

Vergaderjaar 2003–2004

**29 763**

## **Regeling van een sociale verzekering voor geneeskundige zorg ten behoeve van de gehele bevolking (Zorgverzekeringswet)**

**Nr. 3**

### **MEMORIE VAN TOELICHTING**

#### **INHOUDSOPGAVE**

	<b>blz.</b>
<b>A. ALGEMEEN</b>	<b>2</b>
I Inleiding en samenvatting	2
II Achtergrond van het wetsvoorstel	7
III Consultatie en advies	18
IV De vormgeving van de zorgverzekering	20
V De inhoud van de zorgverzekering	24
a. de uitvoering	25
b. de zorgplicht	28
c. de verzekerden	35
d. het te verzekeren pakket	38
e. rechtsbescherming	45
f. de financiering	46
g. de vereveningsregeling	49
h. beheer	51
i. toezicht	51
VI Grensoverschrijdende zorg	57
VII Transparantie in het verzekeringsstelsel	58
VIII Gegevensuitwisseling	59
IX Financiële sturingsmogelijkheden	61
X De financiële gevolgen	61
XI De administratieve lasten	69
XII Overgangssituatie	73
XIII Inwerkingtreding en voorlichting	73
<b>B. ARTIKELSGEWIJZE TOELICHTING</b>	<b>74</b>

# Memorie van toelichting

## A. ALGEMEEN

### I Inleiding en samenvatting

Uit de Grondwet en uit internationale verdragen vloeit voort dat de Nederlandse overheid zorg draagt voor een stelsel van gezondheidszorg dat de Nederlanders toegang geeft tot noodzakelijke, kwalitatief goede medische zorg. Verzekering tegen ziektekosten is een belangrijk instrument om risico's te delen en de toegang tot geneeskundige zorg veilig te stellen voor mensen die zorg nodig hebben. Het overheidsbeleid ten aanzien van de gezondheidszorg strekt zich onontkoombaar uit tot het terrein van de ziektekostenverzekeringen. Door historische oorzaken kent Nederland een verbrokkeld stelsel van ziektekostenverzekeringen voor gewone geneeskundige zorg. Voor een aanzienlijk deel van de bevolking is er een verplichte ziekenfondsverzekering. Een ander deel heeft zich particulier verzekerd, waarbij voor sommige risicogroepen de mogelijkheid bestaat een wettelijk vastgestelde standaardpakketpolis af te sluiten. Voor bepaalde groepen ambtenaren bestaan er specifieke, verplichte publiek-rechtelijke ziektekostenverzekeringen.

*Doelstellingen van het wetsvoorstel: meer doelmatigheid, minder centrale sturing, goede toegankelijkheid*

Met het wetsvoorstel Zorgverzekeringswet wil de regering vanaf 2006 een einde maken aan de huidige verbrokkelde situatie door het realiseren van één wettelijk verzekeringsregime voor alle ingezetenen van Nederland. Dit nieuwe verzekeringsregime dient zoveel mogelijk bij te dragen aan een doelmatige en kwalitatief hoogwaardige gezondheidszorg. De met de Zorgverzekeringswet door te voeren wijziging in het stelsel van ziektekostenverzekeringen staat niet op zichzelf, maar maakt deel uit van een breder georiënteerde herziening van de sturing en verantwoordelijkheidsverdeling van de gezondheidszorg.<sup>1</sup>

Met de vergrijzing van de bevolking, de snelle medisch-technologische ontwikkelingen en de uitbreiding van het aantal diagnose- en behandelingsmethoden zal de behoefte aan geneeskundige zorg de komende decennia verder toenemen. Om alle ingezetenen noodzakelijke, betaalbare zorg te kunnen blijven bieden is een optimaal presterend gezondheidszorg-systeem, waarin alle betrokkenen gestimuleerd worden tot een gepast gebruik van medische voorzieningen, onontbeerlijk.

De regering is van oordeel dat het stelsel van gezondheidszorg aanzienlijk aan presterend vermogen kan winnen, door het systeem van centrale overheidssturing waar mogelijk plaats te laten maken voor een meer decentraal georganiseerd stelsel van gereguleerde concurrentie. Daartoe is vereist dat actoren in de zorg meer vrijheden én meer verantwoordelijkheden krijgen en dat zij onder gelijkwaardige condities hun rol kunnen vervullen. De noodzaak van deze ontwikkeling wordt in de sector en in de samenleving breed onderschreven.

Het verzekeringsstelsel dient deze wijziging in de sturing van de zorg te ondersteunen. Dit wetsvoorstel voorziet daarom in het aanbrengen van gelijke condities voor verzekeraars en verzekerden, en in het versterken van rollen van zowel burgers, zorgaanbieders als zorgverzekeraars, opdat zij worden aangemoedigd zo doelmatig mogelijk om te gaan met de gezondheidszorg. Burgers krijgen zowel meer financiële verantwoordelijkheden als meer invloed en reële keuzevrijheden bij het bepalen van hun zorgverzekering. Daarmee komen zorgverzekeraars in een positie waarin zij zich in onderlinge concurrentie actiever dienen in te spannen om voor hun verzekerden een gunstige prijs/prestatieverhouding bij zorgaan-

<sup>1</sup> Wat betreft de planning en bouw van medische voorzieningen: Kamerstukken II 2000/01, 27 659. Wat betreft de tarievenwetgeving: Kamerstukken II 2003/04, 29 379. Wat betreft de herziening van het overeenkomstenstelsel: Kamerstukken II 2002/03, 28 994. Zie ook de brieven aan de Tweede Kamer van 19 december 2003 en 12 maart 2004: Kamerstukken II 2003/04, 23 619, nrs 20 en 21.

bieders te bedingen. Zorgaanbieders dienen meer prestatiegericht te gaan werken, en krijgen tevens meer mogelijkheden om zorg te bieden die aansluit bij de behoeften en wensen van burgers. De overheid behoudt de systeemverantwoordelijkheid voor de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de gezondheidszorg.

#### *Noodzaak tot hervorming van het huidige verzekeringsstelsel*

Het huidige Nederlandse stelsel van zorgverzekeringen kent een groot aantal verworvenheden, zoals ruimte voor particulier initiatief, een relatief sterke private grondslag en de daarbij behorende financiële verantwoordelijkheid van zowel ziekenfondsen als verzekeraars en een goede toegankelijkheid. De regering wil deze verworvenheden behouden en waar mogelijk versterken.

