houder mee.

4. De rente wordt jaarlijks achteraf, met valutatatum 31 december van het jaar waarop de renteberekening betrekking heeft, ten gunste respectievelijk ten laste van de rekening-courant geboekt. Daartoe stelt de Minister van Financiën een rentenota op.

#### Artikel 4.6

De rekening-courant houder is bevoegd een bedrag van ten hoogste € 2,5 miljoen buiten de rekening-courant te houden.

E

Hoofdstuk 5 komt te luiden als volgt:

### **Hoofdstuk 5. Bepalingen omtrent de inkomensafhankelijke bijdrage**

#### Artikel 5.1

Het bijdrage-inkomen, bedoeld in artikel 42 van de Zorgverzekeringswet, dat voor de heffing van de inkomensafhankelijke bijdrage, bedoeld in artikel 41 van die wet, ten hoogste in aanmerking wordt genomen, wordt vastgesteld op € 30 015.

#### Artikel 5.2

1. Het percentage, bedoeld in artikel 45, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet wordt vastgesteld op 6,50.

2. In afwijking van het eerste lid bedraagt het bijdragepercentage:

a. over belastbaar loon uit tegenwoordige dienstbetrekking overeenkomstig de wettelijke bepalingen van de Wet op de loonbelasting 1964, van een verzekeringsplichtige, voor zover dat wordt ontvangen op grond van een arbeids-overeenkomst als bedoeld in artikel 396, eerste lid, van het Wetboek van Koophandel, 4,40;

b. over bijdrage-inkomen waarover geen recht bestaat op de vergoeding van de verschuldigde inkomensafhankelijke bijdrage door de inhoudingsplichtige, bedoeld in artikel 46, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet, met uitzondering van een uitkering op grond van de Algemene Ouderdomswet, 4,40;

c. over belastbare periodieke uitkeringen of verstrekkingen op grond van een rechtstreeks uit het familierecht voortvloeiende verplichting als bedoeld in artikel 3.101, eerste lid, onderdeel b, van de Wet inkomstenbelasting 2001, tenzij artikel 11, eerste lid, onderdeel g,

van het Uitvoeringsbesluit loonbelasting 1965 toepassing vindt, indien deze periodieke uitkering of verstrekking ook in 2005 is genoten, nihil.

3. Ingeval het bijdrage-inkomen meer bedraagt dan het maximumbedrag, bedoeld in artikel 5.1, en is samengesteld uit bestanddelen waarover een verschillend bijdragepercentage is verschuldigd, worden de bestanddelen zodanig toegerekend dat het bijdragepercentage van 6,50 het eerste in aanmerking wordt genomen, vervolgens het bijdragepercentage van 4,40 en ten slotte het nihil-bijdragepercentage.

#### Artikel 5.3

De inkomsten, bedoeld in artikel 45, vierde lid, van de Zorgverzekeringswet, betreffen voor het berekenen van de bijdragepercentages die met ingang van 1 januari 2006 gelden:

- a. het geraamde totaalbedrag aan nominale rekenpremies, bedoeld in artikel 1, onderdeel g, van het Besluit zorgverzekering, dat in 2006 aan de zorgverzekeraars zal worden betaald;
- b. het geraamde totaalbedrag dat de zorgverzekeraars in 2006 van hun verzekeren zullen ontvangen ten gevolge van een door hen vast te stellen opslag op de in onderdeel a bedoelde rekenpremie;
- c. het negatieve, geraamde totaalbedrag aan no-claimteruggave dat over het kalenderjaar 2006 aan de verzekeren zal worden betaald;
- d. de rijksbijdrage, bedoeld in artikel 54 van de Zorgverzekeringswet, die voor het kalenderjaar 2006 aan het Zorgverzekeringsfonds wordt toegevoegd;
- e. het geraamde totaalbedrag aan inkomensafhankelijke bijdragen als bedoeld in artikel 43 van de Zorgverzekeringswet, die over 2006 geheven zullen worden.

#### Artikel 5.4

Als loon, bedoeld in artikel 46, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet wordt aangewezen:

a. loon uit tegenwoordige dienstbetrekking overeenkomstig de wettelijke bepalingen van de Wet op de loonbelasting 1964, met uitzondering van de genoten beloning, bedoeld in artikel 4, onderdeel f, van die wet;

b. tot de eerste dag van de kalendermaand volgende op de maand waarin de verzekeringsplichtige de leeftijd van 65 jaar bereikt: loon uit vroegere arbeid overeenkomstig de wettelijke bepalingen van de Wet op de loonbelasting 1964, met uitzondering van:

1°. uitkeringen ingevolge een pensioenregeling of regeling voor vervroegde uittreding als bedoeld in de Wet op de loonbelasting 1964, niet zijnde een uitkering ingevolge een regeling voor vervroegde uittreding die vóór 1 januari 2006 is ingegaan en op grond waarvan de uitkeringsgerechtigde ingevolge arti-

kel 1, onderdeel g, van het Aanwijzingsbesluit verzekerden Zfw verzekerd was ingevolge de Ziekenfondswet;

2°. uitkeringen of pensioenen krachtens of vanwege een pensioenregeling als bedoeld in artikel 2, eerste lid, onder c en d, van de Toeslagwet Indonesische Pensioenen 1956, het Pensioenreglement Nederlands Nieuw Guinea (Gouvernementsblad van Nederlands Nieuw Guinea 1958, 83), de Wet aanpassing Pensioenvoorziening Bijstandskorps, de Garantiewet Surinaamse Pensioenen en de Toeslagregeling pensioenen Suriname en Nederlandse Antillen, en

3°. inkomsten als bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdelen a, d, f, i, j, k en l van het Uitvoeringsbesluit loonbelasting 1965.

#### Artikel 5.5

Een bedrag dat in aanmerking is genomen als bijdrage-inkomen in de zin van artikel 43, eerste lid, onderdeel a, van de Zorgverzekeringswet wordt niet in aanmerking genomen als bijdrage-inkomen in de zin van artikel 43, eerste lid, onderdeel b, van die wet.

#### Artikel 5.6

Tot het bijdrage-inkomen, bedoeld in artikel 42 van de Zorgverzekeringswet, behoren niet:

a. uitkeringen ingevolge de socialezekerheidswetgeving van een andere mogendheid die zijn onderworpen aan premieheffing krachtens een wettelijke regeling inzake ziektekosten van die andere mogendheid;

b. ten aanzien van degene die verzekeringsplichtig is en die tevens werkzaamheden verricht of heeft verricht buiten Nederland: het gedeelte van het bijdrage-inkomen, waarop ingevolge een internationale regeling inzake sociale zekerheid die tussen Nederland en een of meer andere mogendheden van kracht is, de wetgeving van een andere mogendheid van toepassing is, of dat, bij gebreke van een internationale regeling, is onderworpen aan premieheffing krachtens een wettelijke regeling inzake ziektekosten van een andere mogendheid;

c. ten aanzien van degene die niet is uitgezonderd van de volksverzekeringen op grond van artikel 13, eerste lid, onderdeel a, artikel 13, tweede lid, onderdeel c, artikel 13, derde lid, onderdeel a, artikel 13, vierde lid, onderdeel c, artikel 14, eerste lid, onderdeel a, artikel 15, eerste lid, onderdelen a, b en c, sub 1°, of artikel 16, eerste lid, onderdeel a, van het Besluit uitbreiding en beperking kring verzekerden volksverzekeringen 1999 in verband met het verrichten van de in die artikelen bedoelde andere werkzaamheden: het belastbare loon uit de dienstbetrekking uit hoofde waarvan hij zou zijn uitgezonderd van de volksverzekeringen indien hij die andere werkzaamheden niet zou hebben verricht.

#### Artikel 5.7

1. Ten aanzien van de persoon die gedurende een gedeelte van het kalenderjaar niet verzekeringplichtig is ingevolge de Zorgverzekeringswet doch wel belastingplichtig is voor de inkomstenbelasting, wordt voor de bijdrageheffing bij wege van aanslag het bijdrage-inkomen naar tijdsevenredigheid afgeleid van het bijdrage-inkomen dat in aanmerking zou zijn genomen indien de verzekeringsplicht ingevolge de Zorgverzekeringswet volledig zou zijn samengevallen met de belastingplicht.

2. In afwijking in zoverre van het eerste lid wordt als bijdrage-inkomen geen hoger bedrag in aanmerking genomen dan het bijdrage-inkomen verminderd met het gedeelte daarvan waarop, ingevolge een internationale regeling inzake sociale zekerheid die tussen Nederland en een of meer andere mogendheden van kracht is, de wetgeving van een andere mogendheid van toepassing is, of dat, bij gebreke van een internationale regeling, is onderworpen aan premieheffing krachtens een wettelijke regeling inzake ziektekosten van een andere mogendheid.

#### Artikel 5.8

Ten aanzien van degene die gedurende een deel van het kalenderjaar anders dan door overlijden niet verzekeringplichtig is ingevolge de Zorgverzekeringswet, wordt voor de bijdrageheffing als bijdrage-inkomen in aanmerking genomen het bedrag dat naar tijdsevenredigheid is afgeleid van het bijdrage-inkomen dat op grond van artikel 43, tweede lid, van de Zorgverzekeringswet ten hoogste in aanmerking zou zijn genomen indien gedurende het gehele kalenderjaar sprake was geweest van verzekeringplicht, tenzij toepassing van de bepalingen in de Zorgverzekeringswet of van de overige bepalingen in deze regeling tot een lager bijdrage-inkomen leidt.

#### Artikel 5.9

Indien voor de heffing van de inkomensafhankelijke bijdrage bij wege van aanslag het heffingspercentage of het bijdrage-inkomen wordt bepaald door middel van tijdsevenredige vaststelling, wordt daarbij:

- a. een kalenderjaar op 360 dagen gesteld;
- b. een kalendermaand op 30 dagen gesteld;
- c. de dag waarop het tijdvak aanvangt, als een gehele dag in aanmerking genomen;
- d. de dag waarop het tijdvak eindigt, niet in aanmerking genomen.

#### Artikel 5.10

De in artikel 4.2 genoemde rekening-courant wordt:

- a. gecrediteerd voor de in de maandverantwoording van de rijksbelastingdienst opgenomen bedragen ter zake van de

ten behoefte van het Zorgverzekeringsfonds geïnde en terugbetaalde bijdragen; b. gecrediteerd of gedebiteerd voor de correctieboekingen.

#### Artikel 5.11

1. De ontvangsten per bijdragejaar van de combineerde heffing van de loonbelasting, de premies voor de sociale verzekeringen en de bijdrage voor de Zorgverzekeringswet alsmede op looninkomsten betrekking hebbende naheffingsaanslagen, heffings- en invorderingsrente en boeteontvangsten worden uitgesplitst in een voor de afdracht vastgesteld verdeelpercentage per bijdragejaar.

2. Het verdeelpercentage in het eerste lid wordt maandelijks per bijdragejaar opnieuw berekend op basis van het relatieve aandeel van de bijdragen Zorgverzekeringswet in alle ontvangen collectieve aangiften en opgelegde naheffingen.

3. Alle ontvangen gelden over het bijdragejaar worden verdeeld op basis van het verdeelpercentage, bedoeld in het eerste lid. De mutatie ten opzichte van de vorige periode vormt het af te dragen bedrag.

4. Een jaar na afloop van het bijdragejaar wordt het verdeelpercentage voor het betreffende bijdragejaar definitief vastgesteld. Dit percentage wordt gehanteerd voor alle betalingen die daarna binnenkomen.

#### Artikel 5.12

1. De betalingen voor de overige inkomensafhankelijke bijdragen overeenkomstig artikel 49, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet worden maandelijks vastgesteld.

2. De onder het eerste lid genoemde betalingen zijn inclusief de eventuele heffings- en invorderingsrente en boeteontvangsten.

#### F

Hoofdstuk 6 komt te luiden als volgt:

### **Hoofdstuk 6. Het College zorgverzekeringen**

#### **§ 1. Vergoedingen en rechtspositie leden College zorgverzekeringen**

##### Artikel 6.1.1

De leden van het College zorgverzekeringen ontvangen een vaste vergoeding. De leden van door het College zorgverzekeringen ingestelde commissies ontvangen een vergoeding per vergadering.

##### Artikel 6.1.2

1. De vaste vergoeding van de voorzitter van het College zorgverzekeringen is gelijk aan het salaris van Directeur-Generaal van departementen van Algemeen bestuur op grond van bijlage A van het Bezoldigingsbesluit Burgerlijke

Rijksambtenaren 1984, afgestemd op een arbeidsduur van gemiddeld 21,6 uren per week.

2. De voorzitter van het College zorgverzekeringen heeft aanspraak op een vakantie-uitkering en een eindejaarsuitkering. De bepalingen van het Bezoldigingsbesluit Burgerlijke Rijksambtenaren 1984 betreffende de vakantie-uitkering en de eindejaarsuitkering zijn van overeenkomstige toepassing. Indien in afwijking van het Bezoldigingsbesluit Burgerlijke Rijksambtenaren 1984 voor de sector Rijk een andere regeling wordt overeengekomen, is de laatste regeling van overeenkomstige toepassing.

3. De voorzitter van het College zorgverzekeringen heeft aanspraak op een tegemoetkoming voor het afsluiten van een zorgverzekering voor zover dat geregeld is voor het rijkspersoneel en vergoeding van redelijkerwijs uit hoofde van hun functie te maken kosten.

##### Artikel 6.1.3

1. De vaste vergoeding van de andere leden van het College zorgverzekeringen is gelijk aan het salaris van Directeur-generaal van departementen van Algemeen bestuur op grond van bijlage A van het Bezoldigingsbesluit Burgerlijke Rijksambtenaren 1984, afgestemd op een arbeidsduur van gemiddeld 7,2 uren per week.

2. Indien een lid van het College zorgverzekeringen met een bijzondere taak wordt belast waardoor de gemiddelde arbeidsduur 7,2 uren per week overtreft, kan de vaste vergoeding worden verduubeld, waarbij de hoogte afhankelijk is van de gemiddelde extra arbeidsduur.

3. De andere leden van het College zorgverzekeringen hebben aanspraak op vergoeding van redelijkerwijs uit hoofde van hun functie te maken kosten.

##### Artikel 6.1.4

1. De leden van door het College zorgverzekeringen ingestelde commissies, niet zijnde bestuursleden van het College zorgverzekeringen, ontvangen voor het bijwonen van vergaderingen per dagdeel waarin wordt vergaderd een vergoeding van € 190,59.

2. Voor de toepassing van het eerste lid wordt onder dagdeel verstaan de delen van de dag waarvan het eerste aanvangt op het tijdstip van aanvang van de eerste bijgewoonde vergadering en het tweede en derde aanvangen nadat vanaf dat tijdstip vijf respectievelijk tien uren zijn verstreken.

3. In afwijking van het eerste lid kan het College zorgverzekeringen ten behoeve van leden van een commissie een hogere vergoeding vaststellen. Deze vergoeding behoeft vooraf de toestemming van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

#### Artikel 6.1.5

1. Indien de som van de vaste vergoeding en andere inkomsten die een voorzitter of een ander lid van het College zorgverzekeringen ontvangt uit hoofde van het vervullen van een of meer functies waaraan bezoldiging uit een openbare kas of uit een van overheidswege gesubsidieerde kas is verbonden, per maand meer bedraagt dan de bezoldiging van respectievelijk een minister of een staatssecretaris, wordt de vaste vergoeding vermindert met dat meerdere.

2. Van het genieten van inkomsten die leiden tot de toepasselijkheid van het eerste lid, doet het betrokken lid terstond mededeling aan het College zorgverzekeringen.

#### Artikel 6.1.6

1. De vergoeding, bedoeld in artikel 6.1.4 wordt, ingeval het lid gebruik maakt van een eigen vervoermiddel en zijn woonhuis is gelegen in een gemeente die meer dan 10 kilometer is verwijderd van de gemeente waarin de vergadering wordt gehouden, vermeerderd met een vergoeding van € 0,27 voor elke afgelegde kilometer.

2. De vergoeding bedoeld in artikel 6.1.4 wordt, ingeval het lid gebruik maakt van een openbaar vervoermiddel en zijn woonhuis is gelegen in een gemeente die meer dan 10 kilometer is verwijderd van de gemeente waarin de vergadering wordt gehouden, vermeerderd met:

- de kosten voor een retourbiljet (1e klasse) van het gebruikte openbaar vervoer;
- de gemaakte kosten voor plaatselijk vervoer in de gemeente, waarin de vergadering wordt gehouden.

#### Artikel 6.1.7

1. Indien een lid van het College zorgverzekeringen tussentijds wordt ontslagen, anders dan op eigen verzoek en anders dan als gevolg van eigen schuld of toedoen, heeft deze aanspraak op een uitkering ten laste van het College zorgverzekeringen. De uitkering wordt toegekend voor een periode gelijk aan het tijdvak waarin betrokkene zonder onderbreking als lid van het College voor zorgverzekeringen benoemd is geweest, doch niet langer dan tot het einde van de voorziene benoemingstermijn of, indien eerder, tot de betrokkene de leeftijd van 65 jaar bereikt of komt te overlijden. De uitkering bedraagt gedurende het eerste jaar 80% en vervolgens 70% van de als bestuurslid van het College zorgverzekeringen genoten vergoeding. De inkomsten die betrokkene geniet uit of in verband met arbeid of bedrijf en die niet reeds werden genoten voor het ontslag worden met de uitkering verrekend.

2. Indien een lid van het College zorgverzekeringen niet wordt herbenoemd na ommekomst van de benoemingster-

mijn heeft deze geen aanspraak op een eenmalige of periodieke uitkering, in welke vorm dan ook, ten laste van het College zorgverzekeringen of de Staat.

#### Artikel 6.1.8

In bijzondere gevallen en op verzoek van een lid van het College zorgverzekeringen kan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voor een lid:

- in afwijking van de artikelen 6.1.1, 6.1.2 en 6.1.3 in plaats van een vaste vergoeding een schadeloosstelling vaststellen, waarvan de hoogte is gerelateerd aan de hoogte van de vaste vergoeding, of
- artikel 6.1.5, eerste lid, buiten toepassing verklaren.

### § 2. Subsidies ten laste van het Zorgverzekeringsfonds

#### § 2.1. Algemene subsidiebepalingen

##### § 2.1.1. Begrippen en algemene bepalingen

#### Artikel 6.2.1

In hoofdstuk 6.2 wordt verstaan onder:

- instelling: een privaatrechtelijke rechtspersoon met volledige rechtsbevoegdheid, dan wel een rechtspersoon krachtens publiekrecht ingesteld;
- project: een activiteit met een incidenteel karakter;
- instellingssubsidie: een subsidie aan een instelling in de kosten van haar structurele activiteiten of een gedeelte daarvan;
- projectsubsidie: een subsidie in de kosten van een project;
- ondersteuningssubsidie: een instellingssubsidie van ten hoogste € 11 344,51 in een gering deel van de totale kosten van het algemeen functioneren van een instelling.

#### Artikel 6.2.2

1. Het College zorgverzekeringen verstrekt op grond van deze regeling subsidies voor de in dit hoofdstuk, onder paragraaf 2.2, aangegeven doeleinden die ten laste komen van het zorgverzekeringsfonds.

2. Het aanvragen van de subsidie en de subsidie vaststelling alsmede het nemen van besluiten met betrekking tot subsidies geschiedt overeenkomstig de in deze regeling gestelde regels.

#### Artikel 6.2.3

1. Subsidie wordt slechts verstrekt indien:

- naar het oordeel van het College zorgverzekeringen mag worden verwacht dat de met de subsidiëring beoogde doeleinden zullen worden bereikt,
- de aanvrager naar het oordeel van het College zorgverzekeringen de behoefte aan subsidie heeft aangetoond, en
- de aanvrager aannemelijk heeft gemaakt dat de financiële middelen met inbegrip van subsidie voldoende zullen

zijn om de voorgenomen activiteiten uit te voeren.

2. Het eerste lid, onderdelen b en c, zijn niet van toepassing op rechtspersonen krachtens publiekrecht ingesteld.

#### § 2.1.2. Berekeningswijze instellingssubsidie

#### Artikel 6.2.4

Een instellingssubsidie bestaat uit een door het College zorgverzekeringen vast stellen bedrag voor overeenkomstig een door het College zorgverzekeringen goedgekeurd activiteitenplan uitgevoerde activiteiten.

#### Artikel 6.2.5

1. Het bedrag, bedoeld in artikel 6.2.4 wordt verlaagd met het bedrag waarmee het maximaal toegestane bedrag van de in artikel 6.2.23 bedoelde reservering wordt overschreden.

2. Het eerste lid is niet van toepassing op een ondersteuningssubsidie.

#### Artikel 6.2.6

Baten en lasten die door middel van interne doorberekeningen worden toegerekend, worden bepaald op bedrijfseconomische en maatschappelijk aanvaardbare grondslagen. Voor zover hierin lasten zijn begrepen van materiële vaste activa, worden deze lasten op basis van aanschaffingsprijzen van die activa berekend.

#### § 2.1.3. Berekeningswijze projectsubsidies

#### Artikel 6.2.7

Een projectsubsidie bestaat uit het verschil tussen de met de gesubsidieerde activiteiten samenhangende en met in achtneming van de ingevolge deze regeling in aanmerking komende werkelijke lasten, voor zover opgenomen in de door het College zorgverzekeringen goedgekeurde begroting, en de met de gesubsidieerde activiteiten samenhangende baten. De subsidie bedraagt niet meer dan het door het College zorgverzekeringen vastgestelde maximum.

#### § 2.1.4. Modellen en formulieren

#### Artikel 6.2.8

Het College zorgverzekeringen stelt voor de subsidies in deze regeling de volgende modellen en formulieren vast:

- een formulier voor de aanvraag van subsidie,
- een model voor het projectplan,
- een model voor de begroting,
- een model voor het activiteitenplan,
- een model voor het activiteitenverslag,
- een controleprotocol,
- een model accountantsverklaring, en
- een formulier voor de aanvraag van de vaststelling van de subsidie.

### § 2.1.5. Aanvraag van een instellings-subsidie

#### Artikel 6.2.9

1. De instelling die voor haar activiteiten of een gedeelte daarvan in een jaar een instellingssubsidie verlangt, dient uiterlijk dertien weken vóór de aanvang van het desbetreffende jaar een subsidieaanvraag in. De aanvraag wordt onderbouwd met een activiteitenplan en een begroting en gaat, indien de liquiditeitsbehoefte niet regelmatig gespreid is over het jaar, vergezeld van een liquiditeitsprognose.
2. In het activiteitenplan worden de aard en de omvang van de voorgenomen activiteiten beschreven. Daarbij wordt aangegeven welke doelstelling de instelling met de activiteiten nastreeft, op welke wijze zij zullen worden uitgevoerd en voor welke doelgroep zij zijn bestemd.
3. De begroting geeft inzicht in de baten en lasten van de activiteiten van dat jaar. De begroting is voorzien van een postgewijze toelichting. Daarbij wordt uitgegaan van het prijspeil en van het niveau van de kosten van de arbeidsvoorwaarden op het moment van indiening van de aanvraag. In geval van een privaatrechtelijke rechtspersoon bevat de begroting tevens zowel de baten en lasten van de instelling als geheel als de baten en lasten van elk te onderscheiden onderdeel van de instelling.
4. De liquiditeitsprognose geeft gemotiveerd inzicht in het verloop van de liquiditeitsbehoefte van de activiteiten per kalenderkwartaal.
5. Het College zorgverzekeringen kan ontheffing verlenen van de in het eerste lid genoemde aanvraagtermijn.

#### Artikel 6.2.10

1. Bij de aanvraag van een instellings-subsidie door een privaatrechtelijke rechtspersoon worden tevens overgelegd:
  - a. een afschrift van de oprichtingsakte of de statuten,
  - b. een afschrift waaruit de inschrijving van de instelling in het geldende openbaar register blijkt,
  - c. een volledig overzicht van de financiële toestand van de instelling op het tijdstip van de aanvraag, en
  - d. indien de aanvraag is ondertekend door een of meer andere personen dan de personen die op grond van de statuten bevoegd zijn de instelling te vertegenwoordigen: een afschrift van de volmacht op grond waarvan de aanvraag door die andere persoon of personen is ondertekend.
2. Voor zover de aanvrager voor dezelfde begrote uitgaven tevens subsidie of een andere financiële bijdrage heeft aangevraagd bij andere bestuursorganen of organisaties, doet hij daarvan mededeling in de aanvraag, onder vermelding

van de stand van zaken met betrekking tot de beoordeling van die aanvraag of aanvragen.

3. Overlegging van de in het eerste lid bedoelde afschriften kan achterwege blijven, indien de aanvrager er redelijkerwijs van uit kan gaan dat deze gegevens aan het College zorgverzekeringen bekend zijn.

### § 2.1.6. Aanvraag van een projectsubsidie

#### Artikel 6.2.11

1. Het College zorgverzekeringen kan projectsubsidies verlenen die zich uitstrekken over meer dan een kalenderjaar.
2. De natuurlijke persoon of rechtspersoon die subsidie voor een bepaald project verlangt, dient ten minste dertien weken vóór de aanvang van het project een aanvraag in. De aanvraag wordt onderbouwd met een projectplan en een begroting en gaat vergezeld van een liquiditeitsprognose.
3. In het projectplan worden de aard en de omvang van de voorgenomen activiteiten beschreven. Daarbij wordt aangegeven welke doelstelling de aanvrager met de activiteiten nastreeft en op welke wijze die zullen worden uitgevoerd.
4. De begroting geeft inzicht in de baten en lasten van het project. De begroting is voorzien van een postgewijze toelichting. Daarbij wordt uitgegaan van het prijspeil en van het niveau van de kosten van de arbeidsvoorwaarden op het moment van indiening van de aanvraag.
5. De liquiditeitsprognose geeft gemotiveerd inzicht in het verloop van de liquiditeitsbehoefte van de activiteiten per maand. De liquiditeitsprognose kan achterwege blijven als de liquiditeitsbehoefte regelmatig gespreid is over de duur van het project.
6. In afwijking van het tweede lid kan het College zorgverzekeringen bepalen dat aanvragen voor projecten op bepaalde terreinen vóór een of meer door hem vastgestelde data worden ingediend.
7. Het College zorgverzekeringen kan ontheffing verlenen van de in het tweede of zesde lid bedoelde aanvraagtermijn.

#### Artikel 6.2.12

1. Bij de aanvraag van de subsidie door een privaatrechtelijke rechtspersoon worden tevens overgelegd:
  - a. een afschrift van de oprichtingsakte of de statuten,
  - b. een afschrift waaruit de inschrijving van de instelling in het geldende openbaar register blijkt, en
  - c. indien de aanvraag is ondertekend door een of meer andere personen dan de personen die op grond van de statuten bevoegd zijn de instelling te vertegenwoordigen: een afschrift van de volmacht op grond waarvan de aanvraag door die andere persoon of personen is ondertekend.

2. Voor zover de aanvrager voor dezelfde begrote uitgaven tevens subsidie of een andere financiële bijdrage heeft aangevraagd bij andere bestuursorganen, doet hij daarvan mededeling in de aanvraag, onder vermelding van de stand van zaken met betrekking tot de beoordeling van die aanvraag of aanvragen.
3. Overlegging van in het eerste lid bedoelde afschriften kan achterwege blijven, indien de aanvrager er redelijkerwijs van uit kan gaan dat deze gegevens bij het College zorgverzekeringen bekend zijn.

#### Artikel 6.2.13

1. Het College zorgverzekeringen kan een aanvrager of een categorie aanvragers tevens verplichten tot het overleggen van een volledig overzicht van de financiële toestand van de instelling op het tijdstip van de aanvraag.
2. Het eerste lid is niet van toepassing indien een rechtspersoon, krachtens publiekrecht ingesteld, een projectsubsidie aanvraagt.

### § 2.1.7. Subsidieverlening en bevoorschotting

#### Artikel 6.2.14

Het College zorgverzekeringen geeft een beschikking op een aanvraag binnen dertien weken na ontvangst van de aanvraag.