Tegelijkertijd kenmerkt de huidige situatie zich door historisch gegroeide onvolkomenheden die een onderbenutting van de mogelijkheden van het verzekeringsstelsel tot gevolg hebben.

Zo is in het bestaande stelsel de wijze waarop iemand verzekerd is of kan zijn, afhankelijk van omstandigheden als zijn werksituatie, zijn inkomen, zijn burgerlijke staat en soms ook zijn gezondheidstoestand. Mensen in vergelijkbare inkomenssituaties betalen, afhankelijk van het voor hen geldende verzekeringsregime, soms sterk uiteenlopende premies. De mogelijkheden om van verzekeraar te veranderen zijn per verzekeringssegment verschillend. Soms zijn zij feitelijk afwezig als gevolg van risicoselectie, het verplicht deelnemen in een publiekrechtelijke regeling of het dwingende karakter van collectieve contracten. Door de beperkte omvang van de nominale premie in de ziekenfondsmarkt is het financieel belang van de ziekenfondsverzekerde bij een bewuste keuze van zijn verzekeraar nog beperkt.

De segmentering van de zorgverzekeringsmarkt brengt ook intransparantie met zich mee, waardoor voordelen van een homogene markt onbenut blijven.

Het ongelijke speelveld in het verzekeringssysteem veroorzaakt ook verschillen in oriëntatie tussen ziekenfondsen en particuliere verzekeraars. Zo zijn ziekenfondsen – die een acceptatieplicht kennen – gericht op het contracteren van zorg voor hun verzekerden, terwijl particuliere verzekeraars van oudsher sterk op risicoselectie zijn georiënteerd.

De verschillen en marktimperfecties op het vlak van acceptatie, keuzemogelijkheden, eigen verantwoordelijkheid en financiering belemmeren de keuzevrijheid en mobiliteit van verzekerden. Als gevolg daarvan kunnen zij hun zorgverzekeraars onvoldoende aansporen om hun potentiële rol als contractpartij van zorgaanbieders voldoende te ontplooien. Dat draagt er aan bij dat kostenbeheersing in de gezondheidszorg in hoge mate een zaak blijft van centrale aanbodregulering en tariefstelling door de overheid. Daardoor kan deregulering, die uit oogpunt van doelmatigheid en doeltreffendheid van het gezondheidszorgsysteem gewenst is, onvoldoende van de grond komen. In de visie van de regering is een eenduidig, en voor verzekerden en verzekeraars transparant verzekeringsstelsel waarin alle deelnemers onder gelijke condities participeren, een voorwaarde voor een duurzaam en betaalbaar zorgstelsel in de toekomst. Het wetsvoorstel creëert dit noodzakelijke gelijke speelveld, en creëert een systeem van *checks & balances* in de betrekkingen tussen verzekerden, zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

#### *Meer keuzevrijheid en verantwoordelijkheid voor de verzekerde*

Door de nieuwe Zorgverzekeringswet krijgt iedere ingezetene de mogelijkheid een verzekeringsovereenkomst te sluiten met de zorgverzekeraar van zijn keuze. De solidariteit binnen het stelsel komt tot uitdrukking in een

verzekeringsplicht voor de burgers en een acceptatieplicht voor de zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars hebben de plicht om iedereen, ongeacht persoonlijke kenmerken, tegen gelijke condities een zorgverzekering aan te bieden. De wet geeft aan op welke vormen van zorg de zorgverzekering betrekking heeft.

Verzekeraars kunnen hun verzekerden keuzemogelijkheden voorleggen wat betreft de wijze van vergoeding, service-elementen en de hoogte van het eigen risico en de daaraan verbonden premiekorting. Het kostenbewustzijn van de verzekerde wordt gestimuleerd door een nominale premie (waarmee op macro-niveau circa 45 procent van de verzekering wordt gefinancierd) en een no-claimteruggaveregeling. De verzekeraar mag zelf de nominale premie vaststellen, maar dient aan iedereen voor hetzelfde verzekeringsarrangement dezelfde premie in rekening te brengen. De maximale hoogte van de teruggave uit hoofde van de no-claimteruggaveregeling is voor iedereen gelijk.

De verzekeringsmarkt wordt transparanter voor de consument omdat het onderscheid tussen particulier en ziekenfonds en daarmee ook alle wettelijke opslagpremies komen te vervallen. Verbeteringen in de beschikbaarheid van keuze-informatie over prestaties van zorgverzekeraars dragen bij aan een verdere versterking van de positie van de burger op de zorgverzekeringsmarkt. De Zorgverzekeringswet voorziet er hiertoe in dat er een vergelijkend overzicht beschikbaar is van de elementen die voor hem bepalend zijn bij het maken van zijn keuze voor een zorgverzekering. Ook particuliere initiatieven op dit gebied zoals de *Report Card Verzekeraars* die momenteel door de Consumentenbond wordt ontwikkeld, verdienen in dit verband vermelding.

#### *Meer concurrentie en invloed voor de zorgverzekeraar*

Het wetsvoorstel geeft de zorgverzekeraars een belangrijke rol in het model van gereguleerde concurrentie.

Zij treden op als onderhandelingspartners van de zorgaanbieders, als het gaat over de prijs, inhoud en organisatie van de zorg. Zij mogen bij de uitvoering van de wet winstbeogend zijn. Naar hun verzekerden hebben zij een wettelijke zorgplicht, die zij op verschillende manieren kunnen invullen. De zorgverzekeraars kunnen afspraken maken met zorgverleners en hun verzekerden keuzes laten binnen het gecontracteerde zorgaanbod. De zorgverzekeraars kunnen ook de verzekerde geheel zelf laten bepalen tot welke zorgverlener hij zich wil wenden en de verzekerde de kosten van die zorg vergoeden, waarbij zij op verzoek van de verzekerde bemiddelen bij het vinden van zorgverleners. Het gegeven dat alle verzekerden ongeacht leeftijd of gezondheid jaarlijks van zorgverzekeraar kunnen veranderen, vormt een belangrijke stimulans voor een goede dienstverlening en een doelmatige zorginkoop, en versterkt de concurrentie tussen zorgverzekeraars.

Doordat er geen risicoselectie mogelijk is, wint het afdwingen van betere prestaties van zorgaanbieders voor de zorgverzekeraar aanmerkelijk aan belang. De geleidelijke liberalisering van de zorginkoopmarkt, die voor een belangrijk deel ook met andere wetgeving wordt ondersteund, zal de positie van de verzekeraars ten opzichte van de zorgaanbieders versterken.