#### Artikel 6.2.15

1. Nadat een subsidieaanvraag is ingediend, kan het College zorgverzekeringen voorschotten verlenen. Daarbij wordt rekening gehouden met de liquiditeitsbehoefte.
2. Het College zorgverzekeringen verstrekt, indien de liquiditeitsbehoefte regelmatig is gespreid, de volgende voorschotten op een verleende instellings-subsidie: in januari 15%, februari 7%, maart 7%, april 7%, mei 15%, juni 7%, juli 7%, augustus 7%, september 3%, oktober 11%, en november 14% van het voor het desbetreffende jaar verleende bedrag.
3. Indien het College zorgverzekeringen voorschotten verstrekt voordat hij de beschikking tot subsidieverlening heeft gegeven, worden de percentages, bedoeld in het tweede lid, tot de datum van subsidieverlening, toegepast op het voor het voorgaande jaar verleende bedrag, in voorkomende gevallen bijgesteld overeenkomstig door het College zorgverzekeringen gegeven beschikkingen. Zodra de beschikking tot subsidieverlening voor het lopende jaar is gegeven, wordt het bedrag dat, gezien het in die beschikking verleende bedrag, te veel of te weinig is bevoorschot, zo spoedig mogelijk verrekend of door de subsidieaanvrager terugbetaald, onderscheidenlijk door het College zorgverzekeringen betaald.

4. Indien aannemelijk is dat er teveel is bevoorschot, kan het College zorgverzekeringen een bedrag vaststellen dat de subsidieontvanger aan hem dient te betalen binnen de bij die vaststelling genoemde termijn. Het College zorgverzekeringen kan het bedrag op andere wijze verrekenen.

#### Artikel 6.2.16

1. Bij de verlening van een subsidie kan het College zorgverzekeringen bepalen dat het subsidiebedrag door hem wordt bijgesteld, rekeninghoudend met de ontwikkeling van het prijspeil of de ontwikkeling in de kosten van de arbeidsvoorwaarden.

2. Met het oog op de toepassing van het eerste lid kan het College zorgverzekeringen bij de verlening van de subsidie tevens bepalen welk deel van het subsidiebedrag in aanmerking zal worden genomen voor een bijstelling in verband met de ontwikkeling van het prijspeil, onderscheidenlijk van de kosten van de arbeidsvoorwaarden.

3. Indien een subsidie met toepassing van het eerste lid wordt bijgesteld, kan de bevoorschotting overeenkomstig worden gewijzigd.

### § 2.1.8. Verplichtingen van de subsidieontvanger

#### Artikel 6.2.17

De subsidieontvanger zorgt ervoor dat:

- de doeleinden, gesteld in het activiteitenplan dan wel het projectplan, op doelmatige wijze worden nagestreefd,
- de werkzaamheden op een zodanige manier worden geregeld dat een goed beleid en beheer worden gevoerd, en
- de subsidie op doelmatige wijze wordt gebruikt voor de doeleinden waarvoor deze wordt verleend.

#### Artikel 6.2.18

De subsidieontvanger zorgt er voorts voor:

- dat de administratie op overzichtelijke en doelmatige wijze wordt gevoerd,
- dat de administratie een juist, volledig en actueel beeld geeft van het functioneren van de instelling, en
- dat van alle ontvangsten en uitgaven deugdelijke bewijsstukken aanwezig zijn waaruit de aard en de omvang van de geleverde goederen of van de verrichte diensten duidelijk blijken.

#### Artikel 6.2.19

Bij instellingen die een instellingssubsidie ontvangen, is het boekjaar gelijk aan het kalenderjaar.

#### Artikel 6.2.20

1. De subsidieontvanger doet zo spoedig mogelijk schriftelijk mededeling aan het College zorgverzekeringen van omstandigheden die van belang kunnen zijn voor een beslissing tot wijziging, intrekking of vaststelling van de subsidie.

2. Het eerste lid is van toepassing in de situatie dat de feitelijke liquiditeitsbehoefte lager is dan de verleende voorschotten.

3. Bij een mededeling overeenkomstig dit artikel worden de relevante stukken overgelegd.

#### Artikel 6.2.21

1. De privaatrechtelijke rechtspersoon die een instellingssubsidie ontvangt, verzekert haar roerende en onroerende zaken op afdoende wijze tegen het risico van diefstal en brand alsmede tegen het risico van wettelijke aansprakelijkheid tegenover derden.

2. De ontvanger van een instellingssubsidie verzekert voor vrijwilligers die werkzaamheden verrichten in het kader van de gesubsidieerde activiteiten, hun wettelijke aansprakelijkheid.

3. Het College zorgverzekeringen kan op aanvraag ontheffing verlenen van het eerste of tweede lid.

4. Het College zorgverzekeringen kan het eerste of tweede lid van overeenkomstige toepassing verklaren op de ontvanger van een projectsubsidie.

#### Artikel 6.2.22

De subsidieontvanger stelt na afloop van de periode of het project waarvoor subsidie is verleend een verslag vast dat inzicht geeft in de aard, duur en omvang van de in het kader van de subsidiëring verrichte activiteiten. Het verslag vergeleekt de verrichte activiteiten met de in het activiteitenplan, onderscheidenlijk projectplan, voorgenomen activiteiten.

#### Artikel 6.2.23

1. Voor zover het bedrag van de verleende instellingssubsidie, zonder toepassing van de in artikel 6.2.5 bedoelde vermindering, na uitvoering van de gesubsidieerde activiteiten overeenkomstig de geldende verplichtingen, niet is besteed aan de doeleinden waarvoor het is verstrekt, wordt het gereserveerd.

2. Voor de berekening van het in het eerste lid bedoelde te reserveren bedrag wordt het totaal van de met de gesubsidieerde activiteiten samenhangende baten, bestaande uit de verleende instellingssubsidie en de gerealiseerde overige baten, verminderd met de lasten van de gesubsidieerde activiteiten. Deze uitkomst wordt toegerekend naar rato van de verleende instellingssubsidie en de, in de ingediende begroting opgenomen, met de gesubsidieerde activiteiten samenhangende, overige baten. Het te reserveren bedrag is het aan de instellingssubsidie toegerekende deel.

3. Toevoegingen aan voorzieningen als bedoeld in artikel 374, eerste lid, van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek, die samenhangen met de gesubsidieerde activiteiten, worden gerekend tot de lasten van de gesubsidieerde activiteiten, bedoeld in het tweede lid.

4. Indien in de ingediende begroting onder de met de gesubsidieerde activiteiten samenhangende baten een vrijgevalven voorziening is opgenomen, blijft deze buiten beschouwing bij de berekening van het te reserveren bedrag, bedoeld in het tweede lid.

5. De verplichting, bedoeld in het eerste lid, geldt niet voor de ontvanger van een ondersteuningssubsidie.

6. De in het eerste lid bedoelde reservering wordt uitsluitend besteed aan doeleinden waarvoor de subsidie werd verstrekt.

7. Het totaal van de in het eerste lid bedoelde reservering in enig jaar bedraagt ten hoogste 10% van het bedrag van de voor dat jaar verleende subsidie, zonder toepassing van de in artikel 6.2.15 bedoelde vermindering.

8. Toevoeging aan de in het eerste lid bedoelde reservering kan niet plaatsvinden als de in het eerste lid bedoelde reservering reeds 10% of meer van het voor dat jaar verleende subsidie betreft.

#### Artikel 6.2.24

Op de balans worden de voorzieningen, gesplitst naar hun aard, en de reservering opgenomen. In de toelichting op de balans worden de toevoegingen en de onttrekkingen aan de voorzieningen en reservering toegelicht.

#### Artikel 6.2.25

1. De subsidieontvanger draagt er zorg voor dat, behoudens schriftelijke toestemming van het College zorgverzekeringen, publicatie of het anderszins openbaar maken op grond van deze regeling gesubsidieerd onderzoek, delen of samenvattingen daarvan, niet plaatsheeft binnen drie maanden nadat deze aan het College zorgverzekeringen zijn voorgelegd.

2. Het College zorgverzekeringen is bevoegd om onderzoek, bedoeld in het eerste lid, desgewenst te voorzien van commentaar, één of meermalen te vernieuwen of te publiceren of anderszins openbaar te maken of te doen openbaar maken, met vermelding van de bron, zonder dat hiervoor enige vergoeding is verschuldigd.

3. De subsidieontvanger draagt er zorg voor dat de in het eerste lid bedoelde onderzoeksgegevens op verzoek van het College zorgverzekeringen onmiddellijk en kosteloos aan het College zorgverzekeringen of aan door het College zorgverzekeringen aangewezen natuurlijke personen of rechtspersonen beschikbaar worden gesteld.

4. Indien een gesubsidieerde activiteit leidt tot een publicatie, kan het College zorgverzekeringen bepalen dat de subsidieontvanger er zorg voor draagt dat bij de publicatie wordt aangegeven wie de uitvoerder en subsidiënt van het project zijn geweest.

5. Indien een subsidie gericht is of mede gericht is op de totstandkoming van een werk als bedoeld in artikel 10, subonderdeel 1, van de Auteurswet 1912, draagt de subsidieontvanger er zorg voor auteursrechthebbende te zijn ter zake van dat werk.

6. De subsidieontvanger vrijwaart de Staat der Nederlanden en het College zorgverzekeringen voor aanspraken van derden ter zake van alle schade die zij lijden ten gevolge van de door of vanwege de subsidieontvanger verrichte publicaties.

#### Artikel 6.2.26

Aan de subsidie kunnen verplichtingen als bedoeld in artikel 4:39 van de Algemene wet bestuursrecht worden verbonden.

#### Artikel 6.2.27

1. De subsidieontvanger is in de gevallen, genoemd in artikel 4:41, tweede lid, van de Algemene wet bestuursrecht, een vergoeding voor vermogensvorming verschuldigd.

2. Bij de bepaling van de hoogte van de vergoeding wordt uitgegaan van de waarde van de goederen en andere vermogensbestanddelen op het tijdstip waarop de vergoeding verschuldigd wordt, met dien verstande dat in geval van ontvangst van schadevergoeding voor verlies of beschadiging van zaken, wordt uitgegaan van het bedrag dat als schadevergoeding door de instelling wordt ontvangen. Indien het onroerende zaken betreft, geschiedt de waardebepaling door één of drie onafhankelijke deskundigen.

3. Toepassing van het eerste lid blijft achterwege indien de activiteiten van de subsidieontvanger, na toestemming van het College zorgverzekeringen, door een andere rechtspersoon worden voortgezet en de activa tegen boekwaarde aan die andere rechtspersoon in eigendom zijn overgedragen.

#### Artikel 6.2.28

1. De vergoeding die de instelling betaalt aan een organisatie die zich de ondersteuning van één of meer gesubsidieerde instellingen ten doel stelt, voor door die organisatie aan de instelling ter beschikking gestelde goederen, is niet hoger dan het bedrag dat op grond van de verkrijgingprijs of vervaardigingsprijs verminderd met de ontvangen investeringssubsidies en bestemmingsgiften berekend wordt, rekening houdend met de geldende afschrijvingspercentages.

2. De vergoeding die de instelling betaalt aan een organisatie die zich de ondersteuning van één of meer gesubsidieerde instellingen ten doel stelt, voor door die organisatie aan de instelling geleverde diensten, is indien het diensten betreft die in het algemeen door soortgelijke instellingen in eigen beheer worden verricht, niet hoger dan het

bedrag dat gelijk is aan de kosten die de instelling zou hebben gehad bij het verrichten van de diensten in eigen beheer.

3. De vergoeding die de instelling betaalt aan een organisatie die zich de ondersteuning van één of meer gesubsidieerde instellingen ten doel stelt, voor door die organisatie aan de instelling geleverde diensten, andere dan de in het tweede lid bedoelde diensten, is niet hoger dan het bedrag dat voor het doen verrichten van dergelijke diensten door andere organisaties gebruikelijk kan worden geacht.

#### Artikel 6.2.29

De subsidieontvanger die aan derden goederen ter beschikking stelt of voor derden diensten verricht, brengt daarvoor een vergoeding in rekening die ten minste kostendekkend is, tenzij het derden betreft voor wie de gesubsidieerde activiteiten bestemd zijn.

#### Artikel 6.2.30

1. De subsidieontvanger verstrekt aan de door het College zorgverzekeringen aangewezen ambtenaren of andere personen op hun verzoek alle bescheiden en inlichtingen die noodzakelijk zijn voor een juiste vervulling van hun taak. De bescheiden worden op één adres getoond en de inlichtingen, op verzoek, schriftelijk verstrekt. Indien de instelling slechts kan voldoen aan deze verplichting door inbreuk te maken op het recht van enig persoon op bescherming van zijn persoonlijke levenssfeer, verstrekt de instelling de verlangde gegevens op zodanige wijze dat deze niet tot personen herleidbaar zijn.

2. Ook anderszins wordt zoveel mogelijk medewerking verleend teneinde de door het College zorgverzekeringen aangewezen ambtenaren of andere personen in staat te stellen hun taak op een juiste wijze te vervullen.

3. De subsidieontvanger werkt mee aan door of namens het College zorgverzekeringen ingestelde onderzoeken die erop zijn gericht inlichtingen te verschaffen ten behoeve van de ontwikkeling van het beleid.

4. De subsidieontvanger machtigt de in artikel 6.2.35 bedoelde accountant overeenkomstig het eerste tot en met het derde lid te handelen.

#### Artikel 6.2.31

Indien bij het College zorgverzekeringen het vermoeden is gerezen dat artikel 6.2.28 niet is nageleefd, spant de subsidieontvanger zich desgevraagd in de jaarrekening van de desbetreffende organisatie over te leggen.

### § 2.1.9. De aanvraag tot subsidievaststelling

#### Artikel 6.2.32

1. Binnen zes maanden na afloop van de periode of het project waarvoor subsidie is verleend, dient de subsidieontvanger een aanvraag in voor de subsidievaststelling.

2. De aanvraag voor de subsidievaststelling gaat vergezeld van:

a. het verslag, bedoeld in artikel 6.2.22, b. de subsidiedeclaratie, bedoeld in artikel 6.2.33,

c. de jaarrekening, en

d. indien de aanvraag is ondertekend door een of meer andere personen dan de personen die op grond van de statuten bevoegd zijn de instelling te vertegenwoordigen: een afschrift van de volmacht op grond waarvan de aanvraag door die andere persoon of personen is ondertekend.

3. Een subsidiedeclaratie kan achterwege blijven indien de daarmee te verstrekken informatie reeds in de in te zenden jaarrekening is opgenomen.

4. De jaarrekening behoeft niet te worden ingezonden, indien het gaat om:

a. een projectsubsidie, of b. een subsidie aan een rechtspersoon krachtens publiekrecht ingesteld.

5. Het College zorgverzekeringen kan ontheffing en vrijstelling verlenen van de in het eerste lid genoemde aanvraagtermijn.

#### Artikel 6.2.33

De subsidiedeclaratie geeft een zodanig inzicht dat een verantwoord oordeel kan worden gevormd omtrent de aanwending en de besteding van de subsidie door de instelling en geeft de nodige informatie om de subsidie vast te stellen. De subsidiedeclaratie sluit aan op de indeling van de bij de subsidieaanvraag ingediende begroting. Belangrijke verschillen tussen declaratie en begroting worden toegelicht. In de subsidiedeclaratie van instellingsubsidies wordt de aansluiting tussen de subsidiedeclaratie en de jaarrekening toegelicht.

#### Artikel 6.2.34

1. De afdelingen 2 tot en met 8 van Titel 9 van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek zijn van overeenkomstige toepassing op de jaarrekening, met dien verstande dat de winst- en verliesrekening vervangen wordt door een exploitatierekening. Op deze rekening zijn de bepalingen omtrent de winst- en verliesrekening zoveel mogelijk van overeenkomstige toepassing. Bepalingen omtrent winst en verlies zijn van overeenkomstige toepassing op het exploitatiesaldo.

2. De grondslag voor de waardering van activa en passiva is de verkrijging- of vervaardigingsprijs verminderd met de ontvangen in vesteringssubsidies en bestemmingsgiften.

3. Het College zorgverzekeringen kan bepalen dat bepalingen van de in het eerste lid bedoelde Titel of onderdelen daarvan niet van toepassing zijn op bepaalde instellingen.

#### Artikel 6.2.35

1. De jaarrekening en de subsidiedeclaratie zijn ieder afzonderlijk voorzien van een verklaring van een accountant als bedoeld in artikel 393, eerste lid, van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek.

2. De jaarrekening of de subsidiedeclaratie gaat vergezeld van een rapportage omtrent de naleving van de subsidiebepalingen door de subsidieontvanger, opgesteld door de accountant overeenkomstig een door het College zorgverzekeringen vast te stellen protocol.

3. De subsidieontvanger draagt er zorg voor dat de accountant meewerkt aan door of namens het College zorgverzekeringen in te stellen onderzoeken naar de door de accountant verrichte werkzaamheden. Voor de aan dit onderzoek verbonden kosten wordt geen subsidie verstrekt.

#### § 2.1.10. De vaststelling van de subsidie

##### Artikel 6.2.36

Binnen zes maanden na ontvangst van de aanvraag, bedoeld in artikel 6.2.32, geeft het College zorgverzekeringen een beschikking tot vaststelling van de subsidie.

#### § 2.2. Specifieke subsidies

##### § 2.2.1. Weesgeneesmiddelen extramuraal

##### Artikel 6.2.37.1

In deze paragraaf wordt verstaan onder:

- weesgeneesmiddel: het door de Minister aangewezen voor subsidiëring in aanmerking komende geneesmiddel, waarvan de therapeutische waarde en de doelmatigheid nog niet is vastgesteld en dat niet onderdeel is van de verstrekking medisch-specialistische zorg door of vanwege het ziekenhuis;
- subsidieontvanger: de in de door het College zorgverzekeringen vast te stellen beleidsregel genoemde instelling, organisatie, vereniging van behandelaren, behandelaar of zorgverlener;
- protocol: richtlijnen voor de behandeling van de aandoening waarvoor aan de fabrikant van het weesgeneesmiddel een handelsvergunning is verleend, die zijn opgesteld door de vereniging van behandelaren of behandelaren en die door het College zorgverzekeringen zijn goedgekeurd.

##### Artikel 6.2.37.2

1. Het College zorgverzekeringen neemt bij de subsidieverstrekking de voorwaarden die de Minister bij de aanwijzing van weesgeneesmiddelen stelt in acht.

2. Het College zorgverzekeringen kan bij de subsidieverlening de voorwaarde stellen dat de subsidieontvanger een evaluatieonderzoek verricht.

##### Artikel 6.2.37.3

1. Aan de subsidieontvanger wordt, met inachtneming van de door het College zorgverzekeringen vast te stellen beleidsregel per weesgeneesmiddel, op aanvraag een projectsubsidie verstrekt.

2. Bij de subsidieverstrekking worden slechts de volgende kosten in aanmerking genomen:

- De kosten van het afgeleverde geneesmiddel;
- De kosten van de geprotocolleerde extra zorgverlening;
- De kosten van coördinatie samenhangend met de behandeling met het weesgeneesmiddel.

3. Slechts voor de kosten van behandeling van verzekerden die toestemming hebben gegeven voor het gebruik van hun behandelgegevens voor het vaststellen van de therapeutische waarde en de doelmatigheid van de behandeling met het weesgeneesmiddel wordt op grond van het eerste lid subsidie verstrekt.

##### Artikel 6.2.37.4

De Minister stelt per weesgeneesmiddel het maximale subsidieplafond vast.

##### Artikel 6.2.37.5

Subsidiëring heeft tot doel:

- meer gegevens te verzamelen over de therapeutische waarde en de doelmatigheid van het weesgeneesmiddel, en
- behandeling met het weesgeneesmiddel van de verzekerde die volgens protocol hiervoor in aanmerking komt.

#### § 2.2.2. Agalsidase

##### Artikel 6.2.38.1

In deze paragraaf wordt verstaan onder:

- agalsidase: de geregistreerde geneesmiddelen Fabrazyme en Replagal;
- protocol: een door het Academisch Medisch Centrum te Amsterdam ontwikkelde en door het College zorgverzekeringen goedgekeurde verzameling van richtlijnen voor de behandeling met en het onderzoek naar agalsidase bij verzekerden met de ziekte van Fabry.

##### Artikel 6.2.38.2

1. Aan het Academisch Medisch Centrum te Amsterdam wordt op aanvraag een projectsubsidie verleend voor de periode 1 januari 2006 tot en met 31 december 2006 voor het volgens protocol behandelen van maximaal vijftig verzekerden met een matig tot ernstig ziektebeeld van de ziekte van Fabry.

2. De subsidie heeft mede als doel de therapeutische waarde en de doelmatigheid van de behandelingen te kunnen vaststellen.

##### Artikel 6.2.38.3

1. De subsidie wordt verleend voor de volgende activiteiten:

- het stellen van de diagnose ziekte van Fabry en het beoordelen van de mate van ernst van het ziektebeeld;
- het volgens protocol behandelen van de verzekerden met de ziekte van Fabry;
- de coördinatie van de behandeling van de verzekerden met de ziekte van Fabry indien de behandeling wordt verricht door een medisch specialist die werkzaam is buiten het Academisch Medisch Centrum.

2. De vergoeding van de kosten van agalsidase is beperkt tot de werkelijke inkoopprijs van de toegediende agalsidase met een maximum van de voor de betreffende middelen geregistreerde doseringen.

3. Slechts voor de kosten van de behandeling van verzekerden die toestemming hebben gegeven voor het gebruiken van hun behandelgegevens voor het vaststellen van de therapeutische waarde en de doelmatigheid van de behandeling met agalsidase wordt op grond van het eerste lid subsidie verstrekt.

##### Artikel 6.2.38.4

Het subsidieplafond bedraagt voor het jaar 2006 voor:

- de kosten voor agalsidase € 8 875 000;
- andere dan de onder a bedoelde kosten € 200 000.

##### Artikel 6.2.38.5

1. De subsidie wordt slechts verleend onder de voorwaarde dat de subsidieontvanger volledige medewerking verleent aan het onderzoek naar het vaststellen van de therapeutische waarde en de doelmatigheid van agalsidase. De subsidieontvanger zal daartoe in ieder geval de gegevens over de behandeling en de resultaten van de behandeling van de verzekerden met de ziekte van Fabry verzamelen en op een zodanige wijze vastleggen, dat de therapeutische waarde en de doelmatigheid van de agalsidasebehandelingen kunnen worden bepaald.

2. De subsidie wordt slechts verleend indien de subsidieontvanger zich inzet om zowel voldoende verzekerden op Replagal met een dosering van 0,2 milligram per kilogram lichaamsgewicht als voldoende verzekerden op Fabrazyme met een dosering van een 1,0 milligram per kilogram lichaamsgewicht in te stellen om een uitspraak te doen over de therapeutische waarde en de doelmatigheid van deze middelen in het kader van het in het eerste lid bedoelde onderzoek.

##### Artikel 6.2.38.6

Uiterlijk 1 juni van het subsidiejaar verstrekt de subsidieontvanger aan het College zorgverzekeringen een overzicht van het verwachte aantal verzekerden dat met agalsidase zal worden behandeld in het daar op volgende jaar.



### § 2.2.3. Subsidiëring gezondheidscentra

#### Artikel 6.2.39.1

In deze paragraaf wordt verstaan onder:

- gezondheidscentrum: een door een instelling beheerd samenwerkingsverband, waar vanuit een gemeenschappelijke huisvesting integrale eerstelijnszorg wordt verleend door ten minste twee huisartsen, twee wijkverpleegkundigen, één maatschappelijk werkende en zo mogelijk vertegenwoordigers van andere disciplines in de eerste lijn;
- samenwerkingsovereenkomst: een schriftelijke overeenkomst, regelende de onderlinge verhouding tussen de bij een gezondheidscentrum betrokkenen;
- aanloophase: een periode van maximaal vijf jaar, te rekenen vanaf de aanvang van de exploitatie van een gezondheidscentrum.

#### Artikel 6.2.39.2

1. Voor de extra kosten van integrale eerstelijnszorg vanuit een gezondheidscentrum wordt een instellingssubsidie verleend indien voldaan wordt aan de volgende voorwaarden:

- er is een samenwerkingsovereenkomst waarin zijn opgenomen de doelstelling, de wijze van samenwerking, de werkcontacten, de organisatorische vormgeving en de afspraken over de financiering;
- de instelling beheert zonder winst-oogmerk het gezondheidscentrum en maakt aannemelijk dat er uitzicht bestaat op continuïteit van het gezondheidscentrum;
- de instelling die het gezondheidscentrum beheert, sluit een overeenkomst met een zorgverzekeraar inzake het functioneren van het gezondheidscentrum en de economische bedrijfsvoering gelet op de toekomstige financiering door de zorgverzekeraar;
- de praktijkomvang per aan het gezondheidscentrum deelnemende huisarts bedraagt minimaal 800 personen;
- de in het gezondheidscentrum werkzame hulpverleners en medewerkers hebben geen zetel in het bestuur van de instelling die het gezondheidscentrum beheert en kunnen ook anderszins niet een overwegende invloed uitoefenen op de besluitvorming in dat bestuur;
- de bij het gezondheidscentrum betrokken zorgverzekeraars hebben geen overwegende invloed op de besluitvorming in het bestuur van de instelling die het gezondheidscentrum beheert;
- de mogelijkheid tot participatie van cliënten van het gezondheidscentrum in het bestuur van de instelling die het gezondheidscentrum beheert, is geregeld;
- de overeenkomst tussen het gezondheidscentrum en de daarin werkzame hulpverlener bevat:
  - een concurrentiebeding, waarin is bepaald dat de hulpverlener, na beëindiging van zijn werkzaamheden voor het

gezondheidscentrum, gedurende een periode van ten minste vijf jaren niet binnen een afstand van ten minste vijf kilometer te rekenen vanaf de grens van het werkgebied van het gezondheidscentrum praktijk uitoefent;

- het beding dat zonder schriftelijke toestemming van de instelling die het gezondheidscentrum beheert, geen gehonoreerde nevenwerkzaamheden worden verricht;
- het beding dat de hulpverlener handelt overeenkomstig deze regeling en daaruit voortvloeiende voorschriften en aanwijzingen;
- bij deelname door verschillende vrijgevestigde hulpverleners van eenzelfde discipline werken deze hulpverleners onderling samen in één maatschap, waarbij de gemeenschappelijke praktijkvoering en de onderlinge arbeidsverhouding zijn geregeld;
- de instelling die het gezondheidscentrum beheert, legt een verklaring over waarin zij zich tegenover het College zorgverzekeringen verplicht om:
  - in geval van afsplitsing van een gezondheidscentrum dat tot zijn exploitatie behoort, de resterende opbrengst aan het College zorgverzekeringen af te dragen ten gunste van het Zorgverzekeringsfonds tot het totaal van de ten laste van dat fonds ten behoeve van het gezondheidscentrum over de laatste vijf kalenderjaren ontvangen subsidies, te rekenen vanaf het vijfde kalenderjaar voorafgaande aan het jaar van afsplitsing;
  - in geval van liquidatie van het gezondheidscentrum het eventuele bati-ge saldo aan het College zorgverzekeringen af te dragen ten gunste van het Zorgverzekeringsfonds tot het totaal van de ten laste van dat fonds ten behoeve van het gezondheidscentrum over de laatste vijf kalenderjaren, voorafgaande aan het jaar waarin tot liquidatie wordt besloten, alsmede over dat jaar ontvangen subsidies.
- Voor de extra kosten van integrale eerstelijnszorg vanuit een gezondheidscentrum, dat in het subsidiejaar niet meer in de aanloophase verkeert en waaraan in het jaar voorafgaand aan het subsidiejaar op grond van artikel 1p van de Ziekenfondswet subsidie is verleend, wordt een instellingssubsidie verleend overeenkomstig artikel 6.2.39.9.
- Voor de extra kosten van integrale eerstelijnszorg vanuit een gezondheidscentrum, anders dan bedoeld in het tweede lid, wordt een instellingssubsidie verleend overeenkomstig artikel 6.2.39.10 tot en met 6.2.39.12.
- Indien een instelling verschillende gezondheidscentra beheert die niet in de aanloophase verkeren, worden deze gezondheidscentra voor de toepassing van deze paragraaf aangemerkt als één gezondheidscentrum.

#### Artikel 6.2.39.3

1. Indien een of meer andere vormen van zorgverlening door de instelling die een gezondheidscentrum beheert, worden geëxploiteerd, wordt geen subsidie verleend als het exploitatiesaldo van de instelling die het gezondheidscentrum beheert, vermeerderd met het bedrag van de egalisatiereserve van het centrum alsmede met het exploitatieoverschot bij de overige vormen van zorgverlening, in het jaar waarop het subsidieverzoek betrekking heeft, positief is en 10% of meer bedraagt van de kosten van het centrum van dat jaar.