Door het wegvallen van de grenzen tussen de verschillende verzekeringsvormen strekt de verzekerdenmarkt zich voor alle zorgverzekeraars uit tot alle ingezetenen. Dit betekent voor de huidige ziekenfondsen en particuliere verzekeraars die de Zorgverzekeringswet willen gaan uitvoeren een aanzienlijke uitbreiding van het marktpotentieel.

De mogelijkheid voor het afsluiten van collectieve contracten blijft bestaan. Daarmee kan een bijdrage geleverd worden aan een geïntegreerd preventie- en verzuimbeleid, en kunnen bijvoorbeeld patiëntenverenigingen afspraken over zorg op maat maken.

### *Meer maatwerk en prestatiegerichtheid door zorgaanbieders*

De vernieuwing van het verzekeringsstelsel zal er aan bijdragen dat de verzekeraars hogere eisen zullen gaan stellen aan hun contracten met zorgaanbieders, zowel kwalitatief als financieel. Verruiming van de contracteermogelijkheden voor verzekeraars en aanbieders, prestatiegerichte bekostigingssystemen (zoals het systeem van diagnose behandeling combinaties dat momenteel wordt ingevoerd) en het beschikbaar komen van vergelijkende informatie over prestaties van zorgaanbieders ondersteunen deze ontwikkeling. Zorgaanbieders zullen meer prestatiegericht moeten gaan werken, maar krijgen ook meer mogelijkheden om zich van elkaar te onderscheiden en maatwerk te leveren.

### *Minder bureaucratie en administratieve lasten*

Door genoemde verschuiving van directe overheidsregulering naar meer verantwoordelijkheid voor de betrokken partijen in de zorg is het mogelijk onnodige bureaucratie en de administratieve lastendruk te verminderen. Het huidige stelsel kent ook veel administratieve rompslomp die voortvloeit uit het «grensverkeer» tussen ziekenfondsen en particuliere verzekeraars als gevolg van veranderingen in de inkomenssituatie.

### *Overheid draagt zorg voor sociale randvoorwaarden*

De regering beoogt een verzekeringsstelsel te creëren dat enerzijds het nemen van eigen verantwoordelijkheid en marktwerking aanmoedigt en anderzijds een stevige verankering geeft aan sociale randvoorwaarden (solidariteit tussen inkomens en risico's). Die sociale randvoorwaarden komen tot uitdrukking in een aantal wettelijke waarborgen.

In de eerste plaats is er de acceptatieplicht, die een wettelijk verzekerd pakket betreft dat grosso modo zal overeenkomen met het huidige ziekenfondspakket.

Per verzekeringsmodel dat een verzekeraar aanbiedt, geldt één nominale premie die voor alle verzekerden gelijk is, ongeacht hun leeftijd of ziekterisico. Verzekerden jonger dan 18 jaar betalen geen premie. Die wordt voor deze groep uit een rijksbijdrage gefinancierd. Er komt ook een einde aan de huidige, willekeurige inkomenseffecten bij grensovergangen tussen ziekenfonds, particuliere markt en publiekrechtelijke verzekering. Mensen voor wie de hoogte van de nominale premie gezien hun inkomenssituatie problematisch is, kunnen op grond van een afzonderlijk wetsvoorstel (Wet op de zorgtoeslag) voor een zorgtoeslag in aanmerking komen. Met de zorgtoeslag wordt een belangrijke relatie gelegd tussen draagkracht en de berekende premielast. Zo krijgt de solidariteit tussen inkomens een duidelijke en herkenbare plaats in het nieuwe stelsel van ziektekostenverzekering.

Werkgevers dragen bij aan de financiering door middel van een verplichte werkgeversbijdrage (in de vorm van een verplichte vergoeding aan hun werknemers over de door deze werknemers over het loon verschuldigde inkomensafhankelijke bijdrage). De inkomensafhankelijke bijdragen worden aangewend om een goed werkend systeem van risicoverevening in stand te houden. Uitkeringen uit het vereveningsfonds voorkomen dat er voor de zorgverzekeraar financiële nadelen voortvloeien uit een onevenredige verdeling van verzekeringsrisico's.

Het wetsvoorstel voorziet tevens in een wettelijk geregeld onafhankelijk toezicht op de zorgverzekeraars, teneinde de overheid de noodzakelijke informatie te verschaffen om verantwoording af te leggen aan het parlement over het functioneren van het zorgverzekeringsstelsel als geheel.

Tegen de achtergrond van de hervormingen in het zorgstelsel in de laatste vijftien jaar (zoals invoering van mededinging in de ziekenfondsverzekering en invoering van solidariteitsoverdrachten in de particuliere verzekeringen) acht de regering de wettelijke regeling van de nieuwe zorgverzekering eerder een logische, noodzakelijke vervolgstap dan een breuk met het verleden. De regering kiest, gelet op de private elementen die zowel de ziekenfondsverzekering als de particuliere verzekeringen zijn blijven kenmerken, bewust voor een privaatrechtelijke vormgeving van de zorgverzekering. Van belang is daarbij dat de Europese Commissie als vanzelfsprekend aanneemt dat de vrijheid van de lidstaten van de Europese Unie om hun stelsel van sociale zekerheid naar eigen inzichten in te richten, ook de vrijheid impliceert de dekking van het verzekeringsrisico over te laten aan private verzekeringsondernemingen. Daarbij kunnen in het algemeen belang eisen aan die ondernemingen worden gesteld. Ruimte voor eigen initiatief en ondernemerschap gaat in het wetsvoorstel gepaard met sterke publieke randvoorwaarden. Op deze wijze kunnen de sociale traditie van het ziekenfonds en de markttraditie van de particuliere verzekering worden samengebracht. Zowel ziekenfondsen als particuliere ziektekostenverzekeraars kunnen zich omvormen tot verzekeringsmaatschappijen die als zorgverzekeraars de Zorgverzekeringswet uitvoeren. Aldus is de continuïteit in het functioneren van het zorgstelsel genoegzaam gewaarborgd. Alle verzekerden zullen onder de paraplu van de Europese socialezekerheidsverordening komen. De verzekerden die in het buitenland wonen of verblijven, kunnen ter plaatse medische zorg genieten ten laste van de Nederlandse verzekering.

De Zorgverzekeringswet vervangt de Ziekenfondswet (Zfw), de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998 (Wtz 1998) en de Wet medefinanciering oververtegenwoordiging oudere ziekenfondsverzekerden (Wet MOOZ), die met het van kracht worden van dit wetsvoorstel worden ingetrokken. Onderstaande tabel geeft een schematisch overzicht van de belangrijkste hierboven beschreven veranderingen uit hoofde van dit wetsvoorstel.

	Knelpunten huidig stelsel van zorgverzekeringen	Aanpak Zorgverzekeringswet
Burger	Onvoldoende invloed en keuzemogelijkheden	Zorgverzekering met acceptatieplicht neemt belemmeringen weg voor keuze uit verzekeraars (zoals de huidige inkomensgrens, selectie op basis van gezondheidstoestand, verplichte deelname aan een collectief contract of publiekrechtelijke regeling) Keuze uit divers aanbod verzekeringsmodellen: natura/restitutie/vrijwillige eigen risico's Grotere transparantie door zorgverzekering Toename concurrentie stimuleert verzekeraars en aanbieders tot cliëntgericht handelen
	Ongewenste inkomenseffecten	Met de Zorgverzekeringswet vervallen inkomenseffecten voor burgers die moeten overstappen tussen ziekenfonds en particuliere verzekering en ongelijke behandeling van kinderen en partners Inkomenscompensatie via zorgtoeslag
	Onvoldoende eigen verantwoordelijkheid	Significante nominale premie No-claimteruggaveregeling
Zorgverzekeraar	Door premiestijgingen komt betaalbaarheid zorg in het geding Verbrokkelde markt met ongelijk speelveld particulier/ziekenfonds	Prikkels voor verzekerden, verzekeraars en aanbieders om bij te dragen aan betaalbaarheid zorg Creatie van één homogene, transparante markt met gelijke spelregels voor alle zorgverzekeraars

	Knelpunten huidig stelsel van zorgverzekeringen	Aanpak Zorgverzekeringswet
	Zorgverzekeraars treden richting aanbieders nog onvoldoende op als contractpartijen die doelmatige, kwalitatief hoogwaardige zorg afdwingen	Verbod op risicoselectie geeft alle verzekeraars dezelfde oriëntatie: beter sturen op doelmatigheid en kwaliteit aanbod Alle verzekerden kunnen stemmen met de voeten en hebben daarbij ook een groter financieel belang Ruimte voor ondernemerschap wordt groter: de focus van zorgverzekeraars op de doelmatigheid en kwaliteit van het zorgaanbod maakt geleidelijke deregulering mogelijk Toestaan winstmotief aan zorgverzekeraars
	Te veel administratieve lasten	Zorgverzekering leidt tot vereenvoudiging regelgeving en wegvallen doelmatigheidstoezicht
Zorgaanbieder	Zorgaanbieders zijn onvoldoende prestatie- en vraaggericht	Versterkte positie zorgverzekeraar en burger stimuleert zorgaanbieder tot betere prestaties Geleidelijke deregulering vergroot ruimte voor ondernemerschap en mogelijkheid tot leveren maatwerk

## II Achtergrond van het wetsvoorstel

### *Eisen aan het systeem van gezondheidszorg*

De regering acht het een blijvende overheidsverantwoordelijkheid dat noodzakelijke gezondheidszorg van goede kwaliteit voor alle Nederlanders toegankelijk is, ongeacht hun leeftijd, gezondheidstoestand of inkomenspositie. Een solide borging van dit publieke belang stelt hoge eisen aan het systeem van gezondheidszorg, zowel op medisch en zorginhoudelijk gebied als vanuit een oogpunt van doelmatige uitvoering en beheerste kostenontwikkeling.

De laatste jaren is het besef toegenomen, dat met het huidige stelsel van organisatie en financiering van de zorg niet langer op een evenwichtige manier aan deze eisen kan worden voldaan. De geleidelijk gegroeide, gedetailleerde overheidssturing binnen het zorgstelsel vormt steeds meer een belemmering voor een kwalitatief goed en doelmatig functionerende zorgsector. Een teveel aan centrale regelgeving en het ontbreken van adequate (markt)prikkels staan thans in de weg aan het realiseren van een innovatief zorgaanbod met een goede prijs-prestatieverhouding. Daarnaast roept ook de aanzienlijke stijging van de zorguitgaven van de laatste jaren als zodanig vragen op over de houdbaarheid van het stelsel op langere termijn<sup>1</sup>.

### *Toekomstige ontwikkelingen*

De eisen die aan het gezondheidszorgsysteem worden gesteld, zullen de komende jaren alleen maar toenemen. De Nederlandse bevolking vergrijsst en krijgt daardoor een steeds grotere zorgbehoefte. Die ontwikkeling zal zich, gezien de samenstelling van de bevolking, nog tientallen jaren voortzetten.

### **Lange termijn prognose vergrijzing Nederlandse bevolking (Bron: CBS, Statline 1/9/2004)**

	Totaal	65+	75+		85+		% vh totaal
	Aantal in mln pers	Aantal in mln pers	% vh totaal	Aantal in mln pers	% vh totaal	Aantal in mln pers	
<b>2003</b>	16,20	2,22	14%	1,00	6%	0,23	1%
<b>2010</b>	16,67	2,49	15%	1,11	7%	0,29	2%
<b>2020</b>	17,21	3,19	19%	1,30	8%	0,32	2%
<b>2030</b>	17,61	3,82	22%	1,75	10%	0,40	2%
<b>2040</b>	17,71	4,13	23%	2,06	12%	0,55	3%

<sup>1</sup> In 2001 en 2002 groeide het zorgvolume in totaal met ruim 14 procent. De reële economische groei bedroeg in die periode zo'n 1,5 procent. De zorgquote (aandeel van de zorguitgaven in het Bruto Binnenlands Product) steeg van zo'n 8,5 procent in 2000 naar circa 9,7% in 2003.

Ook het profiel van de zorgvrager is aan verandering onderhevig. De burger heeft meer uitgesproken wensen ten aanzien van de aard en kwaliteit van de geboden zorg. Daarnaast is er de voortgaande ontwikkeling in de medische technologie, die maakt dat er steeds meer mogelijk wordt. Dit alles brengt echter ook aanzienlijke kosten met zich.