2. Geen subsidie wordt verleend voor extra samenwerkingskosten van een vast samenwerkingsverband in een gezondheidscentrum waarvoor op grond van paragraaf 2.2.4 subsidie wordt verleend voor de extra kosten van integrale eerstelijnszorg.

#### Artikel 6.2.39.4

Het subsidieplafond voor de subsidiëring van extra kosten van integrale eerstelijnszorg door:

- gezondheidscentra als bedoeld in artikel 6.2.39.2, tweede lid, bedraagt voor het jaar 2006 € 23 600 000;
- gezondheidscentra als bedoeld in artikel 6.2.39.2, derde lid, bedraagt voor het jaar 2006 € 9 500 000;
- voor gezondheidscentra als bedoeld in onderdeel a en b, wordt voor arbeidsmarktbeleid een bedrag van € 477 021 gereserveerd.

#### Artikel 6.2.39.5

1. Voor de toepassing van dit artikel wordt verstaan onder:

- honoreringsregeling: de landelijke regeling, inhoudende door het College tarieven gezondheidszorg goedgekeurde of vastgestelde tarieven voor hulp in het kader van de ziekenfondsv verzekering;
- norminkomen: het bedrag dat het College tarieven gezondheidszorg op grond van zijn inkomensbeleidsregels voor de desbetreffende categorie hulpverleners in de gezondheidszorg vaststelt.

2. Voor de toepassing van artikel 6.2.23 worden, uitgaande van de door het College tarieven gezondheidszorg als zodanig voor de verleende hulp goedgekeurde of vastgestelde tarieven van de disciplines huisartsgeneeskunde, fysiotherapie, verloskunde en farmacie, voor zover deze in het gezondheidscentrum gedurende het subsidiejaar aangeboden worden, de volgende lasten in aanmerking genomen:

- de personeelskosten;
- de personeelskosten voor de coördinatie, administratie en interieurverzorging;
- de huisvestingskosten, waarbij met betrekking tot de kosten van rente en afschrijvingen de door het College tarieven gezondheidszorg vastgestelde beleidsregels worden gehanteerd;
- de praktijkkosten, waarbij met betrekking tot de kosten de door het College

tarieven gezondheidszorg vastgestelde beleidsregels worden gehanteerd;  
e. de organisatiekosten, waarbij met betrekking tot de kosten de door het College tarieven gezondheidszorg vastgestelde beleidsregels worden gehanteerd;  
f. de financieringskosten, waarbij met betrekking tot de kosten de door het College tarieven gezondheidszorg vastgestelde beleidsregels worden gehanteerd.

3. Voor de toepassing van artikel 6.2.23 worden de volgende lasten niet in aanmerking genomen:

- uitgaven die hoger zijn dan die welke voortvloeien uit de van toepassing zijnde collectieve arbeidsovereenkomsten;
- kosten, verbandhoudende met overname van praktijken, schadeloosstelling bij uittrekking of ontslag, overeenkomstig beleidsregels van het College tarieven gezondheidszorg;
- lasten die op enigerlei andere wijze voor vergoeding in aanmerking komen.

#### Artikel 6.2.39.6

Voor de toepassing van artikel 6.2.23 worden als baten van het gezondheidscentrum aangemerkt alle baten die betrekking hebben op de activiteiten van het centrum, met dien verstande dat:

- het saldo van de van deelnemende vrijevestigde hulpverleners te ontvangen vergoedingen voor praktijkkosten en door hen aan het gezondheidscentrum in rekening te brengen werkelijk te maken kosten en de inkomsten uit de in artikel 6.2.39.2, onderdeel h, subonderdeel 2, bedoelde toegestane nevenwerkzaamheden, die verband houden met de beroepsuitoefening in het gezondheidscentrum, als baten van het gezondheidscentrum wordt aangemerkt;
- voor de verleende hulp minimaal wordt uitgegaan van de door het College tarieven gezondheidszorg goedgekeurde of vastgestelde tarieven.

#### Artikel 6.2.39.7

1. De instelling kan voor een gelijkmatige verdeling van lasten over een groot aantal jaren voor cyclisch onderhoud van gebouwen en installaties van het gezondheidscentrum waarvan het onderhoud voor zijn rekening komt, met inachtneming van een daarvoor ontwikkeld onderhoudsplan, een voorziening onderhoud vormen.

2. De instelling kan voor een gelijkmatige verdeling van lasten over een groot aantal jaren voor loonkosten ingevolge ziekte en arbeidsongeschiktheid van personeelsleden, waarvoor zij niet verzekerd is, een voorziening loonkosten arbeidsongeschiktheid vormen.

3. In afwijking van artikel 6.2.23 kan ten laste van de subsidie een bedrag worden toegevoegd aan de in overeenstemming met de in het eerste of tweede lid bedoelde voorzieningen. De toevoeging aan de in het tweede lid bedoelde voorziening kan slechts plaatshebben voor zover deze voorziening, inclusief

de toevoeging, niet meer bedraagt dan 7,56 % van het premieplichtig loon van het subsidiejaar.

4. In afwijking van artikel 6.2.23 worden kosten, voor zover zij ten laste van de in het eerste en tweede lid bedoelde voorzieningen kunnen worden gebracht, bij het vaststellen van de subsidie niet als lasten aangemerkt.

#### Artikel 6.2.39.8

In afwijking van artikel 6.2.23:

- wordt onder egalisatiereserve verstaan: de reserve ter egalisatie van overschotten en tekorten op de exploitatie vanaf 1987;
- bedraagt de egalisatiereserve ten hoogste 10% van de krachtens deze paragraaf in aanmerking te nemen exploitatielasten in het subsidiejaar, exclusief de inkoopkosten van een eventuele deelnemende apotheek en de kosten van diensten voor derden.

#### Artikel 6.2.39.9

1. De subsidie voor de extra kosten van integrale eerstelijnszorg vanuit een gezondheidscentrum als bedoeld in artikel 6.2.39.2, tweede lid, dat niet meer in de aanloopfase verkeert, bedraagt maximaal het bedrag van de maximale subsidie in het jaar voorafgaand aan het subsidiejaar, vermeerderd met het door de Minister vast te stellen percentage voor indexering.

2. De subsidie voor de extra kosten van integrale eerstelijnszorg vanuit een gezondheidscentrum dat in het jaar voorafgaand aan het subsidiejaar in het vijfde jaar van de aanloopfase verkeerde, bedraagt maximaal € 239 274, vermeerderd met het door de Minister vast te stellen percentage voor indexering.

#### Artikel 6.2.39.10

1. De subsidie voor de extra kosten van integrale eerstelijnszorg vanuit een gezondheidscentrum als bedoeld in artikel 6.2.39.2, derde lid, dat in de aanloopfase verkeert, wordt voor het jaar 2006 vastgesteld op het saldo van de in de artikelen 6.2.39.5, 6.2.39.6 en 6.2.39.7 bedoelde lasten en baten, met dien verstande dat de subsidie maximaal € 239 274 bedraagt.

2. Voor de extra kosten van integrale eerstelijnszorg vanuit een gezondheidscentrum als bedoeld in artikel 6.2.39.2, derde lid, wordt geen subsidie verleend indien met de exploitatie reeds een aanvang is gemaakt voordat het College zorgverzekeringen op de daarop betrekking hebbende aanvraag heeft beslist.

3. In afwijking van artikel 6.2.23 bedraagt de egalisatiereserve het verschil tussen het saldo van de in de artikelen 6.2.39.5 en 6.2.39.6 bedoelde lasten en baten en het door het College zorgverzekeringen vastgestelde maximale subsidiebedrag.

4. De subsidie bedraagt met ingang van het jaar 2006 maximaal € 312 097 voor een gezondheidscentrum op een Vinexlocatie. Voor de toepassing van de vorige volzin wordt verstaan onder Vinexlocatie: een locatie waarvoor tussen het Rijk, grote stadsgewesten en provincies convenanten zijn afgesloten over aantallen te bouwen woningen op daarvoor aangewezen locaties en waarvoor de Minister van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer grondkostensubsidies verstrekt.

#### Artikel 6.2.39.11

1. De subsidie voor de extra kosten van integrale eerstelijnszorg vanuit een gezondheidscentrum als bedoeld in artikel 6.2.39.2, vierde lid, dat niet in de aanloopfase verkeert, wordt vastgesteld op het saldo van de in de artikelen 6.2.39.5, 6.2.39.6 en 6.2.39.7 bedoelde lasten en baten, met dien verstande dat de subsidie maximaal € 239 274 bedraagt.

2. Voor de toepassing van artikel 6.2.23, eerste lid, wordt slechts het saldo van de in de artikelen 6.2.39.5, 6.2.39.6 en 6.2.39.7 bedoelde lasten en baten in aanmerking genomen.

#### Artikel 6.2.39.12

1. De aanvragen voor subsidie als bedoeld in artikel 6.2.39.2 worden behandeld in volgorde van binnenkomst van de volledige aanvraag.

2. Aanvragen voor subsidie als bedoeld in artikel 6.2.39.2, derde lid, worden slechts in behandeling genomen, indien de aanvraag is ingediend voor 1 juli 2006 en de exploitatie van het gezondheidscentrum aanvangt voor 1 oktober 2006.

#### Artikel 6.2.39.13

1. Het College zorgverzekeringen kan onder door hem te stellen aanvullende voorwaarden op aanvraag in 2006 een aanvullende subsidie verlenen voor de volgende incidentele kosten van een gezondheidscentrum in de jaren 2004 tot en met 2006:

- boekverliezen op vaste activa bij wijziging van de huisvestingssituatie van het gezondheidscentrum;
- kosten verband houdende met ontslag van werknemers overeenkomstig de beleidsregels van het College tarieven gezondheidszorg;
- extra kosten van waarneming van huisartsen of apothekers in verband met arbeidsongeschiktheid vanaf dertig dagen na aanvang van arbeidsongeschiktheid tot de datum van ontslag overeenkomstig de van toepassing zijnde collectieve arbeidsovereenkomst.

2. Subsidiering voor in het eerste lid bedoelde kosten heeft slechts plaats indien:

- de kosten onvermijdbaar zijn,
- de kosten niet kunnen worden gedekt uit de exploitatie van of de egalisatiere-

serve voor het gezondheidscentrum of uit het eigen vermogen van de beherende instelling van het gezondheidscentrum, en

c. de continuïteit van het gezondheidscentrum in gevaar komt zonder aanvullende subsidiëring.

3. Het subsidieplafond voor de aanvullende subsidies ingevolge dit artikel bedraagt € 1 000 000. De aanvragen worden behandeld in volgorde van binnenkomst van de volledige aanvraag.

#### Artikel 6.2.39.14

In afwijking van artikel 6.2.23 vindt bij de uitkering goodwill die ter beschikking is gesteld aan de beherende instelling en ten goede komt aan de zorg voor de verzekerde geen verrekening plaats met het jaarlijks vast te stellen budget.

In geval de beherende instelling een toevoeging aan een bestemmingsreserve doet, moet de bestemming die de instelling aan deze uitkering geeft, zijn geoormerkt.

### § 2.2.4. Subsidiëring zwaarder gestructureerde samenwerkingsverbanden

#### Artikel 6.2.40.1

In deze paragraaf wordt verstaan onder:

a. een vast samenwerkingsverband: een schriftelijk geregeld samenwerkingsverband waarin ten minste twee huisartsen, twee wijkverpleegkundigen, één maatschappelijk werkende en zo mogelijk vertegenwoordigers van andere disciplines regelmatige en gestructureerde werkcontacten met elkaar onderhouden met het doel een geïntegreerde vorm van hulpverlening in de eerstelijnszorg te bieden in een voor de deelnemers overlappend werkgebied ten behoeve van de bevolking in dit werkgebied en zich gezamenlijk naar de bevolking toe presenteren.

b. een gezondheidscentrum: een vast samenwerkingsverband dat werkt vanuit een gemeenschappelijke huisvesting.

#### Artikel 6.2.40.2

Voor de extra samenwerkingskosten van een vast samenwerkingsverband wordt een instellingssubsidie verleend indien wordt voldaan aan de volgende voorwaarden:

a. de onderlinge verhouding tussen de deelnemende disciplines, of, bij dienstverband van de in het kader van de ziekenfondsverzekering gehonoreerde deelnemers, tussen de instelling voor wier rekening het samenwerkingsverband wordt geëxploiteerd en de overige disciplines, is geregeld in een samenwerkingsovereenkomst, waarin zijn opgenomen de doelstelling, de wijze van samenwerking, de werkcontacten, de organisatorische vormgeving en de afspraken over de financiering;

b. de instelling voor wier rekening het samenwerkingsverband wordt geëxplo-

teerd, maakt voldoende aannemelijk dat er uitzicht bestaat op continuïteit van het samenwerkingsverband;

c. de instelling voor wier rekening het samenwerkingsverband wordt geëxploiteerd, voert overleg met zorgverzekeraars over de inpassing van de volledige financiering van de verleende hulp in de wettelijke verzekering tegen ziektekosten;

d. de instelling die het zwaarder gestructureerde samenwerkingsverband beheert, legt een verklaring over waarin hij zich tegenover het College zorgverzekeringen verplicht om:

1°. in geval van afsplitsing van een vast samenwerkingsverband dat tot zijn exploitatie behoort, de resterende opbrengst aan het College zorgverzekeringen af te dragen ten gunste van het Zorgverzekeringsfonds tot het totaal van de ten laste van dat fonds ten behoeve van het vaste samenwerkingsverband over de laatste vijf kalenderjaren ontvangen subsidies, te rekenen vanaf het vijfde kalenderjaar voorafgaande aan het jaar van afsplitsing;

2°. in geval van liquidatie van het vaste samenwerkingsverband het eventuele batige saldo aan het College zorgverzekeringen af te dragen ten gunste van het Zorgverzekeringsfonds tot het totaal van de ten laste van dat fonds ten behoeve van het vaste samenwerkingsverband over de laatste vijf kalenderjaren, voorafgaande aan het jaar waarin tot liquidatie wordt besloten, alsmede over dat jaar ontvangen subsidies;

e. Indien een instelling verschillende vaste samenwerkingsverbanden beheert, worden deze samenwerkingsverbanden voor de toepassing voor deze paragraaf aangemerkt als één vast samenwerkingsverband.

#### Artikel 6.2.40.3

Voor de extra samenwerkingskosten van een vast samenwerkingsverband wordt slechts een instellingssubsidie verleend aan instellingen waaraan in het jaar voorafgaand aan het subsidiejaar voor de extra samenwerkingskosten van een vast samenwerkingsverband subsidie is verleend op grond van artikel 1 p, eerste lid, van de Ziekenfondswet.

#### Artikel 6.2.40.4

Het subsidieplafond voor de subsidiëring van de extra samenwerkingskosten van een vast samenwerkingsverband bedraagt voor het jaar 2006 € 3 225 443.

#### Artikel 6.2.40.5

1. Voor de toepassing van artikel 6.2.23 worden slechts de volgende lasten bij het verlenen van subsidie in aanmerking genomen:

a. de kosten van inhoudelijke samenwerking:

1°. de kosten van een coördinator;

2°. de kosten van agogische begeleiding, advisering en ondersteuning op tijdelijke basis;

3°. de kosten van bevordering van samenwerkingsdeskundigheid;

4°. de kosten van experimenten en projecten in het kader van de samenwerking in de hulpverlening alsmede begeleiding van deze experimenten en projecten, met uitzondering van de kosten die verband houden met het extra tijdsbeslag van de deelnemers in het samenwerkingsverband;

b. administratiekosten in verband met de samenwerking:

1°. kosten van administratieve ondersteuning,

2°. bestuurskosten,

3°. overige administratieve kosten;

c. de extra huisvestingskosten, bedoeld in het tweede lid;

d. de kosten die verband houden met de stimulering van de betrokkenheid van de bevolking;

e. de kosten van het lidmaatschap van de Landelijke Vereniging Gezondheidscentra;

f. de kosten van beheer van de accommodatie.

2. Als extra huisvestingskosten worden aangemerkt de resterende kosten nadat op de totale huisvestingskosten de krachtens de honoreringsregelingen door de deelnemers in het samenwerkingsverband ontvangen vergoedingen en de kostendekkende bijdragen van de detacherende instellingen en onderhuurders in mindering zijn gebracht. Met betrekking tot de kosten van rente en afschrijving worden de door het College tarieven gezondheidszorg vastgestelde beleidsregels voor ziekenhuizen gehanteerd.

3. Kosten die verband houdend met overname van praktijk, schadeloosstelling bij uittreding of ontslag komen niet voor subsidie in aanmerking. In bijzondere gevallen kan het College zorgverzekeringen bij de subsidievaststelling onder door hem te stellen voorwaarden afwijken van de vorige volzin.

4. Bij het bepalen van de in aanmerking komende lasten en baten wordt uitgegaan van de door het College tarieven gezondheidszorg voor de verleende hulp goedgekeurde of vastgestelde tarieven onderscheidenlijk maximumtarieven.

5. De lasten worden bij het verlenen van subsidie slechts in aanmerking genomen voor zover het vast samenwerkingsverband of het gezondheidscentrum als zodanig activiteiten ontplooit gedurende het subsidiejaar.

6. Uitgaven die hoger zijn dan die voortvloeien uit de van toepassing zijnde collectieve arbeidsovereenkomsten worden bij het verlenen van subsidie niet in aanmerking genomen.

#### Artikel 6.2.40.6

De subsidie bedraagt maximaal het bedrag waarop de subsidie in het jaar voorafgaand aan het subsidiejaar is vastgesteld, vermeerderd met het door de Minister vast te stellen percentage voor indexering.

#### Artikel 6.2.40.7

1. Het College zorgverzekeringen kan onder door hem vast te stellen aanvullende voorwaarden op aanvraag in 2006 een aanvullende subsidie verlenen voor incidentele kosten verband houdende met coördinatie van een vast samenwerkingsverband in de jaren 2000 tot en met 2006.

2. Subsidiëring voor in het eerste lid bedoelde kosten heeft slechts plaats indien:

a. de kosten onvermijdbaar zijn,  
b. de kosten niet kunnen worden gedekt uit de exploitatie van of de egalisatiereserve voor het vaste samenwerkingsverband of uit het eigen vermogen van het vaste samenwerkingsverband, en  
c. de continuïteit van het vaste samenwerkingsverband in gevaar komt zonder aanvullende subsidiëring.

3. Het subsidieplafond voor de aanvullende subsidies ingevolge dit artikel bedraagt € 250 000. De aanvragen worden behandeld in volgorde van binnenkomst van de volledige aanvraag.

#### § 2.2.5. Medische en seksuologische hulpverlening

##### Artikel 6.2.41.1

Voor de realisatie en voortzetting van de medische en seksuologische hulpverlening wordt op aanvraag een projectsubsidie verleend aan:

a. MR'70 (Stimezo) te Amsterdam, Stichting MR'70;  
b. Mildredhuis (Stimezo) te Arnhem, Stichting Mildredhuis Stichting voor zwangerschapsonderbreking;  
c. Preterm Kliniek te Den Haag, Stichting Polikliniek voor Zwangerschapsonderbreking;  
d. Stimezo Eindhoven te Eindhoven, Stichting voor hulpverlening bij zwangerschapsonderbreking Eindhoven e.o.;  
e. Stichting Seksuele Gezondheidszorg Noord Nederland te Groningen;  
f. CASA Rotterdam te Rotterdam, Stichting Centrum voor Anticonceptie, Seksualiteit en Abortus;  
g. Stichting Rutgershuis te Utrecht.

##### Artikel 6.2.41.2

De subsidie wordt verleend voor de volgende activiteiten:

a. medische hulpverlening: het geven van consulten aan cliënten in de vorm van voorlichting, begeleiding en hulp op het gebied van seksualiteit, waaronder anticonceptie, op het gebied van seksueel overdraagbare aandoeningen en op het gebied van seksuele problemen;

b. seksuologische hulpverlening: het in individuele gesprekken, relatiegesprekken dan wel in groepstherapie bieden van hulp, door een seksuoloog die in het Register van de Nederlandse Vereniging voor Seksuologie is ingeschreven, aan cliënten bij seksuele problemen, seksuele dysfuncties en seksuele identiteitsstoornissen.

##### Artikel 6.2.41.3

Het subsidieplafond voor de gesubsidieerde activiteiten bedraagt € 673 663 voor het jaar 2006.

##### Artikel 6.2.41.4

Voor de activiteiten, genoemd in artikel 6.2.41.2, bedraagt de subsidie maximaal:

a. voor MR'70 (Stimezo) te Amsterdam € 212 958;  
b. voor het Mildredhuis (Stimezo) te Arnhem € 43 720;  
c. voor de Preterm Kliniek te Den Haag € 75 658;  
d. voor Stimezo te Eindhoven € 64 644;  
e. voor de Stichting Seksuele Gezondheidszorg Noord Nederland te Groningen € 100 793;  
f. voor CASA Rotterdam te Rotterdam, Stichting Centrum voor Anticonceptie, Seksualiteit en Abortus € 80 182;  
g. voor het Rutgershuis te Utrecht € 95 708.

##### Artikel 6.2.41.5

1. Subsidie wordt slechts verleend indien de stichting zowel medische als seksuologische hulpverlening aanbiedt.

2. Subsidie wordt slechts verleend onder de voorwaarde dat voor het jaar 2003 de stichting een rapportageset overeenkomstig het door het College zorgverzekeringen te verstrekken formulier overlegt en voor de jaren 2004 en volgende halfjaarlijks een registratieset aan het College zorgverzekeringen overlegt overeenkomstig een door het College zorgverzekeringen hiervoor vastgesteld model.

3. De rapportageset en de registratieset bevatten kwantitatieve gegevens over:

a. de productiecijfers betreffende de aard van de hulpvraag, de soort hulpverlening en het aantal met cliënten gevoerde consulten of gesprekken,  
b. het aantal cliënten naar leeftijd, sekse en etniciteit,  
c. de baten uit eigen bijdragen, uitgesplitst naar medisch consult of seksuologisch gesprek, en  
d. de wachtlijsten, wachttijden, afwijzingen en doorverwijzingen.

4. De rapportageset is door de stichting uiterlijk 30 april 2004 aan het College zorgverzekeringen verstrekt.

5. De registratieset wordt door de stichting over het eerste halfjaar uiterlijk 30 september van dat jaar verstrekt en over het tweede halfjaar uiterlijk 31 maart van het daaropvolgende jaar verstrekt aan het College zorgverzekeringen.

6. Het College zorgverzekeringen kan ontheffing verlenen voor de aanlevertermijnen, bedoeld in het vierde en vijfde lid.

7. De stichting houdt de verleende voorschotten, baten en lasten voor de ingevolge deze paragraaf en de ingevolge paragraaf abortusklinieken in de regeling subsidies AWBZ gesubsidieerde activiteiten strikt gescheiden.

##### Artikel 6.2.41.6

1. De stichting vraagt per consult of gesprek een eigen bijdrage.

2. De stichting draagt er zorg voor dat de eigen bijdrage:

a. voor een medisch consult gemiddeld € 23 bedraagt;  
b. voor een seksuologisch gesprek of groepsgesprek gemiddeld € 48 bedraagt.

##### Artikel 6.2.41.7

1. De subsidie wordt vastgesteld op het saldo van de baten en lasten die met de gesubsidieerde activiteiten samenhangen, tot het in artikel 6.2.41.4 genoemde maximum.

2. In afwijking van artikel 6.2.7 worden slechts de volgende lasten in aanmerking genomen:

a. de personele lasten van artsen, seksuologen, verpleegkundigen en receptionisten;  
b. de overige personeelskosten van artsen, seksuologen, verpleegkundigen en receptionisten;  
c. de bureau- en locatiegerichte voorlichtingskosten;  
d. de kosten van medische benodigdheden;  
e. de overhead;  
f. de huisvestingskosten, die voortvloeien uit de activiteiten genoemd in deze paragraaf indien deze niet reeds op grond van de Regeling subsidies AWBZ worden gefinancierd;  
g. de resterende overschrijdingen van voorgaande jaren gebaseerd op aanvaardbare kosten.

3. Voor de toepassing van het eerste lid worden als baten in aanmerking genomen de werkelijke eigen bijdragen en renteopbrengsten, met dien verstande dat de eigen bijdragen ten minste worden gesteld op de in artikel 6.2.41.6, tweede lid, genoemde bedragen.

##### Artikel 6.2.41.8

1. Het College zorgverzekeringen kan bij de subsidievaststellingen voor enig jaar overheveling van onbenutte subsidiegelden toepassen van de ene stichting naar de andere stichting.

2. Overheveling wordt in het voorkomende geval als volgt toegepast:

a. indien er één stichting is met een overschrijding van de verleende subsidie, wordt deze overschrijding aangezuiverd met onbenutte subsidiegelden binnen het subsidieplafond;  
b. indien er meer stichtingen zijn met een overschrijding van de verleende

subsidie en er voldoende onbenutte subsidiegelden binnen het genoemde subsidieplafond zijn, worden deze overschrijdingen aangezuiverd met onbenutte subsidiegelden binnen het subsidieplafond;

c. indien er meer stichtingen zijn met een overschrijding van de verleende subsidie en er onvoldoende onbenutte subsidiegelden binnen het subsidieplafond zijn, worden deze overschrijdingen naar rato aangezuiverd overeenkomstig de volgende formule:

$(A / B) \times C$

waarbij wordt verstaan onder:

A: overschrijding per stichting;

B: overschrijding van alle stichtingen samen;

C: onbenutte subsidiegelden binnen het subsidieplafond.

3. Een overschrijding die dan nog resteert dient in het volgende jaar te worden ingelopen.

#### Artikel 6.2.41.9

1. Het College zorgverzekeringen evalueert deze subsidieparagraaf in het jaar 2006, waarbij tijdens de evaluatie de mogelijkheid van een outputgerichte financieringssysteem wordt onderzocht.

2. De stichting verleent bij de in het eerste lid genoemde evaluatie alle medewerking.

#### Artikel 6.2.41.10

Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het College zorgverzekeringen vindt er geen wijziging plaats van de aard, omvang en plaats van de huisvesting waar de medische en seksuologische hulpverlening worden uitgeoefend.

### § 3. Bijdrage van verdragsgerechtigden

#### Artikel 6.3.1

1. De voor een persoon, bedoeld in artikel 69, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet verschuldigde bijdrage is de som van:

- a. een inkomensafhankelijke bijdrage, berekend overeenkomstig bij en krachtens paragraaf 5.2 van de Zorgverzekeringswet;
- b. een inkomensafhankelijke bijdrage, berekend overeenkomstig de op grond van de Wet financiering sociale verzekeringen verschuldigde premie voor de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, met dien verstande dat het percentage 0,7 van het op grond van artikel 11, derde lid, van de Wet financiering sociale verzekeringen vastgestelde percentage bedraagt, en
- c. vanaf de eerste dag van de kalendermaand volgende op de kalendermaand waarin hij de leeftijd van achttien jaar heeft bereikt, een bijdrage per maand overeenkomende met eentwaalfde van het bedrag van de gewogen gemiddelde premie voor een zorgverzekering, welk

bedrag in de Rijksbegroting Volksgezondheid, Welzijn en Sport voor het berekeningsjaar is opgenomen.

2. De in het eerste lid, onderdeel c, bedoelde bijdrage wordt voor de toepassing van artikel 22 van de Zorgverzekeringswet en voor de toepassing van de Wet op de zorgtoeslag als premie voor een zorgverzekering beschouwd.

3. Indien en voor zover de kosten van zorg van een in het eerste lid bedoelde persoon door het orgaan van de woonplaats niet op basis van werkelijke kosten maar op basis van een forfaitair bedrag ten laste van het Zorgverzekeringsfonds worden gebracht, wordt bij de heffing van de bijdrage op het in het eerste lid, onder c, bedoelde bedrag eentwaalfde van het in artikel 22, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet bedoelde bedrag in mindering gebracht.

4. Artikel 46 van de Zorgverzekeringswet is op de persoon, bedoeld in het eerste lid, van overeenkomstige toepassing, voor de toepassing waarvan de bijdrage, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, als inkomensafhankelijke bijdrage, bedoeld in artikel 41 van de Zorgverzekeringswet, wordt beschouwd.