In de periode 1998–2002 is het aandeel van de zorgkosten in het Bruto Binnenlands Product sterk toegenomen, sterker dan in andere Europese landen. Dit heeft geresulteerd in een zorgquote ultimo 2003 van circa 9,7%. Langetermijnverkenningen van de Sociaal Economische Raad (SER), het Centraal Planbureau en de Studiegroep begrotingsruimte geven aan dat Nederland er zich op moet voorbereiden dat deze quote als gevolg van de genoemde ontwikkelingen kan oplopen naar 13 à 15% in 2040. Deze kostenstijging wordt niet alleen door de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) veroorzaakt, ook de uitgaven aan curatieve zorg nemen toe naarmate meer mensen ouder worden.

#### *Noodzaak tot herziening van het zorgstelsel*

Met het oog op de gestelde en soms ook niet goed met elkaar te verenigen huidige en toekomstige eisen acht de regering een herziening van het stelsel van organisatie en financiering van de gezondheidszorg noodzakelijk. Immers, de voor een deel onvermijdelijk oplopende zorgquote vereist des te meer dat het zorgstelsel met de schaarse beschikbare middelen optimaal presteert. Om ook in de toekomst de *kwaliteit* van onze gezondheidszorg te kunnen waarborgen, dient het veranderend vermogen van de zorgsector te groeien. Met het oog op de *betaalbaarheid* van de gezondheidszorg zijn een doelmatige verlening van zorg én een gepast zorggebruik nodig. De organisatie- en financieringsstructuur van de zorg dienen daarvoor meer en betere stimulansen te verschaffen. Het waarborgen van de *toegankelijkheid* van de zorg vereist dat het zorgstelsel wordt geschraagd door een robuust georganiseerde risico- en inkomensolidariteit.

Om deze doelstellingen te bereiken streeft de regering naar een nieuwe balans in de verdeling van verantwoordelijkheden tussen overheid en maatschappelijke actoren. Die balans krijgt gestalte door het geleidelijk verminderen van directe overheidsregulering van het zorgaanbod, onder het gelijktijdig doen ontstaan van meer vrijheden én verantwoordelijkheden voor de actoren in de zorg: zorgaanbieders, zorgverzekeraars en zorgvragers respectievelijk verzekerden. De regering streeft daarmee naar een stelsel van gereguleerde marktwerking, waarin de overheid steeds meer zal optreden als kadersteller en toezichhouder. Binnen de door de wetgever geformuleerde kaders krijgen de betrokken actoren meer keuzemogelijkheden, beleids- en beslissingsruimte én meer concurrentieprikkels. Er treedt aldus een verschuiving op van directe regulering van het zorgaanbod door de centrale overheid naar regulering van markten waarop verzekerden/zorgvragers, zorgverzekeraars en aanbieders van zorg elkaar ontmoeten.

Hierbij past ook dat het zorgsysteem de burger er, meer dan thans het geval is, toe aanzet zijn eigen verantwoordelijkheid te nemen voor zijn gezondheid, zijn gezondheidszorg en de verzekering tegen ziektekosten. Hij dient ook de mogelijkheid te krijgen aan die verantwoordelijkheid daadwerkelijk invulling te geven. Tegelijk mag het vergroten van die eigen verantwoordelijkheid niet met zich brengen dat degenen die minder in staat zijn deze waar te maken, op enigerlei wijze van de zorg worden uitgesloten.



De werking van concurrentie in de gezondheidszorg is complex. Drie onderling verbonden marktpartijen moeten ondanks obstakels als kennis-asymmetrie en «moral hazard», een toegankelijke, kwalitatief hoogwaardige en doelmatige gezondheidszorg bewerkstelligen. Binnen die driehoeksrelatie kan onderscheid gemaakt worden tussen de zorgverzekeringsmarkt, de zorgverleningsmarkt en de zorginkoopmarkt. De zorginkoopmarkt bestaat op zijn beurt weer uit verschillende segmenten of deelmarkten als gevolg van verschillen in de aard van de verleende zorg. Al naar gelang de zorgverlening niet-uitstelbaar of juist planbaar is, complex in de zin van multidisciplinair of eenvoudig (monodisciplinair), kapitaalintensief of kapitaalextensief, kunnen de mogelijkheden voor concurrentie variëren. Omdat de uitkomst van deze marktprocessen in hoge mate afhankelijk is van het gedrag van genoemde partijen, heeft de overheid de cruciale rol om de juiste condities te scheppen, de juiste spelregels op te stellen en daarop toezicht te regelen.

Wil het concept van gereguleerde marktwerking goed kunnen werken, dan dient het verzekerings- en financieringssysteem daar qua structuur goed bij aan te sluiten. De bestaande structuur schiet daarin tekort omdat verschillende verzekeringsarrangementen, met verschillende en soms tegengestelde prikkels naast elkaar bestaan. Zo wordt in de particuliere verzekering risicoselectie beloofd, terwijl deze in de ziekenfondsverzekering is uitgesloten. Ook zijn er verschillen in overstapmogelijkheden en in verantwoordelijkheden jegens de verzekerden. De regering acht het bestaan van deze verschillen prohibitief voor de ontwikkeling van een gezonde en volwaardige ontwikkeling van zowel de zorgverzekerings- als de zorginkoopmarkt. De in de visie van de regering noodzakelijke versterking van marktprikkels en *checks & balances* in de betrekkingen tussen de hoofdrolspelers in de zorg vergt dat er één homogene markt is voor verzekeraars, in die zin dat alle verzekeraars aan dezelfde spelregels zijn onderworpen, zowel jegens hun verzekerden als jegens de zorgaanbieders en de overheid. Dit wetsvoorstel voorziet daarin. Alhoewel het nieuwe verzekeringsstelsel evenals het bestaande private en publieke kenmerken combineert, wint het ten opzichte van het huidige stelsel duidelijk aan transparantie en homogeniteit.

Zorgverzekeraars zullen in onderlinge concurrentie voor hun verzekerden optreden. In de visie van de regering gaat het om een nieuw type verzekeraar dat zowel kenmerken heeft van de bestaande particuliere verzekeraar als van het huidige ziekenfonds. De zorgverzekeraars vervullen de door de regering gewenste centrale rol in het model van gereguleerde concurrentie als zij optreden als doelmatige, klantgerichte regisseurs van de zorg. Om dat te bevorderen, hebben de zorgverzekeraars een wettelijke zorgplicht. De financiering van zorgverzekeraars wordt bovendien zo ingericht dat zij zich vooral op zorgregie gaan richten en niet op het selecteren van verzekerden op basis van hun gezondheidsvooruitzichten. Daarvoor is nodig dat ze in voldoende mate risicodragend zijn, dat er een adequaat risicovereveningssysteem is en dat er gezonde concurrentieverhoudingen zijn.