#### Artikel 6.3.2

1. De in artikel 6.3.1, bedoelde bijdrage voor een in artikel 69, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet genoemde persoon die rechthebbende is op een pensioen of rente en voor zijn gezinsleden wordt door het orgaan dat het pensioen of de rente uitkeert, op dat pensioen of die rente ingehouden en aan het Zorgverzekeringsfonds afgedragen.

2. Het orgaan, bedoeld in het eerste lid, wordt door of vanwege het College zorgverzekeringen voorzien van de voor de inhouding van de in artikel 6.3.1, eerste lid, bedoelde bijdrage benodigde gegevens.

3. Voor de toepassing van het eerste lid wordt een toeslag, waaronder begrepen een toeslag ingevolge de Toeslagenwet, een toelage of enige aanvulling, onder welke benaming ook, op de uitkering die door het orgaan in het algemeen met dezelfde regelmaat en gelijktijdig met de uitkering betaalbaar wordt gesteld, als onderdeel van de uitkering aangemerkt.

4. Indien een persoon meer dan één uitkering geniet uit hoofde waarvan hij als rechthebbende op een pensioen of rente wordt aangemerkt, wordt de bijdrage, bedoeld in artikel 6.3.1, eerste lid, onderdeel c, slechts ingehouden op de eerst toegekende uitkering welke, met inachtneming van het derde lid, toereikend is voor de inhouding van de bijdrage.

5. Indien de uitkering van een rechthebbende op een pensioen of rente, met inachtneming van het derde lid, niet toereikend is voor de inhouding van de in het tweede lid bedoelde bijdrage, blijft de inhouding van die bijdrage op de uit-

kering achterwege. Het College zorgverzekeringen heft en int alsdan de bijdrage, bedoeld in artikel 6.3.1, eerste lid, onderdeel c, bij de rechthebbende op het pensioen of de rente.

6. Onder het in het eerste lid bedoelde orgaan dat de uitkering doet, wordt mede verstaan de werkgever aan wie op grond van artikel 40 van de Wet financiering sociale verzekeringen toestemming is verleend het risico te dragen van de betalingen, bedoeld in artikel 40, eerste lid, van die wet.

#### Artikel 6.3.3

De voor een gezinslid van een verzekeringsplichtige verschuldigde bijdrage, bedoeld in artikel 6.3.1, wordt door het College zorgverzekeringen geheven en geïnd bij de verzekeringsplichtige.

#### Artikel 6.3.4

Voor zolang het in artikel 6.3.2, eerste lid, bedoelde orgaan niet beschikt over de voor de inhouding van de in artikel 6.3.1, eerste lid, onderdeel c, bedoelde bijdrage benodigde gegevens, kan het een voorlopig bedrag ter inhouding vaststellen. Dit bedrag wordt gebaseerd op de bij dit orgaan bekende gegevens betreffende de samenstelling van het gezin van de rechthebbende op een pensioen of rente, doch overschrijdt niet het bedrag dat overeenkomt met de voor de in artikel 69, tweede lid, bedoelde zorgverzekering vastgestelde bijdrage voor de rechthebbende op een pensioen of rente en zijn gezinslid. Bedoeld voorlopig bedrag wordt op de uitkering ingehouden totdat de opgave van de door betrokkene verschuldigde bijdrage door of vanwege het College zorgverzekeringen is verstrekt. Het bedrag dat voorlopig is ingehouden, wordt verrekend met de door betrokkene verschuldigde bijdrage.

#### Artikel 6.3.5

Voor de berekening van de in artikel 6.3.1, eerste lid, onderdeel c, bedoelde bijdrage die de in artikel 6.3.2, eerste lid, bedoelde rechthebbende op een pensioen of rente verschuldigd is, worden wijzigingen met betrekking tot de aan zijn aanspraak op zorg verbonden gezinsleden welke in de loop van een kalendermaand doch na de eerste dag van de kalendermaand plaatsvinden, eerst in aanmerking genomen vanaf de eerste dag van de daaropvolgende kalendermaand.

#### Artikel 6.3.6

Voor de toepassing van artikel 96 van de Zorgverzekeringswet wordt met het tijdstip van aanmelding bij het College zorgverzekeringen gelijkgesteld de datum waarop de kennisgeving aan het College zorgverzekeringen van de aanmelding van de rechthebbende op

pensioen of rente bij het orgaan van de woonplaats van de rechthebbende, door dat orgaan is ondertekend.

#### **§ 4. Spaarrekening gemoedsbezwaarden**

##### **Artikel 6.4.1**

1. Uitkeringen ter vergoeding van kosten van zorg of overige diensten als bedoeld in artikel 11 van de Zorgverzekeringswet doet het College zorgverzekeringen uitsluitend op basis van originele nota's.
2. Voor de hoogte van de uitkering is, naast het bepaalde in artikel 70, zesde en zevende lid, van de Zorgverzekeringswet, het saldo van de rekening, als bedoeld in artikel 70, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet, bepalend zoals die is vastgesteld op de datum waarop de zorg of overige diensten als bedoeld in artikel 11 is verleend.
3. Verzoeken tot het doen van uitkeringen ter vergoeding van kosten van zorg of overige diensten als bedoeld in artikel 11 van de Zorgverzekeringswet moeten zijn gedaan ultimo het kalenderjaar volgend op het kalenderjaar waarop het verzoek betrekking heeft.
4. Voor het vaststellen van het saldo van de rekening, als bedoeld in artikel 70, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet gaat het College zorgverzekeringen uit van de geheven bedragen op de definitieve aanslag die de Belastingdienst op grond van de Wet op de inkomstenbelasting vaststelt.
5. Voor het vaststellen van het saldo van de rekening gaat het College zorgverzekeringen uit van de gegevens zoals die op dat moment beschikbaar zijn in de polisadministratie van de Uitvoeringsorganisatie werknemersverzekeringen en/of de fiscale databank van de Belastingdienst. Het College zorgverzekeringen kan verzoeken om originele loon- en salarisstroken of anderszins over te leggen waaruit de inhouding bijdragevervangende belasting tot dat moment blijkt.
6. Als blijkt dat het verschil tussen het op grond van het vijfde lid bepaalde bedrag en het bedrag op de definitieve aanslag meer of minder bedraagt dan 25%, zal het College zorgverzekeringen overgaan tot verrekening.

##### **G**

Onder vernummering van de artikelen 8.2 en 8.3 in de artikelen 8.4 en 8.5 worden na artikel 8.1 twee artikelen ingevoegd, luidende:

##### **Artikel 8.2**

1. Ter zake van het verlenen van zorg of diensten in ziekenhuizen en medisch-specialistische zorg anders dan in ziekenhuizen, is artikel 118, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet van toepassing.
2. Het eerste lid is niet van toepassing op instellingen waarin een enkelvoudige onderzoek- of behandelfunctie wordt

uitgeoefend, klinische revalidatie-instellingen, centra voor epileptici, brandwondencentra en astmacentra.

##### **Artikel 8.3**

De gedraging als bedoeld in artikel 98, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet, wordt in afwijking van artikel 106, tweede lid, van de Zorgverzekeringswet voorgelegd aan het College toezicht zorgverzekering.

##### **Artikel II**

Deze Regeling treedt in werking met ingang van 1 januari 2006.

Deze regeling zal met de toelichting in de Staatscourant worden geplaatst.

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

#### **Toelichting**

##### **Artikel 1, tweede lid**

In het tweede lid van artikel 1 is aangegeven dat de Nederlandse Antillen en Aruba in deze regeling ook als mogendheid worden aangemerkt. Dit houdt verband met een uitspraak van de Centrale Raad van Beroep van 28 september 1989, AAW/WAO 1985, B 264 (RSV 1990, nr. 103). In deze uitspraak oordeelde de Raad dat, gelet op het feit dat volgens het statuut voor het Koninkrijk der Nederlanden de Nederlandse Antillen (in 1985 nog Aruba omvattend) en Nederland deel uitmaken van één koninkrijk, alsmede gelet op de wijze waarop volgens het statuut binnen het koninkrijk de onderlinge betrekkingen tussen de beide landen en hun beider buitenlandse betrekkingen geregeld zijn, niet gezegd kan worden dat vanuit Nederland de Nederlandse Antillen als een andere mogendheid gezien kunnen worden. Om voor de toepassing van de onderhavige regeling een minder gunstige behandeling van de Nederlandse Antillen en Aruba te voorkomen, worden deze landen van het koninkrijk als een mogendheid aangemerkt.

##### **Artikel 2.38**

In afwijking van de ziekenfondsverzekering is gekozen voor een eigen bijdrage per kalenderjaar in plaats van per twaalf maanden. De reden hiervoor is dat de looptijd van de modelovereenkomst een kalenderjaar bestrijkt. Ook wisseling van zorgverzekeraar bij het begin van een kalenderjaar maakt dat een maximering per twaalf maanden niet past bij de zorgverzekering.

##### **Artikel 3.18**

Artikel 38 van de Zorgverzekeringswet (Zvw) legt zorgverzekeraars, die de Zvw uitvoeren, de verplichting op in een uitvoeringsverslag verantwoording af te leggen over de uitvoering van de Zvw in

het voorafgaande kalenderjaar. Aan de hand van die verantwoording vormt het College toezicht zorgverzekeringen (CTZ) zich een oordeel over de rechtmatige uitvoering van de wet.

Die rechtmatigheid betreft alle in de Zvw opgenomen verplichtingen waarvan de belangrijkste zijn de acceptatie en de zorgplicht. Ook moet de zorgverzekeraar een overzicht geven van zijn voornemens met betrekking tot de uitvoering van de Zvw in het lopende en daaropvolgende kalenderjaar. Daarmee biedt de zorgverzekeraar inzicht in zijn beleid waar het gaat om de uitvoering van de Zvw. Bij het uitvoeringsverslag dient de zorgverzekeraar twee exemplaren van een verslag van bevindingen van een accountant als bedoeld in artikel 393 van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek bij te voegen. Uit dat accountantsverslag moet afdoende blijken dat het uitvoeringsverslag in overeenstemming met de daarvoor geldende regels is opgesteld en dat de uitvoering is geschied overeenkomstig de verplichtingen die bij of krachtens de Zvw in het voorafgaande jaar op de zorgverzekeraar rustten.

In zijn uitvoeringsverslag zal de zorgverzekeraar zich moeten verantwoorden over de wijze waarop hij in het afgelopen jaar de Zvw heeft uitgevoerd. Als zodanig is het uitvoeringsverslag tevens een maatschappelijk verslag; een verslag waarmee de verzekeraar zich presenteert als uitvoerder van de Zvw.

Het uitvoeringsverslag is niet het enige document waarmee de zorgverzekeraar verantwoording aflegt. Ook zorgverzekeraars zijn immers gehouden jaarlijks een financieel verslag als bedoeld in het Burgerlijk Wetboek uit te brengen. Daarenboven zijn zorgverzekeraars gehouden tot het afleggen van verantwoording uit hoofde van de Wet toezicht verzekeringbedrijf 1993 aan De Nederlandsche Bank N.V. en uit hoofde van de Wet financiële dienstverlening aan de Autoriteit Financiële markten. Een zorgverzekeraar mag al deze vormen van verantwoording in één (maatschappelijk) verslag onderbrengen mits hij daarbij voldoet aan de ter zake gestelde eisen omtrent de inrichting van elk van die afzonderlijke verantwoordingsverslagen.

##### **Maatschappelijke verantwoording**

In de verantwoording die zorgverzekeraars moeten afleggen is een aantal aspecten te onderscheiden. Zo moeten deze verzekeraars op grond van het bepaalde in boek 2 van het Burgerlijk Wetboek (BW) binnen zes (onderlinge waarborgmaatschappijen) respectievelijk binnen vijf (naamloze en besloten vennootschappen) maanden na afloop van het boekjaar een jaarrekening en een jaarverslag opmaken.

Krachtens de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 (vanaf 1 januari 2006 de Wet op het financieel toezicht) moeten deze verzekeraars binnen vier maanden na afloop van elk boekjaar de zogenoemde verslagstaten indienen bij De Nederlandsche Bank en binnen zes maanden na afloop van het boekjaar een jaarverslag.

In de Zvw is voorts bepaald dat de zorgverzekeraars door middel van een uitvoeringsverslag uiterlijk binnen 6 maanden na afloop van het boekjaar verantwoording afleggen over de uitvoering van deze wet in het afgelopen jaar en ingaan op het beleid in het lopende en volgende kalenderjaar. Al deze documenten dienen te zijn voorzien van accountantsverklaringen. De informatie die zorgverzekeraars op grond van het BW, de Wet op het financieel toezicht en de Zvw moeten leveren bieden, bij elkaar en met elkaar in verband gebracht, een uitstekende basis voor een integraal maatschappelijk verantwoordingsverslag. De termijnen voor de aanlevering van de gegevens staan een integraal verantwoordingsdocument evenmin in de weg. Niettemin bevat de Zvw geen bepaling die een dergelijk integraal verantwoordingsdocument afdwingt. De wetgever heeft van een dergelijke bepaling afgezien onder meer vanwege het feit dat een dergelijke bepaling niet strookt met het uitgangspunt dat ten algemene in de wet is gehanteerd, namelijk dat bepalingen noodzakelijk en proportioneel dienen te zijn. Voorts is van belang dat maatschappelijke verantwoording in het algemeen en de jaarverslaggeving in het bijzonder, onderdeel is van de verantwoording van private partijen in het maatschappelijk verkeer. Daarbij heeft mede een rol gespeeld hetgeen terzake in de codes Health insurance governance en de Gedragscode van de zorgverzekeraar over (integrale) maatschappelijke verantwoording is opgenomen.

#### *Niet meer dan nodig*

Het CTZ draagt zorg voor een goede afstemming met de andere toezichthouders over het vragen van informatie aan verzekeraars met als belangrijkste oogmerk dubbel vragen vanuit verschillende toezichthouders te voorkomen. Over het gebruik van de verkregen informatie tussen de toezichthouders maken zij onderling afspraken die in openbare protocollen zullen worden vastgelegd. Door deze werkwijze dragen de toezichthouders bij aan een lastenvermindering voor de zorgverzekeraars. Behalve uit de verantwoordingsdocumenten verkrijgen de toezichthouders ook informatie uit ad-hoc onderzoeken, het volgen van de ontwikkelingen in de markt en uit gerichte monitoronderzoeken. De aspecten die CTZ monitort leveren de toezichthouder rechtstreeks de gewenste informatie waarover hij zich als toezichthouder een

oordeel kan vormen en waarover hij ook rapporteert. Deze monitors vullen de informatie uit de uitvoeringsverslagen aan. De onderwerpen waarop nu al vaststaat dat CTZ zal monitoren zijn de collectieve contracten, de verhouding natura/restitutie, de (ont-)koppeling van de zorgverzekering en de aanvullende verzekering, en het verloop van de geschillenbeslechting. Dat laat overigens onverlet dat de zorgverzekeraar eigener beweging ook zijn resultaten op deze onderwerpen opneemt in zijn uitvoeringsverslag.

De opsomming van de aspecten waarover de zorgverzekeraar zich in zijn uitvoeringsverslag moet verantwoorden is in deze regeling limitatief. Dat betekent echter allerminst dat de zorgverzekeraar zich in zijn uitvoeringsverslag tot deze onderwerpen zou dienen te beperken. In tegendeel; de ervaringen die zijn opgedaan met de maatschappelijke verantwoording door ziekenfondsen, tonen aan dat verzekeraars in het maatschappelijk verslag de financiële aspecten, het personeelsbeleid, bestuur en governance, maatschappelijke betrokkenheid en milieu evenzeer aandacht geven. Ook kan de verzekeraar in het uitvoeringsverslag aandacht geven aan de wijze waarop hij uitvoering geeft aan het beleid ter voorkoming van fraude, misbruik en oneigenlijk gebruik alsmede de behaalde resultaten in het afgelopen jaar.

Voor een toets op de rechtmatige uitvoering van de Zvw zijn deze onderwerpen niet van direct belang voor de toezichthouder. Daarom is de opsomming van onderwerpen in artikel 3.18 beperkt gebleven tot de onderwerpen waarvan, uit hoofde van de toets op de rechtmatige uitvoering, een oordeel van de toezichthouder noodzakelijk is. Dat laat overigens onverlet dat de toezichthouder, in het kader van zijn algemene toezichthoudende bevoegdheid, voor enig jaar kan bepalen dat voor een of meer genoemde onderwerpen de opname in het uitvoeringsverslag achterwege kan blijven omdat zij langs een andere weg de daarvoor benodigde informatie al eerder heeft verkregen. Dat kan het geval zijn indien de toezichthouder meent dat bepaalde zaken beter via bijvoorbeeld een specifieke monitor of een afzonderlijk onderzoek kunnen worden onderzocht. Daartoe kan aanleiding bestaan vanwege ontwikkelingen in de markt, maar ook omdat de benodigde informatie vanwege bedrijfsgevoeligheden, zich minder leent voor opname in een uitvoeringsverslag. Dat doet overigens niets af aan het feit dat over elk van de in het artikel 18, eerste lid, genoemde aspecten informatie door de zorgverzekeraars moet worden overgelegd.

Het eerste lid van artikel 3.18 bevat een opsomming van die onderwerpen waarover de zorgverzekeraar zich in zijn uitvoeringsverslag expliciet moet ver-

antwoorden. Het staat de verzekeraar overigens vrij ook andere aspecten in zijn uitvoeringsverslag op te nemen. Om zijn oordeel over de rechtmatige uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars te kunnen geven moet het CTZ beschikken over verantwoordingsinformatie die hem tot dat oordeel brengt. Belangrijke aspecten van de rechtmatige uitvoering zijn de zorgplicht en de acceptatieplicht van de zorgverzekeraar. Nauw daarmee verband houdt de wijze waarop de zorgverzekeraar klachten over de uitvoering van de zorgverzekering afhandelt en ook het aantal klachten in relatie tot het aantal verzekerden. Een goede uitvoering uit zich immers ook in de mate waarin verzekerden zich met klachten tot hun verzekeraar richten en hoe de verzekeraar daarmee omgaat. Voor het inzicht in de honorering van bestuur en directie, voor zover het gaat om de uitvoering van de Zvw, is aansluiting gezocht bij soortgelijke verplichtingen in de wetgeving voor directies en bestuurders van zorginstellingen. De relatie die de zorgverzekeraar heeft met zorgaanbieders en de wijze waarop de zorgverzekeraar de kwaliteit van de zorg voor zijn verzekerden waarborgt vormen belangrijke aspecten van de invulling van de zorgplicht in de relatie met de verzekerde en de zorgaanbieder.

Het tweede lid regelt dat het uitvoeringsverslag moet worden ingericht overeenkomstig een door het CTZ aan te reiken model. Aldus kan het CTZ (de NZa), in het kader van zijn algemene toezichthoudende taak, waarborgen dat de uitvoeringsverslagen toegankelijk en vergelijkbaar zijn voor de verschillende stakeholders. Met name als het gaat om aspecten als de uitvoering van het acceptatiebeleid, de zorgplicht en het waarborgen van kwaliteit van gecontracteerde zorg, is het uitgangspunt daarbij te streven naar een op prestatie-indicatoren te baseren oordeel van de toezichthouder. Dit aspect is ook van belang voor de transparantie en het beschikbaar zijn van vergelijkbare informatie. Bij het vaststellen van het model zal de toezichthouder enige terughoudendheid moeten betrachten. De ontwikkeling van het model uitvoeringsverslag zal gelijke tred moeten houden met enerzijds het inzicht dat zorgverzekeraars hebben in het risicoanalysemodel dat de toezichthouder hanteert en anderzijds de mogelijkheden die zorgverzekeraars zelf hebben om hun (administratieve) organisatie zodanig in te richten dat zij in staat zijn verslag te doen op de wijze waarop het model de informatie vraagt. Door de ruimte die zorgverzekeraars hebben om te bepalen welke onderwerpen zij, naast de in artikel 2 genoemde, in het uitvoeringsverslag wensen op te nemen, ontstaat per definitie een grotere diversiteit. De toezichthouder zal ervoor moeten waken dat als gevolg van zijn model voor de inrichting van het uitvoerings-

verslag de bereidheid van zorgverzekeraars om uitgebreid over een veelheid van onderwerpen verslag te doen en verantwoording af te leggen in het uitvoerings- of maatschappelijk verslag, afneemt.

#### *Administratieve lasten*

Door de beperking van het aantal verplicht in het uitvoeringsverslag op nemen onderwerpen neemt voor de voormalig ziekenfondsen de administratieve lastendruk formeel af. Materieel zal van een afname van de administratieve lasten geen sprake zijn omdat de ziekenfondsen zich onderling geconformeerd hebben aan de afspraak om op een brede wijze in een maatschappelijk verslag verantwoording af te leggen over de uitvoering van de Zvw. Anders ligt dit voor de voorheen particuliere ziektekostenverzekeraars. Zij kennen nu niet een uitvoeringsverslag. Zij zullen zich in de uitwerking van deze wettelijke verplichting dan ook naar verwachting beperken tot een verslag waarin uitsluitend de wettelijk voorgeschreven onderwerpen aan de orde komen. Hieruit vloeit overigens geen grote lastenverzwaring op, omdat in de jaarverslaglegging en verantwoording die particuliere verzekeraars nu al afleggen de meeste van de onderwerpen die specifiek voor de opname in het uitvoeringsverslag zijn genoemd al voorkomen.

#### *Hoofdstuk 4. Bepalingen omtrent het Zorgverzekeringsfonds*

##### *Artikel 4.1*

Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) houdt de financiële middelen die deel uitmaken van het Zorgverzekeringsfonds, in rekening-courant aan bij de Minister van Financiën. Bij tekorten kan gebruik worden gemaakt van de kredietfaciliteiten die door de Minister van Financiën worden verleend. Dit zogenaamde geïntegreerde middelenbeheer impliceert dat nooit een toestand zal kunnen ontstaan, waarin het fonds niet aan zijn verplichtingen zal kunnen voldoen. Op grond van de liquiditeitsposities van het Zorgverzekeringsfonds is dus geen reserve vereist.

Een reden voor het opbouwen van een positieve of negatieve reserve zou eventueel kunnen zijn dat het Zorgverzekeringsfonds structureel meer 'nog te ontvangen' heeft dan 'nog te betalen' (of omgekeerd). De posten 'nog te ontvangen' en 'nog te betalen' kunnen ontstaan omdat de inkomensafhankelijke bijdrage die betrekking heeft op een maand met enige vertraging wordt gestort op de rekening van het fonds, terwijl ook de bijdrage aan de zorgverzekeraars met enige vertraging wordt afgedragen aan de verzekeraars. Door rekening te houden met het bovengenoemde kaspatroon zou via het bepalen van een positieve of negatieve reserve

kunnen worden bewerkstelligd dat het rekening-courant saldo van het fonds bijvoorbeeld gemiddeld nul bedraagt. Een andere reden voor het opbouwen van een positieve of negatieve reserve zou kunnen zijn het (administratief) verwerken van de afwijkingen in de exploitatie tussen de geprognosticeerde en gerealiseerde baten en/of lasten van het Zorgverzekeringsfonds.

Vooralsnog is er voor gekozen om met het bovenstaande geen rekening te houden en de gewenste reservepositie van het zorgverzekeringsfonds op nihil te stellen. De mogelijkheid bestaat om op termijn, als er meer informatie beschikbaar is over het verloop van de posten 'nog te ontvangen' en 'nog te betalen' en over het exploitatiesaldo, te bezien of er redenen zijn om de gewenste reservepositie anders vast te stellen.

##### *Artikelen 4.2 tot en met 4.6*

De Wet geïntegreerd middelenbeheer regelt dat de financiële middelen van de sociale verzekeringsfondsen, voor zover die een publiek karakter dragen (premieinkomsten, rijksbijdrage) worden aangehouden op een rekening-courant bij het rijk. Het betreft onder meer de financiële middelen van de fondsen die door de Sociale Verzekeringsbank, het Uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen (UWV) en het CVZ worden beheerd. Ook de financiële middelen van het Zorgverzekeringsfonds waarover het CVZ eveneens het beheer voert, vallen onder het wettelijk voorgeschreven geïntegreerde middelenbeheer door het Rijk. Bundeling van de geldstromen van de diverse onderdelen van de collectieve sector maakt efficiëntiewinsten mogelijk, omdat de fondsen hun gelden niet hoeven uit te zetten met een korte looptijd indien zij tijdelijk over meer middelen beschikken dan ze nodig hebben en het rijk hoeft geen financieringsmiddelen met een lange looptijd aan te trekken. Door integratie van de financiële middelen wordt aldus een verbetering gerealiseerd.

De aanwezige financiële middelen en de tekorten van de fondsen worden naar de kas van het rijk overgeheveld; de daardoor ontstane schuldverhoudingen worden door middel van rekening-courantverhoudingen tussen het rijk en de fondsenbeheerders vastgelegd. Het rijk vervult een bankiersfunctie voor de beheerders van de fondsen. Het rijk is daardoor in staat de geldstromen binnen de collectieve sector te matchen. De beschikkingsmacht (juridische eigendom) over de gelden op de betrokken rekening-courant blijft geheel bij de fondsenbeheerders. In de Zvw is bepaald dat nadere regels worden gesteld inzake het rente-arrangement, de wederzijdse informatievoorziening en de hoogte van de middelen die buiten de rekening-courant kunnen worden aangehouden. Deze regels strekken daartoe.

Voor elke fondsenbeheerder wordt in het kader van het geïntegreerde middelenbeheer in de centrale administratie van 's rijks schatkist één of meer rekeningen-courant geopend. Hierop komt per fondsenbeheerder het geïntegreerde middelenbeheer met de schatkist tot uitdrukking. Door het geïntegreerde middelenbeheer kunnen de fondsen, behoudens een beperkt werkkapitaal, voor hun betalingen alleen een beroep doen op de tegoeden die zij aanhouden bij 's rijks schatkist en op de door de Minister van Financiën geboden kredietfaciliteiten. Voor het CVZ wordt in de centrale administratie van 's rijks schatkist één of meer rekeningen-courant geopend, waarop de financiële middelen van de fondsen waarover het CVZ het beheer voert (Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten, Algemene Kas van de ziekenfondsverzekering tot 2010 en Zorgverzekeringsfonds), zullen worden aangehouden. Over de dagelijkse tegoeden wordt een rentevergoeding verstrekt. Bij eventuele tekorten worden rentekosten in rekening gebracht.

De techniek van het geïntegreerd middelenbeheer is sinds 1997 veranderd. Om die reden zijn de bepalingen inzake de crediteringen en debiteringen van de rekeningen-courant in de artikelen 4.3 en 4.4 gewijzigd ten opzichte van de tekst in de oude Regeling rekening-courantverhouding sociale verzekeringen van de Minister van Financiën van december 1997. De feitelijke betalingen en ontvangsten van het CVZ blijven gewoon verlopen via betaalrekeningen bij de (commerciële) banken. Deze betaalrekeningen worden in overleg met de banken in zogenaamd concernverband gebracht met een rekening van 's rijks schatkist bij elke betrokken bank. Dagelijks worden de tekorten en overschotten op deze betaalrekeningen aangevuld dan wel afgeroomd ten gunste of ten laste van de schatkistrekening bij de bank. Aan het eind van elke werkdag zijn aldus de saldi van de betaalrekeningen op nul gezet. Van die mutaties ontvangt het CVZ van de banken (dagafschriften). Van de overeenkomstige mutaties in de rekening-courant (de aanvullingen en de afroingen) wordt door het Ministerie van Financiën een administratie gevoerd. Van die mutaties ontvangen het CVZ van het Ministerie van Financiën (dagafschriften).

De bepaling in de oude regeling in artikel 7 dat het CVZ bevoegd is een bedrag van ten hoogste 2,5 miljoen euro buiten de rekening-courant te houden, is vervangen door de bepaling in het vierde lid van artikel 4.3, inhoudende dat in de rekening-courantovereenkomst, bedoeld in het derde lid, afspraken tussen een instelling en het Ministerie van Financiën kunnen worden gemaakt over het houden van een of meer betaalrekeningen buiten de concernverbandcon-



structie, bedoeld in het eerste lid. Omdat de rentevergoeding die het CVZ in het kader van het geïntegreerd middelenbeheer van het Ministerie van Financiën ontvangen in het algemeen beter is dan die zij van een bank ontvangen, is het buiten de concernverbandconstructie houden van een betaalrekening in het algemeen niet doelmatig en daaraan zal uit dien hoofde geen behoefte bestaan. Mocht in de praktijk uit andere hoofde de wenselijkheid daartoe bestaan, dan biedt het vierde lid van artikel 4.3 de mogelijkheid. Het moet echter om uitzonderingen gaan en om relatief geringe saldi. Voor het CVZ is hier gebruik van gemaakt hetgeen is vastgelegd in artikel 4.6.

In artikel 4.4 wordt geregeld dat naast de debet- en creditmutaties die in een rekening-courant worden verwerkt door het dagelijks aanvullen en afroten van de saldi op de betaalrekeningen, er een paar bijzondere betalingsverkeertransacties tussen het Ministerie van Financiën en de instellingen rechtstreeks via (creditering of debitering van) de rekening-courant plaatsvinden. Het betreft onder andere de afdracht door de Belastingdienst aan het CVZ van de ten behoeve van het Zorgverzekeringsfonds geïnde bijdragen, alsmede de betaling van jaarlijkse creditrente door Financiën, dan wel de te ontvangen debetrente van het CVZ. Het is niet doelmatig die betalingen via betaalrekeningen bij de banken te laten lopen.

Met het derde lid van artikel 4.4 wordt beoogd een aparte renteverrekening tussen de Belastingdienst en een rekening-courant houder te voorkomen met betrekking tot de door de Belastingdienst bij bijdrageplichtigen van de fondsen geïnde bijdragen. Tussen de maandelijkse ontvangst van de bijdragen en de afdracht aan het CVZ via de rekening-courant, zitten enige dagen of weken, hetgeen voor het CVZ rentederiving betekent. Door de valuteringsdata in overeenstemming te brengen met de inningdata wordt rentederiving voorkomen.

De bepalingen inzake het rentearrangement van de oude regeling is in artikel 4.5 gehandhaafd.

De bepalingen in de oude regeling inzake de wederzijdse informatievoorziening tussen het Ministerie van Financiën en het CVZ is vervallen. Afspraken inzake de informatievoorziening ten behoeve van de goede werking van de rekening-courant kunnen op grond van het vierde lid van artikel 4.3 in de rekening-courantovereenkomst worden vastgelegd.

## *Hoofdstuk 5. Bepalingen omtrent de inkomensafhankelijke bijdrage*

### *Artikel 5.1*

In artikel 5.1 wordt het maximum bijdrage-inkomen vastgesteld waarover in een kalenderjaar de inkomensafhankelijke bijdrage wordt geheven.

### *Artikel 5.2*

In het eerste lid wordt op grond van artikel 45, eerste lid, van de Zvw het percentage voor de inkomensafhankelijke bijdrage vastgesteld op 6,50.

In het tweede lid zijn de gevallen vermeld waarin een afwijkend percentage geldt. Een bijdragepercentage van 4,40 is vastgesteld voor de heffing van de inkomensafhankelijke bijdrage Zvw over het loon van een zeeman. Hiermee wordt rekening gehouden met de in het Verdrag van Seattle opgenomen verplichting van de reder om de kosten van medische zorg van een zeeman gedurende de uitoefening van de dienstbetrekking te voldoen. Ten einde de koopkrachteffecten voor onderscheiden categorieën van personen zoveel mogelijk te mitigeren heeft het kabinet besloten om het bijdragepercentage van 4,40 eveneens toe te passen bij de heffing van de inkomensafhankelijke bijdrage Zvw over inkomensbestanddelen waarvoor door betrokkenen van de uitkeringsinstantie geen vergoeding voor de verschuldigde bijdrage Zvw wordt ontvangen. Dit geldt in het algemeen bij pensioenen, lijfrenten en daarmee vergelijkbare uitkeringen. Voor bijdrage-inkomen die in de aanslagsfeer aan de Zvw-heffing wordt onderworpen geldt ook het lage bijdragepercentage, omdat over die inkomsten, te weten belastbare winst uit onderneming, belastbaar resultaat uit overige werkzaamheden en belastbare periodieke uitkeringen en verstrekkingen, als regel eveneens geen vergoeding wordt verkregen. Over de AOW-uitkering betalen ouderen een inkomensafhankelijke Zvw-bijdrage van 6,50 procent. Zij ontvangen weliswaar van de Sociale Verzekeringsbank geen vergoeding voor de door hen verschuldigde bijdrage, maar bij de vaststelling van de hoogte van de bruto AOW-uitkering door de Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid is rekening gehouden met de door de SVB in te houden Zvw-bijdrage. De netto AOW-uitkering is namelijk met dat bedrag verhoogd. Over andere pensioenen zijn betrokkenen wel het lagere percentage van 4,40 verschuldigd. Dit percentage wordt door de uitbetalende pensioeninstaties over het pensioen berekend en – net als de loonheffing – op de uitkering ingehouden en afgedragen aan de rijksbelastingdienst.

Voor degenen die ultimo 2005 alimentatie ontvangen, is voor de heffing over de alimentatie-uitkering het percentage op nihil gesteld waarmee koopkrachtf-

fecten voor die categorie van personen worden voorkomen. Deze maatregel heeft een tijdelijk karakter en geldt voor ten hoogste twaalf jaar.

In het derde lid is een rangorderegeling opgenomen voor het geval het bijdrage-inkomen uit bestanddelen bestaat waarover een verschillend bijdragepercentage is verschuldigd. Deze rangorderegeling is met name van belang ingeval het bijdrage-inkomen hoger is dan het maximumbedrag, bedoeld in artikel 5.1 en in voorkomend geval artikel 5.8. De rangorderegeling bewerkstelligt dat de desbetreffende bestanddelen zo veel mogelijk worden toegerekend in volgorde van het hoogste bijdragepercentage, zoals die zijn opgenomen in dit artikel. Eerst het hoogste percentage, vervolgens het verlaagde percentage en tenslotte het nihilbijdragepercentage.

### *Artikel 5.3*

Artikel 45, vierde lid, Zvw bepaalt dat het bijdragepercentage zodanig wordt vastgesteld, dat de som van de heffen inkomensafhankelijke bijdragen 50% bedraagt van de som van bij ministeriële regeling te bepalen, ten gunste van het Zorgverzekeringsfonds of de verzekeraars komende inkomsten. Aldus wordt bewerkstelligd dat de inkomensafhankelijke bijdragen 50% zullen bedragen van de macropremielast. Artikel 5.3 regelt uit welke elementen die macropremielast in 2006 is opgebouwd. Op hoofdlijnen gaat het om de som van de totaal door de verzekeraars te ontvangen (nominale) premies verminderd met de in 2007 uit te betalen no-claimteruggaven over 2006 (onderdelen a tot en met c), de rijksbijdrage voor de verzekering – in 2006 – van kinderen jonger dan achttien jaar (onderdeel d) en het totaalbedrag aan in 2006 te heffen inkomensafhankelijke bijdragen (onderdeel e). Omdat het uiteraard nog niet mogelijk is uit te gaan van de realisatiecijfers over het jaar waarvoor het bijdragepercentage zal gelden (in casu 2006), wordt uitgegaan van ramingen. Indien na 2006 beschikbaar komende gegevens uitwijzen dat de ramingen niet geheel correct waren, zal de 50/50-verhouding over 2006 alsnog worden gerealiseerd bij de vaststelling van het bijdragepercentage over een volgend jaar (zie artikel 45, vijfde lid, Zvw).

De in de onderdelen a tot en met c gehanteerde begrippen behoeven mogelijk nog enige toelichting. Het geraamde totaalbedrag aan (nominale) premie die zorgverzekeraars van hun verzekerden zullen ontvangen, is opgebouwd uit drie componenten, te weten de totaalopbrengst van een door de overheid bepaalde rekenpremie (onderdeel a), de totaalopbrengst van een door de overheid bepaalde opslag in verband met de no-claimteruggaveregeling (onderdeel a) en de totaalopbrengst van een door

verzekeraars bepaalde opslag, ter dekking van – in ieder geval – hun beheers- en exploitatiekosten (onderdeel b). De rekenpremie is het bedrag dat de verzekeraars naar verwachting gemiddeld van de verzekerde zullen moeten vragen willen zij, na aanvulling van dit bedrag met de vereveningsbijdrage, aan hun uit hun zorgverzekeringen voortvloeiende verplichtingen tot levering of vergoeding van zorg kunnen voldoen. De ramingen voor het kalenderjaar 2006 gaan ervan uit dat het totaalbedrag aan rekenpremie € 9 000 miljoen bedraagt. De opslag voor de no-claimteruggaveregeling kan worden beschouwd als een opslag op de rekenpremie, die onder meer dient voor financiering van de no-claimteruggave over het jaar 2006 (uit te keren in 2007).

Het hiervoor geraamde bedrag is in 2006 € 3 194 miljoen. Daartegenover staat dan € 1 140 miljoen aan in 2007 uit te keren no-claimteruggaven (in de berekening van de macropremielast mee te nemen als negatieve inkomsten; onderdeel c). De no-claimopslag wordt voor het budgetair kader zorg (BKZ) en de berekening van de collectieve lasten niet beschouwd als premie; in plaats daarvan wordt het saldo van deze opslag en de no-claimteruggave beschouwd als eigen betaling. Omdat het wegens gebrek aan goede ramingmogelijkheden niet mogelijk is voor het bepalen van de bijdragepercentages voor 2006 rekening te houden met het eigen risico als bedoeld in de paragraaf 3.4 van de Zvw, en ook om niet onnodig af te wijken van het begrip '(nominale) rekenpremie' zoals

dat wordt gehanteerd in het Besluit zorgverzekeringen, is echter vooralsnog besloten om in onderdeel a van deze regeling aan te sluiten bij de definitie van die premie in artikel 1, onderdeel g, van laatstgenoemd besluit, dat wil zeggen tot de rekenpremie ook de opslag voor de no-claimteruggaveregeling te rekenen. Daarom komt de opslag voor de no-claimteruggaveregeling niet als afzonderlijk onderdeel in de opsomming voor. Onderdeel b van de regeling noemt het totaalbedrag van de door de verzekeraars op de rekenpremie te leggen opslagpremie, en onderdeel c het (negatieve) totaalbedrag van de no-claimteruggave.

Getalsmatig leidt de regeling voor 2006 tot de volgende geraamde macropremielast:

<i>in miljoen euro's</i>	
onderdeel a.	12 194 (te weten: 9 000 + 3 194)
onderdeel b.	1 663
onderdeel c.	-1 140
onderdeel d.	1 864 +
subtotaal	14 580
onderdeel e.	14 580 +
macropremielast	29 160

#### *Artikel 5.4*

In artikel 5.4 worden op grond van artikel 46 van de Zvw de looninkomsten aangewezen waarvoor de verzekeringsplichtige jegens de inhoudingsplichtige regeling heeft op vergoeding van de over dat loon verschuldigde Zvw-bijdrage. Voor de aanwijzing van die looninkomsten heeft het kabinet het oog gehad op loon waarvoor onder het huidige ziektekostenstelsel door de inhoudingsplichtige doorgaans ook al een bijdrage in de premiekosten voor een ziektekostenverzekering wordt verstrekt.

Als zodanig loon wordt aangewezen het loon uit tegenwoordige dienstbetrekking. Iedere werkgever moet aan zijn werknemer de over het loon verschuldigde inkomensafhankelijke Zvw-bijdrage vergoeden. Daarnaast worden aangewezen het loon uit vroegere arbeid overeenkomstig de wettelijke bepalingen van de Wet op de loonbelasting 1964 (Wet LB 1964) dat tot de eerste dag van de maand volgende op de maand waarin betrokkene de leeftijd van 65 jaar bereikt aan verzekeringsplichtigen wordt uitbetaald, met uitzondering van een aantal nader aangegeven uitkeringen. De verplichte vergoeding van de Zvw-bijdrage geldt bijvoorbeeld niet voor uitkeringen ingevolge een pensioenregeling als bedoeld in de Wet LB 1964. Dit betreft onder meer ouderdomspensioenen en nabestaandenpensioenen voortvloeiende uit de vroegere dienstbetrekking van betrokkene of diens overleden partner. Ook de uitke-

ringen ingevolge een regeling voor vervroegde uittreding als bedoeld in de Wet LB 1964 zijn uitgezonderd. Ten einde de koopkrachteffecten voor betrokkenen te mitigeren geldt dit evenwel niet voor de uitkering ingevolge een regeling voor vervroegde uittreding die vóór 1 januari 2006 is ingegaan, in verband waarmee de uitkeringsgerechtigde op grond van artikel 1, onder g, van de Aanwijzingsbesluit verzekerden Zfw verzekerd was ingevolge de Zfw. Voor heffing van de inkomensafhankelijke bijdrage dit bijdrage-inkomen is dan ook het percentage van 6,50 van toepassing en de uitkeringsgerechtigde heeft jegens de uitkeringsinstantie recht op vergoeding van die Zvw-bijdrage. Verder geldt de vergoeding van de verschuldigde inkomensafhankelijke bijdrage over looninkomsten niet indien het onder meer betreft lijfrente-uitkeringen, verzetsuitkeringen, uitkeringen aan oorlogsgetroffenen en de zogenaamde Indische en Surinaamse pensioenen, alsmede beroeps pensioenen.

#### *Artikelen 5.5 tot en met 5.9*

##### *Algemeen*

De heffing van de inkomensafhankelijke bijdrage op grond van de Zvw strekt zich uit over het bijdrage-inkomen, zoals dat begrip is gedefinieerd in artikel 43, eerste lid, van de wet. Dit is de som van het belastbare loon overeenkomstig de bepalingen van de Wet LB 1964, de belastbare winst uit onderneming, het belastbaar resultaat uit overige

werkzaamheden en de belastbare periodieke uitkeringen en verstrekkingen overeenkomstig de bepalingen van de Wet IB 2001. Bij de heffing wordt rekening gehouden met een maximum bijdrage-inkomen. Meestal zal de bijdrageheffing zich probleemloos voltrekken door het volledig samenvallen van de bijdrageplicht op grond van de Zvw met de belastingplicht. Dit neemt niet weg dat de in de Zvw opgenomen bepalingen inzake bijdrageplicht, de maatstaf van de bijdrageheffing en het tarief, voor een aantal situaties nadere regelgeving behoeven. De wet biedt hiertoe de mogelijkheid op grond van artikel 47. Met name voor de situaties waarin de verzekeringsplicht op grond van artikel 2 van de Zvw zich niet over een vol kalenderjaar uitstrekt of waarin sprake is van samenloop met een wettelijke regeling van een andere mogelijkheid, is een nadere regeling voor de bijdrageheffing noodzakelijk.

#### *Artikel 5.5*

Deze bepaling hangt samen met de omstandigheid, dat het uit een dienstbetrekking genoten loon in bepaalde situaties opgaat in de winst uit onderneming. Het gaat hierbij om de situatie dat een ondernemer in het kader van zijn onderneming inkomsten verwerft uit werkzaamheden die in zodanige gezagsverhouding met de opdrachtgever plaatsvinden dat er sprake is van een dienstbetrekking. Deze inkomsten kwalificeren in dat geval als bijdrage-inkomen in de zin van artikel 43, eerste lid, onderdeel

a, van de wet. Op grond van de in artikel 2.14 van de Wet inkomstenbelasting 2001 opgenomen rangorderegeling worden deze inkomsten voor de toepassing van de Wet inkomstenbelasting 2001 echter aangemerkt als belastbare winst uit onderneming. Deze inkomsten kwalificeren derhalve eveneens als bijdrageinkomen in de zin van artikel 43, eerste lid, onderdeel b, van de wet. Met de in artikel 5.5 opgenomen bepaling wordt deze dubbelstelling voorkomen.

#### *Artikel 5.6*

In artikel 5.6 is bepaald dat voor de bijdrageheffing bepaalde inkomensbestanddelen niet tot het bijdrageinkomen worden gerekend. Dit doet zich voor bij samenloop met een wettelijke regeling van een andere mogendheid. Het betreft onder meer uitkeringen ingevolge de sociale-zekerheids-wetgeving van een andere mogendheid (artikel 5.6, onderdeel a) waaraan het recht op prestaties krachtens de wettelijke regeling inzake ziektekosten van die andere mogendheid is verbonden.

#### *Voorbeeld artikel 5.6, onderdeel a*

Een inwoner van Nederland is het gehele jaar belastingplichtig en daarnaast verzekeringsplichtig op grond van de Zvw. Hij ontvangt krachtens een buitenlandse wetgeving een uitkering van € 10 000 waarvoor premies krachtens een wettelijke regeling inzake ziektekosten worden betaald. De buitenlandse uitkering behoort niet tot het bijdrageinkomen.

Voorts is in artikel 5.6, onderdeel b, een voorziening getroffen voor situaties waarin al dan niet op grond van een internationale regeling inzake sociale zekerheid de socialeverzekeringswetgeving van Nederland en die van een andere mogendheid tegelijk van toepassing zijn op in verschillende landen verrichte werkzaamheden. Ingeval twee wetgevingen tegelijk van toepassing zijn op grond van een internationale regeling (verdragssituaties), wordt voor vermindering van het bijdrageinkomen niet de eis gesteld dat het inkomen voor de werkzaamheden waarop niet de Nederlandse wetgeving van toepassing is, onderworpen is aan premieheffing krachtens een wettelijke regeling inzake ziektekosten van de andere mogendheid.

#### *Voorbeeld artikel 5.6, onderdeel b*

Een inwoner van Nederland is het hele jaar in dienstbetrekking in Nederland werkzaam en drijft tevens het hele jaar in België als zelfstandige een onderneming. Op grond van artikel 14 quater, onderdeel b, van de Verordening (EEG) nr. 1408/71 van de Raad van 14 juni 1971 betreffende de toepassing van de socialezekerheidsregelingen op werknemers en zelfstandigen, alsmede op hun gezinsleden, die zich binnen de Gemeenschap verplaatsen (*Pb* E L 149) (hier-

na: Verordening) is de Nederlandse wetgeving van toepassing op de werkzaamheden in dienstbetrekking in Nederland en is de Belgische wetgeving van toepassing op de werkzaamheden als zelfstandige. Betrokkene is verzekeringsplichtig op grond van de Zvw en is derhalve een inkomensafhankelijke bijdrage verschuldigd over zijn bijdrageinkomen. Hij is het hele jaar verzekeringsplichtig. Het bijdrageinkomen omvat de belastbare winst uit de Belgische onderneming alsmede het in Nederland genoten loon. De belastbare winst uit de Belgische onderneming moet gelet op artikel 14 quater uit het bijdrageinkomen worden gehaald (geen onderworpenheidseis). Dit geschiedt met toepassing van artikel 5.6, onderdeel b, van de regeling.

Artikel 5.6 onderdeel c, van deze regeling is bedoeld voor diplomatieke of consulaire personeelsleden van een buitenlandse mogendheid, die naast hun werkzaamheden in diplomatieke of consulaire dienst nog andere werkzaamheden verrichten. Op grond van artikel 5, derde lid, van de AWBZ in samenhang met artikel 13, eerste lid, onderdeel a, tweede lid, onderdeel c, artikel 14, eerste lid, onderdeel a, artikel 15, eerste lid, onderdelen a, b en c, subonderdeel 1°, of artikel 16, eerste lid, onderdeel a van het Besluit uitbreiding en beperking kring verzekerden volksverzekeringen 1999 (BUB 1999) zijn deze personen, voorzover het gaat om hun werkzaamheden in diplomatieke of consulaire dienst, uitgezonderd van de AWBZ. In verband met het in voornoemde artikelen van het BUB 1999 bedoelde verrichten van andere werkzaamheden zijn zij toch verzekerd op grond van de AWBZ en daardoor eveneens verzekeringsplichtig op grond van de Zvw. Om te bereiken dat er geen bijdrageheffing plaatsvindt over het salaris dat ze ontvangen als diplomatiek of consulaire personeelslid, wordt hun bijdrageinkomen verminderd met dit salaris.

De bepaling is van overeenkomstige toepassing op ambtenaren van in Nederland gevestigde internationale organisaties, zoals Eurocontrol, ESA/ESTEC, Europees Octrooibureau, op de gevormde Ministers van de Nederlandse Antillen en van Aruba en de hun toegevoegde ambtenaren alsmede op buitenlandse ambtenaren die voor hun land werkzaam zijn in Nederland en niet vallen onder de hiervoor genoemde groepen.

#### *Artikel 5.7*

Er kunnen zich gevallen voordoen waarin de verzekeringsplicht zich niet uitstrekt over de gehele periode van de belastingplicht. Dit kan zich voordoen indien de verzekeringsplicht in de loop van het heffingstijdvak is geëindigd, bijvoorbeeld wanneer de verzekeringsplichtige in de loop van het kalenderjaar

in het buitenland is gaan werken. Bij toepassing van artikel 5.7 wordt het bijdrageinkomen afgeleid van het (over een langere periode vastgestelde) inkomen dat als maatstaf zou hebben gediend als de verzekeringsplicht volledig zou zijn samengevallen met de belastingplicht. De afleiding van het bijdrageinkomen vindt in beginsel plaats naar tijdsevenredigheid, mede aan de hand van de rekenregels van artikel 5.9 van deze regeling.

In het tweede lid is in aanvulling op de tijdsevenredige methode een aftrekmethode opgenomen voor gevallen waarin de verzekeringsplichtige in een belastingjaar is onderworpen aan de wetgeving van een andere mogendheid op grond van een internationale regeling inzake sociale zekerheid (bijvoorbeeld de Verordening). In dat geval is het niet van belang of er ook sprake is van onderworpenheid aan premieheffing krachtens een wettelijke regeling van die andere mogendheid inzake ziektekosten.

Wanneer evenwel een internationale regeling inzake sociale zekerheid ontbreekt, wordt als voorwaarde voor de toepassing van de aftrekmethode gesteld dat het desbetreffende inkomensbestanddeel is onderworpen aan premieheffing krachtens de wettelijke regeling inzake ziektekosten van een andere staat.

#### *Voorbeeld evenredigheidsmethode*

Een inwoner van Nederland geniet tot 1 juli € 10 000 winst uit een onderneming in Nederland. Vanaf 1 juli geniet hij € 3 000 winst uit een onderneming in België. Beide ondernemingen worden door hem feitelijk gedreven. Vanaf 1 juli is op deze inwoner van Nederland exclusief de Belgische socialezekerheidswetgeving van toepassing. Hij blijft echter gedurende het gehele jaar belastingplichtig. De periode van verzekeringsplicht is dus niet gelijk aan de periode van belastingplicht. Het bijdrageinkomen dient dan ook te worden vastgesteld op  $180/360 \times € 13 000 = € 6 500$ .

#### *Voorbeeld aftrekmethode*

Een inwoner van Nederland geniet tot 1 juli € 8 000 winst uit een onderneming in Nederland. Vanaf 1 juli geniet hij € 10 000 winst uit een onderneming in België. Beide ondernemingen worden door hem feitelijk gedreven. Aangezien de periode van verzekeringsplicht afwijkt van de periode van belastingplicht dient het bijdrageinkomen op grond van het eerste lid te worden vastgesteld op  $180/360 \times € 18 000 = € 9 000$ . Op grond van het tweede lid mag het bijdrageinkomen echter niet meer bedragen dan € 18 000 minus € 10 000 = € 8 000.

### Artikel 5.8

Artikel 5.8 houdt verband met een arrest van de Hoge Raad van 14 maart 2001 (nr. 35593). In dat arrest heeft de Hoge Raad beslist dat ingeval iemand niet het hele jaar verzekerd is voor de volksverzekeringen (in casu vanwege vertrek uit Nederland), onder bepaalde omstandigheden een tijdsevenredige verlaging van het bedrag waarover in een kalenderjaar maximaal premie wordt geheven (het premiumaximum) moet plaatsvinden.

Indien de tijdvakken van verzekeringsplicht op grond van de Zvw en belastingplicht niet aan elkaar gelijk zijn, vindt de herleiding van het bijdrageinkomen, zoals in artikel 5.7 is bepaald, in beginsel plaats naar tijdsevenredigheid. De Hoge Raad heeft in genoemd arrest bepaald dat er onder bepaalde omstandigheden voor iemand die niet het hele jaar verzekerd is, ook een tijdsevenredige verlaging van het premiumaximum moet plaatsvinden. De reden hiervoor is dat in verband met het waarborgen van het in artikel 39 EG-Verdrag opgenomen recht op vrij verkeer voor werknemers financiële benadeling bij migratie moet worden tegengegaan. Dit arrest kan analoog worden toegepast op EU-onderdanen die gebruik willen maken van de in artikel 43 EG-Verdrag gewaarborgde vrijheid van het recht van vestiging. De bepaling kan van toepassing zijn zowel in de situatie waarin de tijdvakken van belasting- en verzekeringsplicht niet aan elkaar gelijk zijn (artikel 5.7) als de situatie waarin die tijdvakken wel aan elkaar gelijk zijn. Indien de tijdvakken van belastingplicht en verzekeringsplicht aan elkaar gelijk zijn, doch geen volledig kalenderjaar omvatten, zal normaliter het bijdrageinkomen alleen worden bepaald aan de hand van de bepalingen van paragraaf 5.2. van de Zvw. Indien de beide tijdvakken niet aan elkaar gelijk zijn, dient nog een herberekening plaats te vinden aan de hand van hetgeen is bepaald in artikel 5.7. In beide gevallen dient de over het aldus berekende bijdrageinkomen verschuldigde inkomensafhankelijke bijdrage te worden vergeleken met het naar tijdsevenredigheid herleide bedrag dat maximaal aan bijdrageinkomen in de heffing mag worden betrokken. Het laagste bedrag dient als bijdrageinkomen in de heffing te worden betrokken.

Aan de toepassing van artikel 5.8 gaat altijd de toepassing van de relevante wettelijke bepalingen en artikel 5.6 van de regeling vooraf en daarnaast, indien de inkomensafhankelijke bijdrage bij wege van aanslag geschiedt en de periode van verzekeringsplicht niet gelijk is aan de periode van belastingplicht, eventueel de toepassing van artikel 5.7 van deze regeling.

Deze bepaling ziet zowel op de inhoudingsfeer als op de aanslagsfeer en werkt door naar artikel 49, derde lid, van de Zvw.

#### *Voorbeeld 1 (toepassing artikel 5.8 in de inhoudingsfeer)*

Een inwoner van Nederland geniet tot 1 juli 2006 loon uit tegenwoordige dienstbetrekking van twee inhoudingsplichtigen. Beiden houden maandelijks de maximaal verschuldigde inkomensafhankelijke bijdrage in. Per 1 juli 2006 beëindigt de inwoner beide dienstbetrekkingen en gaat vervolgens in België in loondienst werken.

Vanaf 1 juli 2006 is op hem exclusief de Belgische sociale-zekerheidswetgeving van toepassing.

De verzekeringsplichtige is maximaal een inkomensafhankelijke bijdrage verschuldigd over  $180/360 \times$  het maximaal op jaarbasis in de heffing te betrekken bijdrageinkomen. Het teveel ingehouden en afgedragen bedrag zal worden terugbetaald via een beschikking als bedoeld in artikel 50 van de Zvw.

#### *Voorbeeld 2 (toepassing artikel 5.8 in de aanslagsfeer)*

Een zelfstandige is inwoner van Nederland en geniet tot 1 september 2006 winst uit een in Nederland gevestigde onderneming. Per 1 september 2006 brengt de zelfstandige zijn onderneming over naar België. Hij verhuist op 1 september 2006 naar België. Nadien geniet hij geen Nederlands inkomen als bedoeld in de Wet IB 2001.

De tijdvakken van belastingplicht en verzekeringsplicht zijn aan elkaar gelijk. Zijn bijdrageinkomen omvat alleen de belastbare winst uit de Nederlandse onderneming ad € 35 000. De winst uit de Belgische onderneming maakt geen deel uit van het belastbare inkomen/bijdrageinkomen. Het bijdrageinkomen wordt tot maximaal € 30 015 in aanmerking genomen.

De verzekeringsplichtige is echter maximaal een inkomensafhankelijke bijdrage verschuldigd over een bijdrageinkomen van  $240/360 \times € 30 015 = € 20 009$ .

Indien deze verzekeringsplichtige niet naar het buitenland was vertrokken maar op genoemde datum was overleden, zou op grond van de wettelijke bepalingen over € 30 015 de inkomensafhankelijke bijdrage zijn berekend.

#### *Voorbeeld 3 (samenloop van de artikelen 5.7 en 5.8)*

Iemand is inwoner van Nederland, en geniet tot 1 juli 2006 resultaat uit overige werkzaamheden.