Het Centraal Planbureau heeft in zijn studie «Zorg voor concurrentie»<sup>1</sup> de belangrijkste voorwaarden voor concurrentie benoemd. Een eerste is de betwistbaarheid van marktposities. Zoals de regering de afgelopen jaren in vele nota's en wetsvoorstellen heeft uiteengezet, heeft de deregulering van de aanbodkant van de zorginkoopmarkt in Nederland hoge prioriteit. Het gaat hier met name om de verruiming van de mogelijkheden voor opleiding tot het artsberoep en voor het kunnen starten van ondernemingen die zorg aanbieden. De voorgestelde vernieuwingen van de Wet

---

<sup>1</sup> Centraal Planbureau, Zorg voor concurrentie, een analyse van het nieuwe zorgstelsel, januari 2003.

tarieven gezondheidszorg (Wtg) en de vervanging van de Wet ziekenhuisvoorzieningen door de Wet toelating zorginstellingen zijn hoofdzakelijk hiervoor bedoeld. Deze wetten maken het mogelijk dat de toelating tot de markt niet afhankelijk is van een bouwvergunning, dat winstoogmerk kan worden toegestaan en dat er maatwerk kan worden geleverd bij het prijsbeleid. Deze maatregelen worden met dit wetsvoorstel nog versterkt door de functionele omschrijving van de wettelijke aanspraken. Daarmee krijgen verzekeraars en verzekerden meer mogelijkheden om voor vernieuwende doelmatige oplossingen te kiezen waarmee nieuwe vormen van zorgaanbod worden gestimuleerd.

Een andere door het Centraal Planbureau benadrukte voorwaarde is de transparantie van markten. Die is nodig om een evenwichtige onderhandelingsituatie tussen de vraag- en aanbodzijde tot stand te kunnen brengen. De regering bevordert daarom de noodzakelijke ontwikkeling en invoering van instrumenten voor prestatiemeting, heldere verantwoording over de geleverde kwaliteit en consumenteninformatie. Evenals de maatregelen om de concurrentie op de zorgmarkten te bevorderen, zijn deze maatregelen niet allemaal in extenso onderwerp van dit wetsvoorstel.

Datzelfde geldt voor het sectorspecifieke toezicht dat nodig is om de concurrentie in de gezondheidszorg op een verantwoorde manier te stimuleren en waar nodig te corrigeren. Cruciaal in dit verband is de oprichting van een sterke Zorgautoriteit. De regering heeft zich ten doel gesteld de wet die daarvoor de basis vormt, tegelijk met de Zorgverzekeringwet in werking te doen treden. Voor een meer uitgebreide beschrijving van doel, taken en bevoegdheden van de Zorgautoriteit zij verwezen naar de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) van 10 september 2004<sup>1</sup>.

De regering is van mening dat met hetgeen in de Zorgverzekeringwet is geregeld in samenhang met wat daar buiten op de gezondheidszorgmarkten wordt verbeterd op het terrein van mededinging, transparantie en toezicht, de voorwaarden kunnen worden vervuld om de gewenste uitkomst van de marktwerking in de Nederlandse gezondheidszorg te bewerkstelligen. De regering onderschrijft daarmee de conclusie die het Centraal Planbureau in de eerdergenoemde studie trekt, namelijk «dat het door het kabinet voorgestane zorgstelsel, meer dan het huidige stelsel, perspectief biedt op zorg die zowel kosteneffectief als toegankelijk is en dat onzekerheden die met een nieuw stelsel gepaard gaan, de invoering ervan niet in de weg behoeven te staan».

#### *Stapsgewijze invoering van concurrentie*

De regering acht bovenstaande conclusie te meer gerechtvaardigd, daar zij kiest voor een stapsgewijze en weloverwogen aanpak bij de toepassing van concurrentie. Al naar gelang de mogelijkheden de zorgverlening in concrete producten en diensten te kunnen uitdrukken en afhankelijk van de karakteristieken van de verschillende deelmarkten, zoals hierboven beschreven, wordt het concurrentiemechanisme geactiveerd. Door dit stapsgewijs te doen zijn de gevolgen overzienbaar en kunnen de opgedane ervaringen bij volgende stappen worden benut. De eerste stappen zullen worden gezet bij ongeveer 10% van de ziekenhuiszorg en bij de fysiotherapie. De Tweede Kamer is hierover separaat geïnformeerd.<sup>2</sup>

#### *Ontwikkeling van het stelsel van ziektekostenverzekeringen voor geneeskundige zorg*

Ziektekostenverzekering is in Nederland heel lang een louter private aangelegenheid geweest. Vanaf het begin van de 20<sup>e</sup> eeuw zijn diverse pogingen gedaan de ziektekostenverzekering wettelijk te regelen, maar tot 1941 zijn alle pogingen daartoe steeds mislukt.<sup>3</sup> Nederland kende tot dat jaar een stelsel van private ziekenfondsen. Naar

<sup>1</sup> Kenmerk Z/PB-2516069.

<sup>2</sup> Kamerstukken II 2003/04, 29 248, nr. 5 en Kamerstukken II 2003/04, 29 200, XVI, nr 276.

<sup>3</sup> Zie hieromtrent: memorie van toelichting bij ontwerp Ziekenfondswet: Kamerstukken II 1961/62, 6808, nr. 3, p. 6–8.

burgerlijk recht waren ziekenfondsen – overwegend – onderlinge waarborgmaatschappijen. Individuen konden vrijwillig lid worden van een ziekenfonds. Tegen een vaste premie boden de ziekenfondsen hulp in natura. Primair omvatte de hulp waarop aanspraak bestond, huisartsenhulp. Ziekenfondsen betaalden huisartsen een abonnementshonorarium, dat wil zeggen een vast bedrag per ingeschreven ziekenfondspatiënt per jaar. Voor dat bedrag kon de patiënt de huisarts elke keer raadplegen als dat nodig was. Toen in de medische beroepsuitoefening meer specialisatie ontstond, bepaalden de ziekenfondsen in hun verzekeringsvoorwaarden dat een medisch specialist alleen voor rekening van het ziekenfonds mocht worden geraadpleegd, als er een verwijzing van de huisarts was. Het ziekenfonds werd gezien als een sociale instelling die er vooral moest zijn voor mensen met een laag inkomen. Tegen een lage premie werd voor de ziekenfondsverzekerden de toegang tot de gezondheidszorg gewaarborgd. Artsen namen genoegen met lage tarieven, maar bedongen dat ziekenfondsen mensen die «particuliere» tarieven konden betalen, niet als verzekerde zouden toelaten. Onder druk van de artsenorganisatie namen de ziekenfondsen in hun statuten een «welstandsgrens» op. Mensen die meer verdienden dan deze welstandsgrens, mochten niet worden toegelaten tot het ziekenfonds, of moesten, als zij verzekerd waren, bij overschrijding van de welstandsgrens het ziekenfonds weer verlaten. Het verschijnsel welstandsgrens (of loongrens/inkomensgrens) speelt tot op de dag van vandaag een rol in de Nederlandse ziekenfondsverzekering.

Ziekenfondsen waren, als gezegd, sociale instellingen die zich sterk door solidariteitsoverwegingen lieten leiden. Het verschijnsel medische selectie kwam nauwelijks voor; de premies voor jong en oud, ziek en gezond, waren gelijk. Er was wel concurrentie tussen ziekenfondsen maar die spitste zich niet toe op risicoselectie. In 1940 was ruim 50% van de bevolking vrijwillig ziekenfondsverzekerd, en dat was het minst welgestelde deel.

Tijdens de Tweede Wereldoorlog is de ziekenfondsverzekering alsnog in de publiekrechtelijke sfeer gekomen. Onder invloed van de Duitse sociale wetgeving van Bismarck werd de ziekenfondsverzekering verplicht voor werknemers met een loon onder een bepaalde grens (de loongrens).<sup>1</sup> De ziekenfondsen behielden hun privaatrechtelijk karakter, maar moesten om de verplichte verzekering te kunnen uitvoeren, door de overheid worden toegelaten. Er kwam overheidstoezicht op de ziekenfondsen. Voor de verplicht verzekerden werd de hoogte van de premie inkomensafhankelijk. Het natura-karakter van de verzekering, met daaraan gekoppeld het stelsel van overeenkomsten met (private) zorgaanbieders, bleef volledig intact. Het Ziekenfondsenbesluit 1941<sup>2</sup> bleef, ontdaan van ongewenste aspecten uit de bezettingstijd, na de Tweede Wereldoorlog en het herstel van het democratische parlementaire stelsel gehandhaafd en heeft tot 1964 gefunctioneerd. Toen kwam de Zfw tot stand die, hoewel vele malen gewijzigd, nog steeds van kracht is. De verhouding ziekenfonds-verplicht verzekerde kreeg een publiekrechtelijk karakter. Ziekenfondsen konden aan niet-verplicht verzekerden met een inkomen onder de inkomensgrens op vrijwillige (en privaatrechtelijke) basis een ziekenfondsverzekering blijven aanbieden.

Voor groepen ambtenaren werkzaam bij lagere overheden kwamen in de jaren '50 specifieke publiekrechtelijke ziektekostenvoorzieningen tot stand.

<sup>1</sup> Hoewel de premiebetaling verplicht was, gold de verhouding ziekenfonds-verplicht verzekerde onder de vigeur van het Ziekenfondsenbesluit toch als een privaatrechtelijke verzekeringsverhouding; aldus HR 13 maart 1959, NJ 1962, nr. 339.

<sup>2</sup> Besluit van 1 augustus 1941, Verordeningenblad voor het bezette Nederlandsche gebied, 1941, nr. 160.

Met het stijgen van de kosten van de gezondheidszorg werd het ook voor hoger betaalden steeds meer een noodzaak zich tegen ziektekosten te verzekeren. Het was ziekenfondsen niet toegestaan die hoger betaalden verzekeringen aan te bieden. En zo ontstonden naast de ziekenfondsen particuliere ziektekostenverzekeraars. Binnen de particuliere ziektekostenverzekering geldt, naast een nominale premieheffing, een stelsel van restitutie: de verzekerde krijgt de kosten die hij voor geneeskundige

verzorging heeft moeten maken, voor zover door de polis gedekt, van de verzekeraar vergoed. Veel particuliere ziektekostenverzekeraars zijn in de jaren '50 van de 20e eeuw door en vanuit ziekenfondsen opgericht. Die nieuwe verzekeraars gingen geleidelijk aan meer hun eigen weg, vooral ook omdat het via wetgeving aan ziekenfondsbestuurders verboden werd, om ook zitting te nemen in het bestuur van een particuliere verzekering-sinstelling. Aldus voltrok zich een scheiding tussen het «publieke» ziekenfondssegment en het «private» ziektekostenverzekerssegment. Voor particuliere ziektekostenverzekeringen golden lange tijd geen andere wettelijke regels dan de algemene regels voor het schadeverzekeringsbedrijf. De overheid bemoeide zich niet met de inhoud van de verzekeringspakketten, noch met de premie en het acceptatiebeleid.

Lange tijd volgden de particuliere verzekeraars het acceptatie- en premiebeleid dat gangbaar was in de vrijwillige ziekenfondsverzekering. Risico-selectie kwam nauwelijks voor, evenmin als premiedifferentiatie naar leeftijd. Daarin kwam in de jaren '70 en '80 verandering. Vóór die tijd richtten de particuliere verzekeraars zich nauwelijks op de groep vrijwillig ziekenfondsverzekerden. Op den duur werd het voor jongeren steeds aantrekkelijker zich particulier te verzekeren. Steeds meer particuliere verzekeraars boden jongeren polissen met een lager premieniveau dan dat van de vrijwillige ziekenfondsverzekering. Ouderen werden daarentegen met steeds hogere premies geconfronteerd. Voor hen was het vaak aantrekkelijk om over te stappen naar het vrijwillig ziekenfonds. Het vrijwillig ziekenfonds kwam in een spiraal van uitstroom van goede risico's en instroom van slechte risico's. In 1986 besloot de overheid de vrijwillige ziekenfondsverzekering op te heffen. Sindsdien kennen wij in Nederland nog uitsluitend de verplichte ziekenfondsverzekering. Een deel van de vrijwillig ziekenfondsverzekerden werd krachtens wettelijke aanwijzing verplicht verzekerd, een ander deel was voortaan aangewezen op de particuliere ziektekostenverzekeringsmarkt. De particuliere verzekeraars kregen een groter aantal potentiële klanten, maar werden ook met bijzondere wettelijke maatregelen geconfronteerd. De Wtz deed haar intrede, later opgevolgd door de Wtz 1998.