Per 1 juli 2006 start hij een onderneming in België. Nadien geniet hij geen resultaat uit overige werkzaamheden meer. Hij blijft woonachtig in Nederland.

De tijdvakken van belastingplicht- en verzekeringsplicht zijn niet aan elkaar gelijk. Het bijdrageinkomen bedraagt in 2006 € 18 000. Hierin is een bedrag van € 10 000 begrepen aan winst uit de in België gevestigde onderneming. Op dit bedrag is ingevolge een internationale regeling inzake sociale zekerheid die tussen Nederland en een of meer andere mogendheden van kracht is, de Belgische wetgeving van toepassing. Vanaf 1 juli 2006 is op de inwoner van Nederland exclusief de Belgische sociale zekerheidswetgeving van toepassing.

Het bijdrageinkomen wordt achtereenvolgens afgeleid op grond van artikel 5.7, eerste lid, artikel 5.7, tweede lid, en artikel 5.8.

#### *Artikel 5.7, eerste lid*

Het bijdrageinkomen wordt op grond van artikel 5.7, eerste lid, tijdsevenredig herleid:

$$180/360 \times € 18 000 = € 9 000.$$

#### *Artikel 5.7, tweede lid*

Het bijdrageinkomen van € 18 000 wordt op grond van artikel 5.7, tweede lid, verminderd met € 10 000 tot € 8 000.

#### *Artikel 5.8*

Op basis van artikel 5.8. moet in dit geval het maximaal in aanmerking te nemen bijdrageinkomen ad € 30 015 naar tijdsevenredigheid worden herleid. Het maximum bedraagt na tijdsevenredig herleiding:

$$180/360 \times € 30 015 = € 15 007.$$

In casu leidt de toepassing van artikel 5.7, tweede lid, tot het laagste bijdrageinkomen.

#### *Voorbeeld 4 (samenhang artikel 5.8 met artikel 49, derde lid, van de Zvw)*

Een inwoner van Nederland geniet tot 1 juli 2006 loon uit tegenwoordige dienstbetrekking van een inhoudingsplichtige. De inhoudingsplichtige houdt maandelijks de maximaal verschuldigde inkomensafhankelijke bijdrage in. Het in totaal genoten belastbare loon bedraagt € 17 000.

Daarnaast geniet de inwoner tot 1 juli 2006 € 35 000 winst uit een in Nederland gevestigde onderneming. Per 1 juli 2006 beëindigt de inwoner de dienstbetrekking en staakt hij de onderneming. Vervolgens gaat hij in België in loondienst werken en verhuist per 1 juli 2006 naar België.

Vanaf 1 juli 2006 is op hem exclusief de Belgische sociale-zekerheidswetgeving van toepassing.

De verzekeringsplichtige is maximaal een inkomensafhankelijke bijdrage over een bijdrageinkomen van  $180/360 \times € 30 015 = € 15 007$ . Het bijdrageinkomen dat op grond van artikel 49, derde lid, van de Zvw maximaal in de aanslagsfeer kan worden geheven bedraagt echter nihil

$(180/360 \times \text{€ } 30\,015 = \text{€ } 15\,007$  minus  $\text{€ } 17\,000 = \text{nihil}$ ).

#### Artikel 5.9

Artikel 5.9 bevat rekenregels voor de tijdsevenredige afleidingen in de aanslagsfeer. Ten behoeve van een tijdsevenredige vaststelling van het bijdrage-inkomen is bepaald dat een kalenderjaar op 360 dagen en een kalendermaand op 30 dagen wordt gesteld. Voorts dat daarbij de dag waarop het tijdvak aanvangt, als een gehele dag wordt geteld en de dag waarop het tijdvak eindigt, niet in aanmerking wordt genomen.

#### Artikelen 5.10 tot en met 5.12

Een belangrijk onderdeel van de wijziging van de belastingwetgeving per 1 januari 1990 (Oort-operatie) was de invoering van een gecombineerde heffing van de loon- en inkomstenbelasting en de premie voor de volksverzekeringen. Met de invoering van de Wet financiering sociale verzekeringen (Wfsv) wordt die gecombineerde heffing uitgebreid met de heffing van de premies werknemersverzekeringen. Voor de heffing en inning van de inkomensafhankelijke bijdrage voor de Zvw is hierbij aangesloten. Deze gecombineerde heffing en inning heeft gevolgen voor de wijze van afdracht van de door de rijksbelastingdienst geïnde premies sociale verzekeringen en Zvw-bijdragen aan de fondsen. Omdat de geïnde bedragen niet afzonderlijk naar fondsen worden geadmistreerd, kan de premie/bijdrageopbrengst per wettelijke regeling niet apart worden afgedragen. De totale opbrengst van de gecombineerde heffing wordt per sociale verzekering en de Zvw berekend en afgedragen.

Bij de heffing van de inkomensafhankelijke bijdrage op winst en overige inkomsten wordt een zelfstandige aanslag opgelegd. Deze geïnde bedragen op aanslag inclusief de heffings-, invorderingsrente en boeten bijdrage Zvw worden wel afzonderlijk geregistreerd en worden zonder verdere verdeling aan het zorgverzekeringsfonds afgedragen.

Zowel in de Wfsv als in de Zvw is bepaald dat bij ministeriële regeling regels gesteld worden met betrekking tot de afdracht van de premies sociale verzekeringen c.q. de bijdragen Zvw door de rijksbelastingdienst aan de betrokken fondsen. De artikelen 5.10 t/m 5.12 strekken daartoe voor wat betreft de afdracht door de rijksbelastingdienst van de bijdragen Zvw. De bepalingen komen inhoudelijk overeen met de regels die hieromtrent in het kader van de Wfsv zijn gesteld met betrekking tot de afdracht van de premies sociale verzekeringen.

De methode van gezamenlijke inhouding, heffing en afdracht van de belasting, premie voor de volksverzekeringen, premie voor de werknemersverze-

keringen en de bijdragen voor de Zvw die worden geheven op loon in één bedrag leidt er toe dat het totaal van de gecombineerde heffing gesplitst moet worden in een belasting-, premie- en bijdragedeel om tot een afdracht aan de afzonderlijke fondsen te komen. Met de fondsen vindt afrekening plaats door het totaal van alle ontvangsten (uit aangiften en aanslagen en inclusief de heffings-, invorderingsrente en boeten) te verdelen op basis van de verhouding die blijkt uit de collectieve aangiftegegevens loonheffingen, aangevuld met de eventuele correcties daarop vanuit de naheffing.

De werkwijze bij de afdracht is als volgt:

Na afloop van de maand bepaalt de rijksbelastingdienst aan de hand van de ontvangen aangiften (collectieve gedeeltes van het loonaangiftebericht) over dat specifieke belasting/premie/bijdragejaar de verdeelpercentages voor de loonheffing (loonbelasting & premies volksverzekeringen), premies werknemersverzekeringen en inkomensafhankelijke bijdragen Zvw. Daarnaast bepaalt de rijksbelastingdienst per belasting/premie/bijdragejaar het totaal aan ontvangen gelden t/m het eind van de maand. Deze ontvangen gelden worden over de fondsen verdeeld op basis van het verdeelpercentage. De mutaties per fonds ten opzichte van de verdeling t/m de voorgaande verslagperiode worden vervolgens berekend.

In principe loopt de verantwoording bij de aangiften loonheffing twee kalenderjaren door. Na twee jaar wordt de verdeelsleutel PWV 'bevroren'. Voor betalingen in de jaren daarna wordt de 'bevroren' verdeelsleutel over het bijdragejaar gehanteerd.

Bij de heffing van de inkomensafhankelijke bijdrage op winst en overige inkomsten wordt een zelfstandige aanslag opgelegd. Voor deze bijdrage wordt derhalve een zuivere registratie van de ontvangsten bijgehouden. Het vaststellen van een verdeelmethodiek is niet nodig.

Het Zvw-bijdragetotaal, wordt door de rijkshoofdboekhouder maandelijks overgeboekt van de rekening-courant Belastingdienst naar de rekening-courant van het CVZ.

In een tussen de rijksbelastingdienst en het CVZ te sluiten serviceniveau-overeenkomst worden de toerekening van de ontvangen loonheffingen aan het Zorgverzekeringsfonds, de afdracht van alle inkomensafhankelijke bijdragen, de te verstrekken financiële overzichten en bestuurlijke informatie, de wijze waarop de rijksbelastingdienst verantwoording aflegt over de heffing, inning en afdracht van de inkomensafhankelijke bijdragen en de accountantscontrole daarop, vastgelegd.

#### Hoofdstuk 6. Het College zorgverzekeringen

##### Onderdeel F, § 1. Vergoedingen en rechtspositie leden College zorgverzekeringen

In de brief van 27 mei 2005 aan de Voorzitters van de Eerste en Tweede Kamer is een overzicht gegeven van het geheel van uitvoeringsorganen en toezichthouders in het nieuwe zorgstelsel (Kamerstukken I 2004/05, 29 762 en 29 763, J en Kamerstukken II 2004/04, 29 689, nr. 7).

De omvorming naar een nieuw model voor uitvoering en toezicht heeft grote consequenties voor de bestaande structuur van bestuursorganen in de zorg. In de brief is aangegeven dat de omvorming van het CVZ en het CTZ per 1 januari 2006 is voorzien. De omvorming houdt onder meer in de invoering van een raad van bestuur van drie personen. Omdat per 1 januari 2006 de invoering van de Zvw alle aandacht van het CVZ vraagt, is gekozen voor bestuurlijke continuïteit. Het nieuwe bestuursmodel zal voor het CVZ pas met ingang van 1 januari 2007 worden ingevoerd. Het huidige bestuur van het CVZ is gevraagd tot 1 januari 2007 aan te blijven. Daarom is besloten om voor het CVZ de vergoedingen van zijn leden en van die van zijn commissies in 2006 nog op dezelfde wijze te regelen als tot 1 januari 2006 op grond van de Ziektefondswet (Zfw) geregeld was. Deze paragraaf strekt daartoe.

Anders dan bij de Zfw is in deze paragraaf niets geregeld voor de leden van het CTZ, omdat het CTZ met de invoering van de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG) samen het College tarieven gezondheidszorg omgevormd is tot de Nederlandse zorgautoriteit. Het kabinet beoogt de WMG met ingang van 1 januari 2006 in werking te laten treden.

De bepalingen komen voor het CVZ overeen met de Vergoedingsregeling leden CVZ en College toezicht. In artikel 2, derde lid, van die regeling was geregeld dat aanspraak bestond op onder meer een tegemoetkoming voor het afsluiten van een particuliere ziektekostenverzekering overeenkomstig het Besluit tegemoetkoming ziektekosten rijkspersoneel. Met de invoering van de Zvw vervalt de tegemoetkoming op deze wijze. Op dit moment wordt nog onderhandeld over een eventuele tegemoetkoming. Of en hoe die er komt, is nu nog niet duidelijk. Daarom is in artikel 6.1.2, tweede lid, van deze paragraaf bepaald dat er aanspraak bestaat op een tegemoetkoming voor het afsluiten van een zorgverzekering voor zover dat geregeld is voor het rijkspersoneel.

*Onderdeel F, § 2. Subsidies ten laste van het Zorgverzekeringsfonds*

In deze paragraaf zijn regels getroffen voor de subsidies uit het Zorgverzekeringsfonds die worden uitgevoerd door het CVZ (CVZ). De bevoegdheid voor deze regels is geregeld in artikel 68 van de Zvw. Subsidies uit het Zorgverzekeringsfonds zijn alleen mogelijk voor zorg of diensten ten aanzien waarvan het voornemen bestaat deze op te nemen in de te verzekeren prestaties Zvw. De subsidies zijn dan ook altijd tijdelijk van aard. Daarmee is aangesloten bij het subsidiebeleid zoals dat met de brief van 13 november 2003 aan de Voorzitter van de Tweede Kamer is meegedeeld (Kamerstukken II 2003/04 29 214, nr. 9) geeft de bevoegdheid om bij ministeriële regeling daarvoor regels te stellen. Dit beleid houdt dus in dat alle bestaande premiesubsidies die niet aan dit doel of al een lange duur hebben zullen worden beëindigd en elders zullen worden onder gebracht.

Tot 1 januari 2006 was de bevoegdheid om regels te treffen voor het verstrekken van subsidies uit de Algemene Kas en het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ) geregeld in artikel 2p van de Zfw. Met het intrekken van de Zfw is de basis voor de regels voor het verstrekken van subsidies uit het AFBZ geregeld in artikel 44 van de AWBZ alsmede tijdelijk in artikel 3.1.7 van de Invoerings- en Aanpassingswet Zorgverzekeringswet (I&A-wet Zvw). Op de subsidies uit het AFBZ wordt hier verder niet op ingegaan. Voor de subsidies uit het AFBZ zal een aparte regeling worden vastgesteld. De subsidieregels op grond van artikel 1p van de Zfw waren neergelegd in de Regeling subsidies AWBZ en Zfw. Voor zover relevant zijn deze in de onderhavige regeling opgenomen.

*Onderdeel F, § 2.1. Algemene subsidiebepalingen*

In deze paragraaf zijn de algemene subsidiebepalingen opgenomen zoals die voorheen in hoofdstuk I van de Regeling subsidies AWBZ en Zfw waren opgenomen. Voor de subsidies uit het AFBZ zullen de algemene bepalingen in de aparte regeling voor deze subsidie eveneens worden opgenomen.

*Onderdeel F, § 2.1.1. Begrippen en algemene bepalingen*

In paragraaf 2.1.1. zijn een aantal begrippen en een aantal algemene zaken geregeld.

*Artikel 6.2.1*

In artikel 6.2.1 wordt voor een aantal onderwerpen onderscheid gemaakt tussen instellingssubsidies en projectsubsidies. Het merendeel van de premiesubsidies zijn aan te merken als een projectsubsidie. Instellingssubsidies komen evenwel ook voor. Bij instel-

lingssubsidies is sprake van ondersteuning van instellingen voor (een deel van) hun structurele activiteiten, veelal in aansluitende perioden. Naar aanleiding van de definitie van 'instellingssubsidie' wordt opgemerkt dat onder de kosten van de structurele activiteiten van een instelling uiteraard ook de 'overheadkosten' (waaronder de kosten van de huur van een pand en verzekeringen) kunnen worden verstaan, voor zover deze tenminste toegerekend kunnen worden aan de subsidiabel gestelde activiteiten.

Projectsubsidies zijn subsidies voor incidentele, in de tijd afgebakende projecten. Dit komt tot uitdrukking in de definitiebepaling van 'projectsubsidie'. Gedoeld wordt op een activiteit of een samenhangend geheel van activiteiten met een tevoren vastgestelde uitvoeringstermijn, te maken kosten en doelstelling. Onder deze beschrijving vallen bijvoorbeeld onderzoeken en experimenten. Een instellingssubsidie kan alleen worden verleend aan een privaatrechtelijke rechtspersoon met volledige rechtsbevoegdheid dan wel aan een rechtspersoon die krachtens publiekrecht is ingesteld. Projectsubsidies kunnen ook worden verleend aan natuurlijke personen en aan rechtspersonen met een beperkte rechtsbevoegdheid.

*Artikel 6.2.2*

In artikel 6.2.2 is het CVZ opgedragen subsidies te verstrekken voor de doelstellingen, genoemd in paragraaf 2.2. De tweede volzin geeft aan dat de subsidies ten laste van het Zorgverzekeringsfonds. Het tweede lid is de basis op grond waarvan de regels in deze regeling gaan gelden in de verhouding tussen CVZ en de gesubsidieerde, zonder dat deze in de subsidiebeschikking herhaald hoeven te worden.

*Artikel 6.2.3*

Artikel 6.2.3 bevat een aantal voorwaarden waar in elk geval aan voldaan moet zijn alvorens het CVZ een positieve beslissing op de aanvraag kan nemen. Bepaald is dat de subsidie slechts wordt verstrekt, indien de aanvrager naar het oordeel van het CVZ aannemelijk heeft gemaakt dat de financiële middelen met inbegrip van de subsidie voldoende zullen zijn om de voorgenomen activiteiten uit te voeren. Deze verplichting geldt niet voor rechtspersonen krachtens publiekrecht ingesteld, vanwege het feit dat de verhouding tussen openbare lichamen onderling van een andere orde is dan de verhouding met privaatrechtelijke organisaties.

*Onderdeel F, § 2.1.2. Berekeningswijze instellingssubsidie*

In paragraaf 2.1.2 is de hoofdregel voor de berekening van een instellingssubsidie geregeld. Deze berekeningswijze behelst een vorm van budgetsubsidie; de

subsidie bestaat uit een bedrag ten behoeve van de overeenkomstig een door het CVZ goedgekeurd activiteitenplan uitgevoerde activiteiten. De instelling heeft een grote eigen verantwoordelijkheid en vrijheid binnen de besteding van het budget, uiteraard binnen de grenzen van de subsidievoorschriften en het goedgekeurde plan. Het wordt in beginsel aan de subsidieontvanger overgelaten om te beoordelen hoe hij met de hem toegewezen middelen wil komen tot de te leveren prestatie. Daar staat tegenover dat bij een budgetsubsidie de subsidieontvanger ook zelf het risico loopt bij overschrijding van bepaalde kosten. De vorenbedoelde vrijheid neemt niet weg dat de instelling ook in een budgetstelsel inzicht moet geven in de wijze waarop activiteiten worden uitgevoerd en in de lasten en (te verwachten) baten.

In beginsel bestaat bij uitvoering van de subsidiabel gestelde activiteiten aanspraak op het bedrag vermeld in de subsidieverlening. De werkelijke kosten kunnen evenwel minder bedragen dan dit subsidiebedrag. Het wordt wenselijk geacht aan een eventueel subsidieoverschot grenzen te stellen. Geregeld is dat het subsidiebedrag wordt verlaagd indien dit overschot het bedrag van de maximaal toegestane reservering overschrijft.

Het volgende rekenvoorbeeld moge de relatie tussen de artikelen 6.2.5 en 6.2.23 verduidelijken.

Hierbij wordt er van uitgegaan dat de subsidieontvanger de activiteiten volledig heeft uitgevoerd en er geen andere aanleidingen zijn om de subsidie te verlagen.

Begrote lasten subsidiabele activiteiten:	€ 125
Begrote overige baten	€ 25
Verleende instellingssubsidie	€ 100

De verhouding tussen de begrote overige baten en de verleende instellingssubsidie bedraagt 1:4. Het aan de instellingssubsidie toe te rekenen deel van een eventueel overschot bedraagt derhalve 4/5<sup>e</sup> deel.

De gerealiseerde lasten subsidiabele activiteiten bedragen	€ 125
Gerealiseerde overige baten	€ 45

Verleende subsidie	€ 100
Overschot	€ 20

Aan de instellingssubsidie toe te rekenen overschot bedraagt  $4/5 \times € 20 = € 16$ .

Maximum reservering bedraagt: 10 % van € 100 = € 10.

De verleende subsidie wordt verlaagd met € 6 (€ 16 - € 10).

*Onderdeel F, § 2.1.3. Berekeningswijze projectsubsidies*

De hoofdregel in paragraaf 2.1.3 voor de berekening van projectsubsidies wordt gevormd door het verschil tussen de werkelijke lasten die samenhangen met de gesubsidieerde activiteiten, voor zover opgenomen in de door het CVZ goedgekeurde begroting, en de met de gesubsidieerde activiteiten samenhangende baten, tot een door het CVZ vastgesteld maximum.

Bij projectsubsidies zal zowel bij de aanvraag, verlening als bij de vaststelling van de subsidie nauwkeurig gekeken worden naar de aanwending van de middelen, de verworven inkomsten en de vraag of en in hoeverre er nog enige noodzaak is tot verlening of vaststellen van de subsidie, gelet op de verworven inkomsten. In de subparagrafen van paragraaf 2.2 waarin de specifieke subsidieonderwerpen zijn geregeld, komt het veelvuldig voor dat, in verband met het beoogde resultaat, voor een afwijkende, berekeningswijze gekozen is.

*Onderdeel F, § 2.1.4. Modellen en formulieren*

In paragraaf 2.1.4 is geregeld dat het CVZ een aantal modellen en formulieren vaststelt. De subsidieontvanger dient van deze formulieren en modellen gebruik te maken bij de aanvraag van een subsidie en bij de aanvraag tot vaststelling van de subsidie.

*Onderdeel F, § 2.1.5. Aanvraag van een instellingssubsidie en § 2.1.6. Aanvraag van een projectsubsidie*

De verschillen tussen instellings- en projectsubsidies maken dat ook andere informatie nodig is. Bij de projectsubsidie is de gevraagde informatie toegespitst op het te subsidiëren project; bij instellingssubsidiëring is naast informatie over te subsidiëren activiteiten ook informatie over het reilen en zeilen van de instelling als zodanig nodig. Dit komt tot uitdrukking in de artikelen van de paragrafen 2.1.5 en 2.1.6. Het vereiste dat omschreven moet worden op welke wijze de activiteiten worden uitgevoerd betekent niet dat een volledig inzicht moet worden gegeven in de interne bedrijfsvoering. De begroting moet inzicht geven in de baten en de lasten van de activiteiten waarvoor subsidie wordt gevraagd. Onder baten kunnen onder meer worden verstaan: contributies, eigen bijdragen, schenkingen, legaten en andere financiële bijdragen, waaronder subsidies.

Tevens wordt voorgeschreven dat bij de aanvraag van een instellingssubsidie een overzicht van de financiële toestand van de instelling kan worden gevraagd. Hiermee wordt beoogd het CVZ in staat te stellen te beoordelen of een instelling bedrijfseconomisch gezond is. In de praktijk zal hieraan voldaan kunnen worden door inzending van de balans

over het afgelopen jaar, zonedig aangevuld met informatie over de ontwikkelingen die daarna hebben plaatsgevonden. Bij projectsubsidies zal dit volledig overzicht slechts in een beperkt aantal gevallen nodig zijn. Tevens moet het CVZ kunnen beoordelen of de aanvraag door de bevoegde personen is ondertekend. In het geval van een aanvraag door een privaatrechtelijke rechtspersoon dienen hiervoor de statuten en eventuele volmachten te worden overgelegd.

*Onderdeel F, § 2.1.7. Subsidieverlening en bevoorschotting*

In paragraaf 2.1.7 is de subsidieverlening en de bevoorschotting geregeld.

De beslissing op de subsidieaanvraag door het CVZ is een beschikking in de zin van de Algemene wet bestuursrecht. De beschikking ten aanzien van een instellingssubsidie zal, gezien de voorgescreven beslistermijn, nagenoeg steeds gegeven worden onder de begrotingsvoorwaarde. De begroting zal op dat tijdstip immers veelal nog niet zijn vastgesteld.

*Artikel 6.2.15*

Artikel 6.2.15 bevat bepalingen over de bevoorschotting. De liquiditeitsbehoefte bij een instellingssubsidie is doorgaans regelmatig gespreid. Artikel 6.2.15 gaat hier dan ook van uit. Indien de liquiditeitsbehoefte niet regelmatig gespreid is, dient het CVZ hier rekening mee te houden bij de bevoorschotting. De instelling zal in die situatie een liquiditeitsprognose bij de aanvraag moeten meesturen.

Bij projectsubsidies kan de liquiditeitsbehoefte fluctueren. Voor deze subsidies geldt derhalve dat het CVZ voorschotten kan verlenen en daarbij rekening moet houden met de liquiditeitsbehoefte. Indien die behoefte niet regelmatig gespreid is, is in het artikel inzake de aanvraag van projectsubsidies geregeld dat de liquiditeitsbehoefte in de prognose per maand moet zijn omschreven. Geregeld is dat de bevoorschotting kan plaatsvinden vanaf het moment van de aanvraag. Uiteraard moet dan sprake zijn van een aanvraag die voldoet aan de procedurele en formele vereisten en alle noodzakelijke gegevens en bescheiden bevat. Hoewel in het algemeen de subsidieverlening vóór het moment van de bevoorschotting ligt, is de bevoorschotting in de onderhavige regeling niet gekoppeld aan de subsidieverlening. Dat is gebeurd, omdat het in de praktijk soms voorkomt dat de beschikking plaatsvindt nadat de periode waarvoor de subsidie is bedoeld, al is aangevangen.

*Artikel 6.2.16*

Artikel 6.2.16 biedt de mogelijkheid om subsidies te verhogen of te verlagen in verband met de ontwikkelingen van het prijspeil of de arbeidsvoorwaarden. In afwijking van de systematiek van de

begrotingsgefinancierde subsidies wordt de loon- en prijscompensatie niet lopende de subsidieperiode doorgevoerd. Dit zou een onevenredige administratieve belasting betekenen. Om het nadeel te ondervangen dat gesubsidieerden dan de loon- en prijscompensatie moeten voorfinancieren, wordt bij de vaststelling van de subsidieplafonds voorcalculatorisch bijgeplust. Het percentage van bijplussing wordt berekend op basis van het CPB-report, nr. 2 van het jaar voorafgaande aan het subsidiejaar. Met deze ophoging kan het CVZ op basis van de gegevens van de subsidieaanvrager al rekening houden bij de verlening van subsidies. Het CVZ blijft ook op dit punt verantwoordelijk voor de beoordeling van de subsidieaanvraag. Bij de beschikking tot subsidieverlening kan het CVZ aangeven welk deel van het maximum loon- en welk deel prijsgevoelig is. Bij de uiteindelijke subsidievaststelling vindt een herberekening plaats voor de loon- en prijscompensatie, zoals die in het betreffende jaar is toegevoegd in de Zorgnota. Deze bedragen zijn ook uitgangspunt voor het subsidieplafond van het volgende jaar. Dat plafond wordt vervolgens voorcalculatorisch bijgeplust, zoals hiervoor is aangegeven.

*Onderdeel F, § 2.1.8. Verplichtingen van de subsidieontvanger*

Paragraaf 2.1.8 regelt een aantal verplichtingen van de subsidieontvanger.

*Artikel 6.2.20*

In artikel 6.2.20 is bepaald dat de subsidieontvanger relevante informatie met betrekking tot de subsidie zo spoedig mogelijk moet melden aan het CVZ. Ingevolge het tweede lid wordt onder die informatie in ieder geval de situatie begrepen dat de feitelijke liquiditeitsbehoefte lager blijkt te zijn dan de verleen-de voorschotten.

*Artikel 6.2.21*

In artikel 6.2.21 wordt de verzekeringsplicht van de subsidieontvanger van een instellingssubsidie geregeld. Indien nodig wordt de verzekeringsplicht voor de ontvanger van een projectsubsidie in de afzonderlijke subsidieparagraaf voorgeschreven. Verzekering op afdoende wijze, zoals voorgeschreven in het eerste lid, betekent voor onroerende zaken een verzekering tegen herbouwwaarde.

Ten aanzien van het activiteitenverslag merk ik op dat bij projectsubsidies die zich over meer jaren uitstrekken niet imperatief is voorgeschreven dat tussentijds (financiële of inhoudelijke) informatie wordt verstrekt. Indien nodig wordt dit in de specifieke subsidieparagraaf geregeld. Deze vrijheid vindt zijn grens in artikel 6.2.20, dat voorschrijft dat omstandigheden die van belang zijn voor een beslissing tot wijziging, intrek-

king of vaststelling van de subsidie zo spoedig mogelijk schriftelijk aan het CVZ moeten worden gemeld.

#### *Artikel 6.2.23*

Artikel 6.2.23 regelt de reserveringsplicht voor subsidieoverschotten voor de ontvanger van een instellingssubsidie. Het toegestane maximum van de reservering bedraagt in totaal 10% van de verleende instellingssubsidie. In de praktijk is gebleken dat de formulering van het zevende lid niet zo eenduidig is dat de inhoud maar op één manier kan worden uitgelegd. Het achtste lid geeft daarom expliciet aan wanneer toevoeging onmogelijk is.

#### *Artikel 6.2.25*

Met name bij projectsubsidies kan het voorkomen dat de subsidie wordt verstrekt om een bepaalde publicatie tot stand te brengen. Artikel 6.2.25 bevat een aantal voorschriften die waarborgen dat het CVZ een doorslaggevende stem heeft ten aanzien van voorgenomen publicaties, gesubsidieerd op grond van artikel 68 van de Zvw. Tevens is hiermee gewaarborgd dat het CVZ kan beschikken over de verzamelde gegevens, zodat deze benut kunnen worden bij vervolgbeslissingen. Bij toepassing van deze voorwaarde moet rekening gehouden worden met beschermde privacybelangen van betrokkenen. Indien de subsidieontvanger de totstandkoming van een dergelijk werk uitbesteedt aan derden, kan over het auteursrecht discussie ontstaan. Het vijfde lid verplicht de subsidieontvanger om bij een dergelijke overeenkomst te bedingen dat het auteursrecht komt te liggen bij de opdrachtgever, in casu de subsidieontvanger.

#### *Artikel 6.2.26*

Artikel 6.2.26 voorziet in de mogelijkheid om aan de subsidie verplichtingen te verbinden waarvan niet gezegd kan worden dat zij strekken tot verwezenlijking van het doel van de subsidie. Artikel 4:39 van de Algemene wet bestuursrecht laat het opleggen van dergelijke verplichtingen toe. Langs deze weg kunnen andere (dan met het subsidie beoogde doel) belangrijk geachte beleidsdoelstellingen worden nagestreefd. Hierbij kan worden gedacht aan het voorschrijven van positieve acties ten behoeve van minderheden, maatregelen ter bevordering van de toegankelijkheid voor rolstoelgebruikers of verplichtingen met betrekking tot het tegengaan van ongewenst geachte leeftijdsdiscriminatie.

#### *Artikel 6.2.27*

In artikel 6.2.27 wordt de vergoedingsplicht geregeld. Een vergoedingsplicht kan slechts worden opgelegd in de in artikel 4:41 van de Algemene wet bestuursrecht genoemde gevallen. Deze bepaling heeft over het algemeen enkel

betrekking op de ontvanger van een instellingssubsidie. In de specifieke subsidieparagraaf wordt, indien nodig, afgeweken van deze bepaling.

#### *Artikelen 6.2.28 en 6.2.29*

In de artikelen 6.2.28 en 6.2.29 wordt de relatie met de zogenaamde steunstichtingen geregeld. Op zich is er geen bezwaar tegen het bestaan van dergelijke stichtingen. Wel wordt het bezwaarlijk indien deze instellingen worden gebruikt om subsidiegelden aan de controle door de subsidieverlener te onttrekken of de subsidiebehoefte te verhogen. Om die reden is geregeld hoe de gesubsidieerde instelling dient om te gaan met een dergelijke instelling. Volledigshalve wordt opgemerkt dat met de term 'kostendekkend' niet alleen bedoeld wordt op de extra variabele kosten die het verlenen van de diensten of het leveren van de goederen meebrengt, maar ook een redelijk deel van de overheadkosten; het moet gaan om een reële kostprijsberekening. Een logische uitzondering is gemaakt voor kosten die door de gesubsidieerde instellingen in rekening gebracht worden aan degenen voor wie de gesubsidieerde activiteiten bestemd zijn. In artikel 6.2.31 is een specifieke informatieplicht opgenomen met het oog op de steunstichtingen. Om het bepaalde in artikel 6.2.33 te controleren is ook de medewerking van de betrokken instelling nodig. Dit kan worden bereikt doordat de subsidieontvanger dit vastlegt in de overeenkomst met de steunstichting.

*Onderdeel F, § 2.1.9. De aanvraag tot subsidievaststelling*  
Paragraaf 2.1.9 behandelt de aanvraag tot subsidievaststelling.

#### *Artikel 6.2.32*

Artikel 6.2.32 maakt duidelijk dat het de verantwoordelijkheid van de subsidieontvanger is een aanvraag voor de vaststelling van de subsidie in te dienen. Hij heeft daarmee voor een deel zelf in de hand met welke snelheid het CVZ tot vaststelling kan overgaan. De sanctie op het voorschrift in het eerste lid is geregeld in artikel 4:46 van de Algemene wet bestuursrecht.

In het vierde lid wordt de hoofdregel vastgelegd dat bij projectsubsidies en door rechtspersonen krachtens publiekrecht ingesteld geen jaarrekening behoeft te worden overlegd. In de subsidieparagraaf kan deze uitzondering ook van toepassing worden verklaard op andere subsidieontvangers, zoals bijvoorbeeld zorgverzekeraars. Tevens kan bepaald worden dat, in afwijking van dit artikel, een jaarrekening wel moet worden overlegd. Hierbij wordt gedacht aan situaties waar de projectsubsidie (nagenoeg) de enige inkomstenbron is van de

rechtspersoon of wanneer de toe te kennen projectsubsidie in de praktijk leidt tot een structurele subsidierelatie.

#### *Artikel 6.2.33*

Uit artikel 6.2.33 vloeit voort dat in de praktijk per geval bekeken moet worden wanneer sprake is van een belangrijk verschil tussen declaratie en begroting.

#### *Artikel 6.2.35*

In artikel 6.2.35 is de hoofdregel opgenomen dat de jaarrekening en subsidie-declaratie voorzien moeten zijn van een accountantsverklaring. Indien dit voor specifieke subsidiedoelinden niet nodig wordt geacht wordt in de paragraaf 2.2 geregeld dat de betreffende categorie subsidieontvangers geen accountantsverklaring hoeft te overleggen. Eventueel kan in die hoofdstukken aan het CVZ een ontheffingsbevoegdheid worden gegeven om in individuele gevallen de subsidieontvanger te kunnen ontslaan van de verplichting om een accountantsverklaring te overleggen. Bij de totstandkoming van deze regeling is tevens rekening gehouden met de uitgangspunten, zoals gehanteerd bij de doorlichting van (subsidie)regelingen op accountancy aspecten.

#### *Onderdeel F, § 2.2.1. Weesgeneesmiddelen extramuraal*

Deze subsidieparagraaf is betreft een kaderregeling voor de subsidiëring van die weesgeneesmiddelen waarover door het ontbreken van voldoende gegevens over de therapeutische waarde en de doelmatigheid geen beslissing kan worden genomen over opname in bijlage 1, onderdeel B, van de Regeling zorgverzekering.

De kaderregeling maakt het mogelijk dat, zonder dat daartoe telkens een wijziging van de betreffende subsidieparagraaf is vereist, een passende financiering wordt gegeven voor de verstrekking van de door mij aangewezen weesgeneesmiddelen. Deze subsidie moet het mogelijk maken om gedurende de subsidieperiode behandelgegevens te verzamelen die meer inzicht geven in de therapeutische waarde en de doelmatigheid zodat op basis van wetenschappelijke gegevens een beslissing kan worden genomen over het opnemen van het weesgeneesmiddel in het ziekenfondspakket.

Met deze subsidieparagraaf is aan de aanbeveling van het CVZ in zijn rapportages over de weesgeneesmiddelen van 28 februari 2002 en 30 januari 2003, voor zover het de extramurale zorgverlening betreft, gevolg gegeven. De reden hiervan is dat de beoordelingscriteria van therapeutische waarde en de doelmatigheid uitsluitend gelden voor de opname van geneesmiddelen in het geneesmiddelenvergoedingssysteem (gvs). Intramuraal te gebruiken geneesmiddelen worden niet opgenomen in het gvs.



Voor het wel of niet inzetten van intramurale geneesmiddelen is het voor de ziekenhuizen van belang of zij het inzetten van deze middelen aanmerken als rationele farmacotherapie.

#### *Artikel 6.2.37.1*

In de aanhef, onder b, is de subsidieontvanger gedefinieerd. Het is afhankelijk van het specifieke weesgeneesmiddel welke partij het meest aangewezen is om de te subsidiëren activiteiten te verrichten. Het CVZ zal de door mij aangegeven subsidieontvanger benoemen in de beleidsregel.

#### *Artikel 6.2.37.2*

Het tweede lid geeft het CVZ de mogelijkheid de voorwaarde te stellen dat er een evaluatieonderzoek wordt verricht. In beginsel worden aan de fabrikant bij het geven van een handelsvergunning voor een weesgeneesmiddel nog eisen gesteld met betrekking tot het leveren van nadere gegevens. Deze worden via vervolgonderzoek verzameld en geanalyseerd. Verwacht mag worden dat op basis van deze nadere gegevens een uitspraak kan worden gedaan over de therapeutische waarde en doelmatigheid. Soms zijn deze gegevens niet voldoende en zal aan de subsidieontvanger worden gevraagd een evaluatieonderzoek te doen naar de resultaten van de behandeling met het weesgeneesmiddel. Samen met de onderzoeksgegevens van de fabrikant kan dan alsnog een uitspraak worden gedaan over de therapeutische waarde en de doelmatigheid.

#### *Artikel 6.2.37.3*

In het eerste lid is bepaald dat met inachtneming van de door het CVZ vast te stellen beleidsregel per weesgeneesmiddel een projectsubsidie wordt verstrekt. In de beleidsregel zal worden aangegeven wie de subsidieontvanger is. Verder kan in de beleidsregel bijvoorbeeld worden bepaald aan welke voorwaarden een evaluatieonderzoek, als genoemd in artikel 2, tweede lid, zal moeten voldoen.

In het tweede lid is geregeld welke kosten voor subsidiëring in aanmerking komen. De behandeling van een zeldzame ziekte met een weesgeneesmiddel gaat meestal gepaard met verschillende kostencomponenten. Naast de kosten van het afleveren van een weesgeneesmiddel worden ook de extra zorgkosten, zoals extra laboratoriumonderzoek of extra controles, gesubsidieerd. Verder zal de behandeling van de patiënten thuis vaak door één behandelcentrum worden gecoördineerd en beoordeeld. Ook dergelijke coördinatiekosten worden gesubsidieerd.

#### *Artikel 6.2.37.5*

Het doel om weesgeneesmiddelen via een subsidie te verstrekken hangt nauw samen met het doel om de ontbrekende

gegevens over de therapeutische waarde en de doelmatigheid van het weesgeneesmiddel te verzamelen. Om een uitspraak te kunnen doen over de therapeutische waarde en de doelmatigheid is het belangrijk dat het weesgeneesmiddel geprotocolleerd wordt ingezet.

#### *Onderdeel F, § 2.2.2. Agalsidase*

Deze paragraaf betreft een aparte subsidie voor het weesgeneesmiddel agalsidase. Een aparte subsidie was reeds geregeld in de Regeling subsidies AWBZ en Zfw voordat de algemene paragraaf voor weesgeneesmiddelen was ingevoerd. Besloten is om de aparte subsidieregels te handhaven. Te meer omdat deze subsidie per 2007 komt te vervallen.

De ziekte van Fabry is een zelden voorkomende aandoening. Gebaseerd op de geschatte prevalentie van één op veertigduizend zouden er honderdvijftig mannen en minstens evenveel vrouwen met de ziekte van Fabry in Nederland zijn. Op dit moment is bij ongeveer negentig personen de ziekte van Fabry vastgesteld.

Op 3 augustus 2001 zijn door de Europese registratieautoriteit (EMEA) de eerste twee geneesmiddelen geregistreerd voor de behandeling van patiënten met de ziekte van Fabry, te weten Fabrazyme, met het werkzame bestanddeel agalsidase  $\beta$  en Replagal, met het werkzame bestanddeel agalsidase  $\alpha$ . Omdat deze ziekte zeer zelden voorkomt en gepaard kan gaan met een ernstig ziektebeeld, heeft de EMEA de zogenoemde vervroegde registratieprocedure gevolgd en aan beide geneesmiddelen de status van weesgeneesmiddel toegekend.

Deze vervroegde registratie houdt in dat er op basis van minder onderzoeksgegevens dan normaal een handelsvergunning wordt afgegeven, waarbij van de fabrikanten wordt geëist dat zij de komende jaren nadere onderzoeksgegevens overleggen.

De beschikbare wetenschappelijke gegevens bleken voor het CVZ onvoldoende voor een beoordeling van de therapeutische waarde en de effectiviteit van de behandeling van Fabry-patiënten met Replagal en Fabrazyme. Het CVZ stelde dan ook in zijn rapporten van 13 september 2001 'Nadere voorwaarden aanspraak agalsidase  $\beta$  (Fabrazyme)' en van 25 oktober 2002 'Nadere voorwaarde agalsidase  $\alpha$  (Replagal)' voor deze middelen niet in het pakket op te nemen, maar in plaats daarvan de financiering te regelen door middel van een subsidieregeling. Op die wijze is het naar de mening van het CVZ mogelijk om het noodzakelijke onderzoek op een goede manier vorm te geven.

Dit advies van het CVZ is overgenomen. De middelen zijn niet in het extramurale geneesmiddelenpakket opgeno-

men. Echter, gezien de ernst van de aandoening en het ontbreken van alternatieven, is wel besloten om met ingang van 1 februari 2002 de middelen beschikbaar te stellen op basis van subsidie, onder twee voorwaarden. Deze voorwaarden betreffen het verrichten van onderzoek naar de therapeutische waarde en de doelmatigheid alsmede het behandelen volgens protocol. De onderhavige paragraaf regelt de subsidiëring onder de genoemde voorwaarde te regelen. De subsidieperiode zal maximaal vijf jaar bedragen.

#### *Artikel 6.2.38.2*

In artikel 6.2.38.2 is geregeld dat aan het Academisch Medisch Centrum (AMC) te Amsterdam een projectsubsidie wordt verleend. Met het oog op de schaarse deskundigheid, het gewenste onderzoek naar de therapeutische waarde en de doelmatigheid van agalsidase, de hoge kosten van deze middelen (per persoon gemiddeld € 180 000 per jaar) en het geringe aantal patiënten is besloten de subsidie te verlenen aan één behandelcentrum. Gekozen is voor het AMC, omdat dit centrum op dit moment reeds dertien Fabry-patiënten met agalsidase behandelt. Dit centrum krijgt met deze subsidieregeling een landelijk coördinerende functie bij de behandeling van Fabry-patiënten.

In het tweede lid is geregeld dat de subsidie mede tot doel heeft de therapeutische waarde en de doelmatigheid van de behandelingen te kunnen vaststellen. Het AMC registreert, voor het onderzoek naar het vaststellen van de therapeutische waarde en de doelmatigheid, vanaf 1 februari 2002 de gegevens van de patiënten die worden behandeld met agalsidase.

#### *Artikel 6.2.38.3*

In het eerste lid, onderdeel b, van artikel 6.2.38.3 is geregeld dat subsidie wordt gegeven aan verzekerden die volgens protocol worden behandeld. Er zijn drie protocollen, één protocol voor de behandeling van volwassenen, één protocol voor kinderen onder de 18 jaar en één protocol waarin een lagere dosering van het geneesmiddel Fabrazyme wordt toegediend, namelijk 0,2 milligram Fabrazyme per kilogram lichaamsgewicht. Bij de andere twee protocollen krijgen de patiënten de geregistreerde doseringen toegediend, dat wil zeggen 0,2 milligram Replagal per kilogram lichaamsgewicht of 1,0 milligram Fabrazyme per kilogram lichaamsgewicht.

In het tweede lid is geregeld dat de vergoeding is gemaximeerd op deze geregistreerde doseringen. De kosten van deze verschillende doseringen zijn per kilogram lichaamsgewicht nagenoeg gelijk.

Indien verzekerden niet akkoord gaan met het gebruiken van de behandelgegevens voor onderzoek naar de therapeuti-

sche waarde en de doelmatigheid loopt het onderzoek gevaar en kan de subsidie niet voldoen aan één van de gestelde doelen. Verzekerden die niet toestaan dat de behandelgegevens daarvoor gebruikt worden, kunnen daarom op grond van het derde lid niet ten laste van de subsidie met Fabrazyme of Replagal behandeld worden.

#### *Artikel 6.2.38.5*

Voor het onderzoek naar de therapeutische waarde en de doelmatigheid van agalsidase is het noodzakelijk dat de behandelgegevens van de Fabry-verzekerden, die ten laste van de subsidie worden behandeld, worden opgeslagen in een databank. Naast het onderzoek naar de therapeutische waarde en de doelmatigheid van agalsidase bij de geregistreerde doseringen doet het AMC ook een studie naar de verschillen in effecten van de behandeling met agalsidase bij gelijke lage doseringen. Ook hierbij wordt gekeken naar de therapeutische waarde en de doelmatigheid.

Omdat ingevolge artikel 6.2.38.3, derde lid, alleen het criterium 'toestemming geven voor het gebruiken van de behandelgegevens voor het vaststellen van de therapeutische waarde en doelmatigheid' doorslaggevend is voor het verkrijgen van Fabrazyme of Replagal ten laste van de subsidiëring, heeft het niet willen meedoen met de studie geen consequenties voor de verzekerde voor het verkrijgen van een van de twee geneesmiddelen en de zorg die hiermee samenhangt. Dit is geregeld in artikel 6.2.38.5, eerste lid.

Om over maximaal vijf jaar een uitspraak te kunnen doen over de therapeutische waarde en de doelmatigheid van zowel de behandeling met Fabrazyme als met Replagal bij de voor die middelen geregistreerde doseringen is het noodzakelijk dat voldoende verzekerden op beide middelen worden ingesteld conform de voor deze geneesmiddelen geregistreerde doseringen. Medisch is dit geen probleem, omdat er nog geen wetenschappelijke gegevens zijn die een voorkeur laten zien voor één van beide middelen. Dit is geregeld in artikel 6.2.38.5, tweede lid.

#### *Artikel 6.2.38.6*

De verwachting is dat het aantal te behandelen patiënten ieder jaar met tien zal toenemen. Indien het AMC verwacht het komende jaar meer dan tien nieuwe patiënten te gaan behandelen, dan dient het AMC dit in een onderbouwing bij het overzicht te verklaren.

#### *Onderdeel F, § 2.2.3. Subsidiëring gezondheidscentra*

Per 1 januari 2007 wordt de subsidiëring voor gezondheidscentra beëindigd. Dat houdt voor de gezondheidscentra in dat de lasten zullen moeten worden gedekt van uit de verlening van zorg en de daar-

voor geldende tarieven. Voor het jaar 2006 is voor de subsidiëring van gezondheidscentra een overgangsregeling getroffen die toekomstgericht is. Uitgangspunt is een financieel economische verantwoorde bedrijfsvoering. Door een toenemende ondersteuning van de huisartsenzorg door hulpverleners uit verschillende disciplines kan het gezondheidscentrum meer patiënten op zijn naam inschrijven waarmee een verantwoorde zorg en samenwerking niet in gevaar behoeft te komen. Met de toename van het aantal patiënten dat op naam van het gezondheidscentrum kan worden ingeschreven, zullen ook meer baten worden gegenereerd.

Nu de subsidiëring per 1 januari 2007 wordt beëindigd, is de overgangsregeling zodanig opgezet dat gezondheidscentra die een aanvraag voor 2006 hebben ingediend en waarbij het CVZ is overgegaan tot subsidieverlening deze subsidieverlening beperkt zal blijven tot 2006. Dit geldt overigens ook voor gezondheidscentra die voor 2006 van deze subsidie gebruik maken.

#### *Artikel 6.2.39.1*

De definitie van de aanloopfase is zodanig aangepast dat de continuïteit van een gezondheidscentrum ook moet worden aangetoond binnen het dan geldende financieringssysteem.

#### *Artikel 6.2.39.2*

Artikel 6.2.39.2 bevat de voorwaarden voor de subsidie van de extra kosten van integrale eerstelijnszorg vanuit gezondheidscentra. Zoals uit de definitie in artikel 6.2.39.1 van een gezondheidscentrum blijkt, gaat het daarbij om integrale eerstelijnszorg waar verschillende disciplines bij betrokken zijn. Subsidie wordt verleend aan de instelling, dat wil zeggen de rechtspersoon die een of meer gezondheidscentra beheert.

De voorwaarden zijn oorspronkelijk ontleend aan het Besluit subsidiëring gezondheidscentra (BSG) en waren opgenomen in artikel 3 van de Regeling College voor zorgverzekeringen subsidiëring gezondheidscentra 2000 (Regeling 2000). De in dat artikel opgenomen voorwaarde dat 'door het functioneren van het gezondheidscentrum besparingen elders in de gezondheidszorg tot de mogelijkheden behoren' is vervallen.

In het eerste lid, onder c is geregeld dat de zorgverzekeraar er mede op toeziet dat er bij het gezondheidscentrum sprake is van een financieel economische verantwoorde bedrijfsvoering.

Het tweede lid heeft betrekking op de bestaande gezondheidscentra, die niet (meer) in de aanloopfase verkeren. De hoogte van de maximale subsidie voor deze centra wordt bepaald overeenkomstig artikel 6.2.39.9.

Ingevolge het vierde lid wordt, indien een instelling verschillende gezondheidscentra beheert, niet per centrum de subsidie berekend en verleend, maar aan één instelling voor de door haar beheerde centra gezamenlijk.

Artikel 2.7.20.2, derde lid, van de Regeling subsidies AWBZ en Zfw is niet overgenomen in deze regeling, omdat er in 2006 geen gezondheidscentra meer zijn die gesubsidieerd werden op grond van het Besluit subsidiëring gezondheidscentra en waarbij in het zeszde jaar na de aanloopfase het budget moet worden vastgesteld.

#### *Artikel 6.2.39.3*

Artikel 6.2.39.3 regelt dat geen subsidie wordt verleend indien een instelling naast het gezondheidscentrum nog een of meerdere andere vormen van zorgverlening exploiteert en deze een exploitatieoverschot opleveren dat positief is en 10% of meer bedraagt van de kosten van het gezondheidscentrum in het subsidiejaar. In dergelijke gevallen wordt de instelling geacht zonder subsidie uit te kunnen komen.

#### *Artikel 6.2.39.4*

Artikel 6.2.39.4 bepaalt de subsidieplafonds voor de subsidiëring van de extra kosten van integrale eerstelijnszorg vanuit gezondheidscentra. Elke in artikel 6.2.39.2 onderscheiden categorie gezondheidscentra kent een eigen subsidieplafond.

#### *Artikel 6.2.39.5*

Artikel 6.2.39.5 geeft de nadere uitwerking van de lasten die in aanmerking worden genomen.

Omdat de overgangsregeling toekomstgericht is en de gezondheidscentra ingaande 2007 moeten kunnen volstaan met het dan geldende financieringssysteem vervalt de berekening toeslag samenwerking.

#### *Artikel 6.2.39.7*

Het is instellingen toegestaan een tweetal voorzieningen te vormen: voor onderhoud (eerste lid van artikel 6.2.39.7) en voor loonkosten arbeidsongeschiktheid (tweede lid van artikel 6.2.39.7). Andere voorzieningen zijn niet toegestaan. Overeenkomstig het derde lid van artikel 6.2.39.7 kan een toevoeging aan deze voorzieningen ten laste van de subsidie komen. Daar staat tegenover dat kosten, voor zover zij ten laste van de voorzieningen kunnen worden gebracht bij het vaststellen van de subsidie uiteraard niet als lasten worden aangemerkt.

#### *Artikel 6.2.39.8*

Artikel 6.2.39.8 regelt de egaliseringsreserve enigszins afwijkend van de algemene regeling in artikel 6.2.23. Ingevolge onderdeel b is het de instelling toegestaan om bij het hanteren van de egalisa-

tiereserve die in dit onderdeel omschreven exploitatielasten buiten beschouwing te laten.

Voor alle duidelijkheid is bepaald dat met egalisereserve is bedoeld de egalisereserve vanaf het jaar 1987.

#### *Artikel 6.2.39.9*

Op grond van artikel 6.2.39.9 wordt bepaald wat de maximale subsidie voor een regulier gezondheidscentrum is. De hoofdregel is neergelegd in het eerste lid: de maximale subsidie is gelijk aan de (geïndexeerde) maximale subsidie in het jaar voorafgaand aan het subsidiejaar. In het tweede lid is voor gezondheidscentra die uit de aanloopfase komen (met andere woorden: gezondheidscentra die in het jaar voorafgaand aan het subsidiejaar in het laatste jaar van de aanloopfase verkeerden) exact hetzelfde uitgangspunt neergelegd: de maximale subsidie is gelijk aan de (geïndexeerde) maximale subsidie in het jaar voorafgaand aan het subsidiejaar, tot een maximum van € 239 274. Uitgangspunt is dat een toename van het aantal patiënten dat bij een gezondheidscentrum staat ingeschreven ook een zodanige toename zal betekenen van de baten van dat gezondheidscentrum dat daarmee de overname van een praktijk of de geleidelijke toename van het aantal patiënten kunnen worden bekostigd.

Nu in de overgangsregeling geen berekeningsmethoden zijn opgenomen om een maximale subsidie te berekenen, is ook de bepaling bij wijziging van de huisvestingssituatie vervallen.

Er is thans geen afwijking meer om de extra kosten van integrale eerstelijnszorg vanuit een gezondheidscentrum te berekenen.

Binnen de aanloopfase van vijf jaar moet een gezondheidscentrum kunnen aantonen dat de continuïteit na ommekeer van die vijf jaar is gewaarborgd. Het komt er op neer dat continuïteit kan worden aangetoond als het gezondheidscentrum in 2006 minimaal 1600 patiënten heeft ingeschreven staan. Bij een lager aantal patiënten moet worden gesproken van een pioniersfase die niet voor subsidiëring in aanmerking komt.

#### *Artikel 6.2.39.10*

In artikel 6.2.39.10 wordt in het eerste lid geregeld dat in 2006 de subsidie maximaal € 239 274 kan bedragen waar- bij in het vierde lid is geregeld dat het bedrag voor een gezondheidscentrum in een Vinex-locatie is verhoogd tot maximaal € 312 097. Omdat 2006 het laatste subsidiejaar is, is de bepaling dat de subsidie ineens kan worden verleend, geschrapt.

Het derde lid van artikel 6.2.39.10 geeft een aparte regeling op het punt van de egalisereserve. Voor nieuwe gezondheidscentra is deze niet beperkt tot 10%. De reserve bedraagt het verschil tussen het saldo van baten en las-

ten enerzijds en het door het CVZ vastgestelde maximale subsidiebedrag anderzijds.

Gebleken is dat zich bij de financiering van gezondheidscentra in een aantal gevallen problemen voordoen. Met het CVZ en de Landelijke Vereniging Gezondheidscentra heeft hierover overleg plaatsgevonden en in dat overleg zijn deze problemen als volgt aangeduid:

1. De banken trekken zich terug uit de kredietverlening aan gezondheidscentra omdat de huidige subsidieregeling onvoldoende waarborgen biedt.
2. Gezondheidscentra, met name in de zogenaamde Vinex-gebieden, ondervinden financiële problemen door hoge huisvestingskosten in de aanloopfase en vertraagde instroom van patiënten. De Vinex-gebieden zijn in artikel 6.2.39.10 gedefinieerd.
3. Langer bestaande gezondheidscentra ondervinden, als gevolg van de budgetteringssystematiek, financiële problemen door boekverliezen op vaste activa bij wijziging van de huisvestingssituatie.
4. De huidige subsidieregeling voorziet niet in vergoeding van kosten van waarneming van huisartsen of apothekers bij arbeidsongeschiktheid.
5. Evenmin is het binnen de huidige regeling mogelijk kosten die verband houden met ontslag van werknemers te subsidiëren.

#### *Artikel 6.2.39.13*

In artikel 6.2.39.13 is aangegeven in welke situaties en onder welke voorwaarden de aanvullende subsidie kan worden verleend. De in aanmerking te nemen kostenposten zijn limitatief aangegeven. Tevens zijn de voorwaarden geëxpliciteerd waaraan in elk geval moet zijn voldaan om tot aanvullende subsidiëring te kunnen komen. Wat onvermijdbare kosten zijn moet van geval tot geval worden beoordeeld. Het moet steeds gaan om kosten die niet te voorkomen waren of zijn en waarvan de subsidieontvanger niet kan worden toegerekend dat hij deze kosten heeft gemaakt. Bovendien zal er sprake moeten zijn van een oorzakelijk verband tussen het niet kunnen voorkomen van de betreffende kosten en de in het eerste lid van artikel 6.2.39.13 genoemde situaties.

#### *Artikel 6.2.39.14*

In afwijking van artikel 6.2.23 hoeft bij de uitkering goodwill geen verrekening hoeft plaats te vinden bij het jaarlijks vaststellen van het subsidie. Dit is geregeld in artikel 6.2.39.14.

#### *Onderdeel F, § 2.2.4. Subsidiëring zwaarder gestructureerde samenwerkingsverbanden*

Deze paragraaf vervalt eveneens per 1 januari 2007.

#### *Artikel 6.2.40.2*

Artikel 6.2.40.2 somt de voorwaarden op waaronder subsidie wordt verleend voor de extra samenwerkingskosten van een vast samenwerkingsverband. De subsidie wordt verleend aan de instelling, dat wil zeggen de rechtspersoon voor wiens rekening het samenwerkingsverband wordt geëxploiteerd.

#### *Artikel 6.2.40.3*

Artikel 6.2.40.3 brengt tot uitdrukking dat het om een gesloten systeem van subsidieontvangers gaat. Slechts die instellingen ontvangen subsidie die voor de betreffende activiteit ook in het jaar voorafgaand aan het subsidiejaar subsidie verleend hebben gekregen.

#### *Artikel 6.2.40.6*

Artikel 6.2.40.6 bepaalt dat het maximale subsidiebedrag gelijk is aan het bedrag waarop de subsidie in het jaar voorafgaand aan het subsidiejaar is vastgesteld.

#### *Artikel 6.2.40.7*

Eventuele incidentele tekorten bij vaste samenwerkingsverbanden kunnen opgevangen worden uit het resterende plafondbedrag van artikel 6.2.39.14 van de gezondheidscentra. Met name de kosten van coördinatie vormen veelal een knelpunt. Voor de financiering van eventuele incidentele tekorten is € 250 000 overgeheveld van het nog resterende bedrag van artikel 6.2.39.14.

#### *Artikel 6.2.40.7*

In artikel 6.2.40.7 is aangegeven in welke situatie en onder welke voorwaarden aanvullende subsidie kan worden verleend. Tevens zijn de voorwaarden geëxpliciteerd waaraan in elk geval moet zijn voldaan om tot aanvullende subsidiëring te komen. Wat onvermijdbare kosten zijn moet van geval tot geval beoordeeld worden. Het moet steeds gaan om kosten die niet te voorkomen waren of zijn en waarvan de subsidieontvanger niet kan worden toegerekend dat hij ze heeft gemaakt.

#### *Onderdeel F, § 2.2.5. Medische en seksuologische hulpverlening*

In deze paragraaf gaat het om voortzetting en behoud van het aanbod van de medische en seksuologische hulpverlening. Deze vorm van hulpverlening werd voorheen uitgevoerd door de Rutgershuizen, die eind 2001 zijn opgeheven. Hoewel het uitgangspunt voor het beleid op het gebied van de eerstelijns seksualiteitshulpverlening blijft dat het primaat bij de reguliere hulpverlening (de huisarts) ligt, is de reguliere hulpverlening voor sommige bevolkingsgroepen om uiteenlopende redenen niet voldoende toegankelijk. Naast de reguliere hulpverlening blijft een alternatieve voorziening van belang waar deze hulpvragers terecht kunnen. Vanaf begin

2002 zijn deze hulpverleningsactiviteiten geleidelijk ondergebracht bij een aantal gesubsidieerde abortusklinieken in de steden waar de voormalige Rutgershuizen gevestigd waren, met uitzondering van Stimezo Groningen, en bij de Stichting Rutgershuis Utrecht. Voor het jaar 2002 zijn deze abortusklinieken middels een rechtstreekse begrotingssubsidie in staat gesteld de betreffende activiteiten te continueren. In Groningen is er een nieuwe stichting voor deze hulpverlening gekomen die de hulp die het Rutgershuis in Groningen in 2002 gaf, vanaf 2003 heeft voortgezet. Deze stichting werkt voor deze hulp samen met de stichting in Amsterdam.

In de periode 2003–2006 is deze zorg ten laste van het AFBZ gesubsidieerd op grond van paragraaf 2.7.24 van de Regeling subsidies AWBZ en Zfw. Omdat het gaat om zorg die naar aard gewoon onder de Zvw-prestaties valt, vindt verdere subsidie nog een jaar plaats uit het Zorgverzekeringsfonds in verband met de evaluatie die in 2006 aanvangt.

#### *Artikel 6.2.41.1*

In artikel 6.2.41.1 is geregeld dat de subsidie alleen wordt verleend aan de in deze bepaling genoemde stichtingen. Het gaat daarbij voornamelijk om een aantal abortusklinieken. Het is niet de bedoeling meer instellingen of andere abortusklinieken onder deze subsidiëring te brengen.

#### *Artikel 6.2.41.2*

De in artikel 6.2.41.2 genoemde stichtingen geven medische en seksuologische hulpverlening. De medische hulpverlening bestaat uit consulten door een arts of verpleegkundige. Deze geeft advies en voorlichting over anticonceptie, morning-afterpil, seksueel overdraagbare aandoeningen, aids, veilig vrijen, plaatsen van een spiraaltje en seksuele problematiek.

Bij seksuologische hulpverlening biedt een seksuoloog in herhaalde gesprekken of groepsgesprekken hulp bij meer complexe seksuele problemen op het gebied van onder meer erectiestoornissen, verschillende verlangens, seksuele identiteitsstoornissen, twijfels over seksuele oriëntatie of bijzondere voorkeuren.

In artikel 6.2.41.2 is aangegeven wat wordt verstaan onder een seksuoloog. Een seksuologische hulpverlener werkzaam bij de in artikel 6.2.41.4 genoemde stichtingen dient in het Register van de Nederlandse Vereniging voor Seksuologie (NVVS) te zijn ingeschreven. Opname in het Register betekent dat voldaan wordt aan de kwaliteitseisen zoals die zijn vastgelegd in het registratiereglement van de NVVS.

Voor opname in het Register dient een seksuologische hulpverlener met goed gevolg de opleiding tot seksuoloog te hebben doorlopen waarna de seksuoloog

het dienstmerk 'Seksuoloog-NVVS' kan voeren. Dit dienstmerk staat garant voor goede seksuologische hulpverlening.

#### *Artikelen 6.2.41.3 en 6.2.41.4*

Naar aanleiding van het rapport uitgebracht door de Auditdienst van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 30 juni 2003 bekend onder nummer AD/OA-BO 2200.03.24 betreffende een bijzonder onderzoek naar de structurele kosten en opbrengsten van de Rutgershuizen, is gebleken dat de hoogte van het oorspronkelijke subsidieplafond niet voldoende is om de kosten van de stichtingen te dekken. Het subsidieplafond is daarom tussentijds structureel verhoogd. Deze verhoging heeft geleid tot aanpassing van de subsidie per stichting in artikel 6.2.41.4. Hieraan is gekoppeld de mogelijkheid tot overheveling van gelden, die in artikel 6.2.41.8 nader is uitgewerkt. In het rapport, waar de stichtingen kennis van hebben genomen, zijn normbedragen opgenomen per kostencategorie, waar de stichtingen rekening mee moeten houden bij het opstellen van hun begrotingen.

#### *Artikel 6.2.41.5*

Artikel 6.2.41.5, eerste lid, bevat de subsidievoorwaarde inhoudende de halfjaarlijkse rapportageplicht en de wijze waarop de rapportage dient plaats te vinden. Het CVZ verstrekt aan de betreffende stichtingen een door het CVZ ontworpen rapportageset. De stichtingen leveren middels deze rapportageset de – niet tot individuele cliënten herleidbare – verzamelde gegevens aan. Met het oog op de evaluatie van de nieuwe structuur inzake de eerstelijns seksualiteits-hulpverlening zijn deze gegevens van belang.

Artikel 6.2.41.5, tweede lid, beschrijft strikte scheiding tussen de baten en lasten ten behoeve van respectievelijk de subsidieparagraaf abortusklinieken van de regeling subsidies AWBZ en deze subsidieparagraaf. Hiermee kan er geen sprake zijn van substitutie tussen beide genoemde subsidieparagrafen.

De in artikel 6.2.41.5 genoemde registratieset die vanaf 2004 door de stichtingen zal worden aangeleverd, sluit aan bij de huidige praktijk en is door de Rutgers Nisso Groep (RNG) in nauwe samenwerking met de stichtingen tot stand gekomen. Vanaf 2004 dient elke stichting de verzamelde gegevens overeenkomstig het door de RNG ontwikkeld en door CVZ vastgestelde model, indien mogelijk elektronisch, bij het CVZ aan te leveren.

#### *Artikel 6.2.41.6*

Artikel 6.2.41.6 regelt de gemiddelde eigen bijdrage per consult, gesprek of groepsgesprek. De stichtingen hebben beleidsvrijheid om binnen dit financiële kader per consult of gesprek de eigen

bijdrage te differentiëren naar onder meer het (bruto)inkomen. Daar waar het inkomen een lagere eigen bijdrage rechtvaardigt dan het gemiddelde, zal dat bij een hoger inkomen een hogere eigen bijdrage betekenen. Het totaal van alle consulten en gesprekken dient op jaarbasis uit te komen op de in deze bepaling genoemde gemiddelde bedragen.

Bij het opnemen van de eigen bijdragen als baten overeenkomstig artikel 6.2.41.7, derde lid, worden de consulten en (groeps)gesprekken vermenigvuldigd met de gemiddelde tarieven als genoemd in artikel 6.2.41.6.

#### *Artikel 6.2.41.7*

Artikel 6.2.41.7, het tweede lid, onderdeel f, heeft alleen betrekking op die stichtingen, die voor medische en seksuologische hulpverleningsactiviteiten extra huisvesting hebben moeten realiseren.

Het tweede lid, onderdeel g, heeft betrekking op de resterende overschrijdingen van voorgaande jaren op basis van aanvaardbare kosten die onder de subsidie gebracht mogen worden.

#### *Artikel 6.2.41.8*

Indien de in artikel 6.2.41.8, tweede lid, beschreven situatie zich voordoet, dient het tekort ingelopen te worden door extra baten uit hogere bijdragen of door dit tekort in te verdienen binnen de maximale subsidie.

Artikel 6.2.41.8 biedt het CVZ de mogelijkheid onbenutte subsidiegelden van de ene stichting over te hevelen naar een andere stichting. Bij overheveling zal het CVZ alert zijn op het feit dat de overschrijding is gebaseerd op aanvaardbare kosten. Indien er een overschrijding resteert, dan dient deze overschrijding in volgende jaren te worden ingelopen door extra baten uit hogere bijdragen of door deze overschrijding in te verdienen binnen het subsidieplafond.

#### *Artikel 6.2.41.9*

Als gevolg van de nieuwe structuur in de medische en seksuologische hulpverlening is het van belang de subsidieparagraaf op enig moment te evalueren. Daartoe zal het CVZ in het subsidiejaar 2006 de evaluatie aanvangen. De uitkomsten van het evaluatieonderzoek moeten inzicht geven in de vraag of het onderbrengen van de seksualiteitshulpverlening bij de aangewezen instellingen doelmatig is en of de structuur van de zorg in organisatorisch en financieel opzicht adequaat is gebleken.

Onderdeel van de in 2006 aan te vangen evaluatie zullen de geregistreerde gegevens zijn die de stichtingen in de subsidieperiode 2003–2005 gelijkvormig aan het CVZ hebben verstrekt. Daarnaast zal in de evaluatie de mogelijkheid worden onderzocht om over te

gaan naar een outputgerichte financieringssysteem onder normering van de kosten (artikel 6.2.41.9).

### § 3. Bijdrage van verdragsgerechtigden

#### Artikelen 6.3.1. tot en met 6.3.6

##### Algemeen

De artikelen 6.3.1 tot en met 6.3.6 bevatten nadere regels voor de bijdrageheffing van buiten Nederland wonende verdragsgerechtigden, bedoeld in artikel 69 van de wet. De bijzondere positie van deze personen maakt dat er nadere regels voor de heffing en inning van de door hen verschuldigde Zvw-bijdrage worden gesteld. Hoewel de aan- en afmelding als verdragsgerechtigde dient te geschieden bij het CVZ, fungeert met betrekking tot het verlenen van verstrekkingen het orgaan van de woonplaats van betrokkene in het algemeen als het bevoegde orgaan.

Op grond van artikel 33 van de Verordening is het bevoegde orgaan van een lidstaat voor wiens rekening de kosten van zorg komen van een persoon die een pensioen of rente ontvangt, gemachtigd de overeenkomstige wettelijke regeling van die staat verschuldigde bijdragen en premies in te houden op dat pensioen of die rente. Voor de gezinsleden van een pensioen- of rentetrekker en voor een gezinslid van een verzekeringsplichtige is een daartoe strekkende bepaling opgenomen in een bijlage bij de Verordening. In de van toepassing zijnde bilaterale verdragen inzake sociale zekerheid die Nederland heeft gesloten, staan vergelijkbare bepalingen.

##### Artikel 6.3.1

De bijdrage wordt vastgesteld op de som van drie componenten, te weten:

- a. een inkomensafhankelijke bijdrage, berekend overeenkomstig de bijdrage voor de Zvw,
- b. een inkomensafhankelijke bijdrage, berekend overeenkomstig de premie AWBZ, en
- c. een (nominale) bijdrage per maand.

De AWBZ-component die een verdragsgerechtigde verschuldigd is, bedraagt 70% van de premie AWBZ. Dit houdt verband met het feit dat de aanspraken van verdragsgerechtigden worden bepaald door de wettelijke regeling inzake ziektekosten van het woonland. In het aansprakenpakket van de wettelijke regeling inzake ziektekosten van sommige verdragsstaten zijn AWBZ-achtige aanspraken echter niet opgenomen of beperkter van omvang dan de aanspraken ingevolge de AWBZ. Het gaat daarbij met name om (het ontbreken van) verzorgingstehuizen, thuiszorg en revalidatie. In die situatie is het aangevoerd om niet hetzelfde tarief te hanteven als voor de AWBZ-verzekerden die de volledige AWBZ-aanspraken heb-

ben. Ter compensatie van deze beperkte pakketomvang is daarom een gereduceerde AWBZ-component verschuldigd. De gereduceerde AWBZ-component geldt voor alle verdragsgerechtigden, ongeacht het land waar zij wonen, dus ook in landen waar AWBZ-achtige aanspraken wel vergelijkbaar zijn of zelfs ruimer zijn dan de aanspraken ingevolge de AWBZ.

De nominale bijdrage komt overeen met eentwaalfde van het bedrag van de gewogen gemiddelde premie in het berekeningsjaar welk bedrag ten behoeve van de vaststelling van de standaardpremie, bedoeld in artikel 4, eerste lid, van de Wet op de zorgtoeslag door het Centraal Planbureau werd berekend. In de Rijksbegroting Volksgezondheid, Welzijn en Sport voor het betreffende berekeningsjaar is dit bedrag opgenomen. Voor het jaar 2006 bedraagt de nominale premie gemiddeld € 1106. Die nominale bijdrage is verschuldigd vanaf de eerste dag van de kalendermaand volgende op de kalendermaand waarin betrokkene de leeftijd van achttien jaar heeft bereikt. Voor de toepassing van de no-claimteruggaveregeling en van de Wet op de zorgtoeslag wordt die nominale component als premie voor een zorgverzekering aangemerkt. Hiermee wordt bereikt dat ook verdragsgerechtigden in aanmerking kunnen komen voor een no-claimteruggave of een zorgtoeslag.

Tussen het orgaan van de bevoegde lidstaat en het orgaan van de woonplaats worden in veel gevallen de kosten van zorg niet op basis van werkelijke kosten maar op basis van forfaitaire bedragen afgerekend. Daardoor is in die gevallen niet na te gaan of er door individuele verdragsgerechtigden al dan niet zorg is ingeroepen, en zo ja, voor welke bedrag kosten zijn gemaakt. Deze afrekeningssystematiek verhindert de toepassing van de no-claimteruggaveregeling. Daarom is besloten, evenals dat geldt in de huidige ziekenfondsverzekering, in de gevallen waarin niet op basis van werkelijke kosten wordt afgerekend, per maand eentwaalfde van het maximale bedrag aan no-claimteruggave voor het berekeningsjaar op de bedoelde nominale bijdrage per maand in mindering te brengen. Voor het jaar 2006 bedraagt de no-claimteruggave ten hoogste € 255 per jaar (€ 21,25 per maand).

Indien het pensioen of de rente die een verdragsgerechtigde uit Nederland ontvangt, inkomen betreft dat op grond van artikel 46 is aangewezen als loon waarvoor een verzekeringsplichtige jegens de inhoudingsplichtige uitkeringsinstantie recht heeft op vergoeding van de daarover verschuldigde Zvw-bijdrage, geldt die vergoeding door de uitkeringsinstantie op overeenkomstige wijze voor de verdragsgerechtigde.

##### Artikel 6.3.2

De heffing van de verschuldigde bijdrage zal zoveel mogelijk aan de bron plaatsvinden. De heffing dient te geschieden door het orgaan dat een pensioen of rente heeft toegekend op grond waarvan betrokkene als rechthebbende op een pensioen of rente in de zin van verordeningen en verdragen wordt aangemerkt, betaalbaar stelt. Dat orgaan houdt de bijdrage die overeenkomt met de inkomensafhankelijke bijdrage Zvw en de bijdrage die overeenkomt met de procentuele premie AWBZ in op het pensioen of de rente. Ook de nominale bijdrage moet worden ingehouden van het bedrag dat overblijft na aftrek van de voormelde inhoudingen. Indien dat bedrag niet toereikend is, zal de nominale bijdrage bij de verdragsgerechtigde zelf worden geheven. Ingeval aan een verdragsgerechtigde meer dan één pensioen of rente is toegekend, wordt de nominale bijdrage ingehouden op het pensioen of de uitkering dat in de tijd gerekend het eerst is toegekend en dat toereikend is. Als het eerst toegekende pensioen of rente niet toereikend is, wordt het niet op dat pensioen of rente ingehouden, maar op een volgend pensioen of rente in de zin van verordeningen en verdragen. Het vijfde lid regelt dat in andere gevallen de inhouding achterwege blijft en het CVZ de bijdrage bij de rechthebbende int.

Ook een werkgever die het risico van arbeidsongeschiktheid van zijn werknemers zelf draagt, moet op een door hem aan een verdragsgerechtigde uitbetaalde WAO-uitkering de bijdrage inhouden.

##### Artikel 6.3.3

Personen die als gezinslid rechten kunnen ontnemen aan een verordening of verdrag hebben als regel geen eigen inkomen. Daarom wordt, net zoals voor een gezinslid van een rechthebbende op een pensioen of rente de verschuldigde nominale bijdrage op het pensioen of de rente van de rechthebbende wordt ingehouden, voor een gezinslid van een verzekeringsplichtige de voor dat gezinslid verschuldigde nominale bijdrage geheven bij verzekeringsplichtige. Dit houdt in dat de nominale bijdrage wordt geheven bij de persoon aan wie het gezinslid zijn verdragsrecht ontleent.

##### Artikelen 6.3.4 en 6.3.5

Het inhoudingsorgaan is voor de vaststelling van de nominale bijdrage afhankelijk van de gegevens die door het CVZ omtrent het aantal gezinsleden worden verstrekt. Met de aanlevering van de gegevens van de verdragsgerechtigde aan het Nederlandse uitvoeringsorgaan kan geruime tijd gemoeid zijn, mede omdat die gegevens soms van het orgaan van de woonplaats moeten komen. Gedurende die periode kan de gezinssamenstelling weer gewijzigd zijn, hetgeen vervolgens dan weer tot

verrekening van de nominale bijdrage noodzaak. Het CVZ kan bij ontbreken van de nodige gegevens de nominale bijdrage voorlopig vaststellen.

Om het aantal mutaties te beperken is de peildatum van de gezinssterkte voor deze categorie van verzekerden gesteld op de eerste dag van elke kalendermaand.

#### Artikel 6.3.6

Verdragsgerechtigden moeten zich binnen vier maanden nadat ze verdragsgerechtigd zijn geworden aanmelden bij het CVZ. Net als voor verzekeringsplichtigen die verzuimen tijdig een zorgverzekering te sluiten, staat op latere aanmelding een boete. Met betrekking tot het verlenen van verstrekingen moeten zij zich wenden tot het orgaan van de woonplaats. Dat orgaan is vaak bij de verdragsgerechtigden meer bekend en gemakkelijker te bereiken dan het CVZ in Nederland. Het kan voorkomen dat ze zich aanmelden bij het orgaan van de woonplaats voor de zorgverlening en dat via dat orgaan de aanmelding van de verdragsgerechtigde bij het CVZ tot stand komt. Daarom is met betrekking tot het van toepassing zijn van de bedoelde boetebepaling de datum waarop de kennisgeving aan het CVZ van de aanmelding van een rechthebbende op een pensioen of rente door het orgaan van de woonplaats van de rechthebbende is ondertekend, met het tijdstip van aanmelding bij het CVZ gelijkgesteld.

#### § 4. Spaarrekening gemoedsbezwaarden

##### Artikel 6.4.1

Gemoedsbezwaarden voor de AWBZ zijn niet verzekeringsplichtig voor de Zvw. Zij zijn wel een bijdragevervangende belasting verschuldigd. Deze belasting wordt gestort op een rekening die het CVZ beheert. Als er ziektekosten zijn die behoren tot het verzekerde risico van de Zvw, dan kan de gemoedsbezwaarde een beroep doen op het saldo van zijn rekening. Hij dient daartoe de originele nota's in bij het CVZ. De termijn waarbinnen de nota moet zijn ingediend is uiterlijk 31 december volgend op het jaar, waarin de zorg of overige diensten is verleend. Het CVZ berekent de hoogte van het saldo op de datum waarop de zorg of overige diensten is verleend, rekening houdend met een drempelbedrag gerelateerd aan de gemiddelde no-claimteruggave. De hoogte van het saldo zal geheel of gedeeltelijk zijn gebaseerd op voorlopige gegevens van het UWV, de Belastingdienst of de gemoedsbezwaarde zelf als de Belastingdienst de bijdragevervangende belasting nog niet definitief heeft vastgesteld. Dit kan tot gevolg hebben dat het CVZ voor de vergoeding van de zorg of overige diensten uitgaat van een te hoog of te laag saldo van de rekening. Als na de definitieve vaststelling door de Belastingdienst blijkt dat

het verschil meer of minder bedraagt dan 25% dan het bedrag waarvan het CVZ bij de vergoeding voorlopig is uitgegaan, zal tot verrekening worden overgegaan. Indien meer is uitbetaald dan waar het saldo achteraf op is vastgesteld, zal het CVZ als het saldooverschil meer bedraagt dan 25% terugvorderen; indien minder is uitbetaald zal als het saldooverschil meer bedraagt dan 25% worden bijbetaald.

##### Artikel 8.2

In artikel 118, eerste lid, van de Zvw is geregeld dat de verzekerde die voor rekening van zijn zorgverzekering bij ministeriële regeling aan te wijzen vormen van zorg of andere diensten als bedoeld in artikel 11 van de Zvw zorg wenst te genieten, aan degene die deze zorg verleent een identiteitsbewijs dient te overleggen.

In de memorie van toelichting van zowel de Wet fraudebestrijding zorgverzekeringswetten (Kamerstukken II 2003/04, 29 623, nr. 3, pag. 6) als de Zvw (Kamerstukken II 2003/04, 29 763, nr. 3, pag. 193) is aangegeven dat de identificatieplicht fasegewijs zal worden ingevoerd en dat zal worden begonnen met de invoering ervan ter zake van ziekenhuiszorg, omdat daar het risico van (zorgpas)fraude het grootst lijkt te zijn. Artikel 8.2 strekt ertoe aan te wijzen voor welke zorg de identificatieplicht per 1 januari 2006 gaat gelden.

Voor de afbakening van de zorg en diensten waarvoor de in artikel 118 Zvw neergelegde identificatieplicht en het administratievoorschrift van het vierde lid van dat artikel van toepassing zullen zijn, is aansluiting gezocht bij de systematiek van de toelating van instellingen.

In het in voorbereiding zijnde Besluit houdende uitvoering van enige bepalingen van de Wet toelating zorginstellingen (Uitvoeringsbesluit WTZi) worden categorieën instellingen afgebakend.

Voor de omschrijving van deze categorieën is aangesloten bij de praktijk van de toelating door het CVZ in het kader van de Zfw en de AWBZ. Binnen deze categorieën wordt geen onderscheid (meer) gemaakt in subcategorieën; zo zijn ziekenhuizen te onderscheiden in algemene, academische en militaire ziekenhuizen en in categorale instellingen. Onder categorale instellingen vallen: categorale ziekenhuizen, instellingen waarin een enkelvoudige onderzoek- of behandel functie wordt uitgeoefend, waaronder dialysecentra, radiotherapeutische instituten, centrale laboratoria en centrale apotheken, klinische revalidatie-instellingen, centra voor epileptici, brandwondencentra en astmacentra.

De identificatieplicht zal per 1 januari 2006 gaan gelden bij het verlenen van zorg ten laste van de Zvw voor algemene en academische ziekenhuizen en voor medisch-specialistische zorg die niet in ziekenhuizen maar in zelfstandige

behandelcentra wordt gegeven. Categorale instellingen, met uitzondering van de categorale ziekenhuizen, worden uitgesloten van de identificatieplicht omdat de zorg of diensten in die instellingen in het algemeen verleend worden als vervolgbehandeling of als onderdeel van behandeling in een ziekenhuis.

Personen die zorg of diensten nodig hebben en zich daartoe wenden tot een instelling waarvoor identificatieplicht is aangewezen, dienen hun rijbewijs, paspoort of ander identiteitsbewijs te overleggen. De instelling dient thans al te controleren of zo iemand verzekerd is, en zal vanaf 1 januari 2006 ook aan de hand van een identiteitsbewijs moeten controleren of de persoon die de zorg vraagt ook de persoon is die vermeld staat op het verzekeringsbewijs. De verplichting om daarnaast het sociaal-fiscaal nummer – dat op het identiteitsbewijs staat vermeld – in de administratie op te nemen en op de declaratie te vermelden zal (nog) niet op 1 januari 2006 in werking treden. Zowel ziekenhuizen als verzekerden zullen over de identificatieplicht worden geïnformeerd.

##### Artikel 8.3

Artikel 98 Zvw kent het CTZ de bevoegdheid toe forse boeten op te leggen met een maximum van € 10 miljoen, indien een zorgverzekeraar onjuiste of onvolledige informatie heeft verschaft met betrekking tot de aantallen bij hem verzekerde verzekeringsplichtigen of hun verzekerdenkenmerken die noodzakelijk zijn voor de vaststelling van de vereveningsbijdrage.

Deze gedraging van de zorgverzekeraar is echter tevens een strafbaar feit als bedoeld in de artikelen 225 of 326 van het Wetboek van Strafrecht. Op basis van artikel 106, tweede lid, Zvw, is in dat geval de officier van justitie bevoegd om als eerste van de gedraging kennis te nemen om te beoordelen of hij tot strafvervolgning zal overgaan.

Ingevolge artikel 106, derde lid van de Zvw kan echter van deze hoofdregel worden afgeweken en bij ministeriële regeling worden bepaald in welke gevallen de gedraging niet wordt voorgelegd aan de officier van justitie. Ten aanzien van artikel 98 heb ik besloten daartoe over te gaan. Deze bepaling voorziet daarin.

De overwegingen die hieraan ten grondslag liggen zijn als volgt.

Voor het functioneren van de zorgverzekering is het van groot belang dat het vereveningssysteem goed werkt, vanwege de beoogde eerlijke concurrentie zonder risicoselectie en vanwege het juist kunnen vaststellen van de inkomensafhankelijke bijdrage en de rijksbijdragen.

De gegevens over de aantallen verzekeringsplichtigen en verzekerdenkenmerken die nodig zijn voor het vaststellen van de toe te kennen vereveningsbij-

---

drage aan een zorgverzekeraar, dienen door de zorgverzekeraar bij het CVZ te worden aangeleverd. Het CTZ heeft de nodige expertise in het beoordelen en controleren van de ingediende vereveningsgegevens. Tussen het CTZ en het CVZ wordt op dit punt samengewerkt. Op deze wijze kan dus door het CTZ worden bepaald of een zorgverzekeraar onjuiste of onvolledige informatie heeft verschaft aan het CVZ.

Het is niet efficiënt om bij deze complexe materie, waarover de informatie al bekend is bij het CTZ, de overtreding

door de officier van justitie af te laten handelen. Bovendien is de boete die ingevolge het commune strafrecht kan worden opgelegd zo laag, een boete van de vijfde categorie, dat daar in financieel opzicht slechts een geringe preventieve werking vanuit zal gaan. De boete die door het CTZ kan worden opgelegd bedraagt maximaal € 10 miljoen en zal daarom een groter preventief effect hebben.

Tot slot is nog van belang dat de boetes die door het CTZ worden opgelegd ten goede komen aan het Zorgverzekeringsfonds en binnen de zorgsector kunnen worden besteed.

Ten aanzien van genoemde besluitvorming is overeenstemming bereikt met het Parket Generaal.

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