Ingevolge deze wet zijn particuliere ziektekostenverzekeraars verplicht naast de maatschappijpolissen die zij in aanbieding hebben, ook een zogenaamde overeenkomst van standaardverzekering (Wtz-standaardpakketpolis) aan te bieden, waarvan de inhoud aan wettelijke voorschriften moet beantwoorden. De verzekeraars zijn verplicht bepaalde groepen krachtens de wet aangewezen personen desgevraagd te accepteren voor een Wtz-standaardpakketpolis. Deze groepen personen omvatten onder meer:

- voormalig vrijwillig ziekenfondsverzekerden;
- voormalig verplicht ziekenfondsverzekerden die het ziekenfonds wegens loongrensoverschrijding hebben moeten verlaten;
- uit het buitenland afkomstige personen.

Een belangrijke groep die hieraan later is toegevoegd, betreft: alle niet-verplicht verzekerden van 65 jaar en ouder.

De overheid stelt de premie voor de Wtz-standaardpakketpolis vast. Deze is voor de desbetreffende risicogroepen niet kostendekkend. Het tekort wordt in de vorm van een solidariteitstoeslag omgeslagen over de andere particulier verzekerden (omslagheffing Wtz). Over de risicogroepen die onder het acceptatieregime van de Wtz 1998 vallen, lopen de particuliere ziektekostenverzekeraars in het geheel geen risico. In Nederland is ongeveer 35% van de bevolking particulier verzekerd tegen ziektekosten, maar voor een deel van deze groep, de Wtz-verzekerden, geldt een regime dat heel dicht in de buurt van de wettelijke ziekenfondsverzekering komt.

Voor een goed begrip van het Nederlandse stelsel van ziektekostenverzekeringen is het van belang te vermelden dat in 1968, naast de Zfw, een belangrijke tweede sociale ziektekostenverzekeringwet tot stand kwam:

de AWBZ. Deze wet bracht een algemene verzekering voor alle ingezetenen van Nederland tegen zware medische risico's, die voor alle burgers als privaat onverzekerbaar golden, zoals verblijf in een inrichting voor gehandicapten, verblijf in een verpleeghuis, en zeer langdurig verblijf in een ziekenhuis. De AWBZ-verzekering is sterk gemodelleerd naar de ziekenfondsverzekering, dat wil zeggen: een natura-verzekering, inkomensafhankelijke premie, overheidstoezicht en dergelijke. Behalve ziekenfondsen konden ook particuliere ziektekostenverzekeraars en uitvoerders van de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen voor ambtenaren toelating vragen als uitvoeringsorgaan van de AWBZ. De gedachte was dat iemand die als verzekerde staat ingeschreven bij een ziekenfonds of particuliere ziektekostenverzekeraar, bij diezelfde verzekeraar ingeschreven moet kunnen zijn voor wat betreft de AWBZ-verzekering. De AWBZ heeft er nadrukkelijk voor gekozen het particuliere ziektekostenbedrijf bij de uitvoering van deze sociale verzekeringswet te betrekken. Alle op de Nederlandse markt werkzame particuliere ziektekostenverzekeraars hebben van de mogelijkheid ook uitvoering te geven aan de AWBZ, gebruik gemaakt. De AWBZ is in de Nederlandse gezondheidszorg, vooral als verzekering voor langdurige zorg («care») steeds belangrijker geworden.

#### *Het huidige verzekeringsstelsel voor geneeskundige zorg*

Nederland kent aldus sinds vele decennia een duaal bestel in de verzekering voor «normale» ziektekosten<sup>1</sup>. Tweederde deel van de bevolking (10,2 miljoen mensen) is van rechtswege verzekerd in een publiekrechtelijke ziektekostenverzekering die is geregeld in de Zfw. Deze wet omschrijft de kring van verzekerden, regelt de premie en omschrijft de aanspraken op zorg, in beginsel verstrekkingen in natura.

Eenderde deel van de bevolking is niet sociaal verzekerd. Van hen is een deel (0,9 miljoen mensen) verplicht opgenomen in publiekrechtelijke ziektekostenregelingen voor ambtenaren in dienst van lagere overheden (gemeente-, provincieambtenaren en personeel in dienst van de politie). De overigen zijn aangewezen op particuliere verzekeringen. Dit particuliere segment kent een onderscheid tussen de particuliere ziektekostenpolissen die iedere particuliere verzekeraar individueel aanbiedt, de zogenaamde maatschappijpolissen (4,2 miljoen mensen), en de wettelijk gegarandeerde verzekering voor ouderen en degenen die vanwege hun risicoprofiel van een maatschappijpolis zijn uitgesloten, de zogenaamde Wtz-standaardpakketpolis (0,7 miljoen mensen). De laatste categorie is verzekerd op grond van de Wtz 1998. Een groot deel van de particulier verzekerden (circa tweederde) is verzekerd via een collectief contract dat de werkgever voor zijn werknemers sluit. Enkele groepen kennen specifieke regelingen, zoals militairen. Nederland kent voor «normale» ziektekosten de grootste particuliere verzekeringsmarkt binnen de Europese Unie.

Mede door het verbrokkelde systeem in de ziektekostenverzekering en de sterk uiteenlopende sturingsmechanismen in de onderscheiden verzekeringssoorten heeft de overheid zich de afgelopen decennia in toenemende mate gedwongen gezien, met name ook met het oogmerk van kostenbeheersing, regulerend op te treden ten aanzien van aanbieders van zorg (planningswetgeving; tarievenwetgeving). Er is sterke roep ontstaan tot deregulering en een verschuiving van directe regulering door de overheid naar regulering van markten waarop verzekerden/zorgvragers, uitvoerders van de verzekering/zorgverzekeraars en aanbieders van zorg elkaar ontmoeten.

---

<sup>1</sup> Dat wil zeggen: de ziektekostenverzekeringen die dekking bieden voor huisartsenzorg, medisch-specialistische zorg, ziekenhuisopname, geneesmiddelen, hulpmiddelen, paramedische zorg e.d.

In de huidige verzekeringsstructuur wordt een verzekerde, afhankelijk van zijn inkomenspositie, gezondheidstoestand of -vooruitzichten, geconfronteerd met verschillen in keuzemogelijkheden (voor verzekeraar en verzekerde pakket) en in verantwoordelijkheden die zijn verzekeringsinstelling jegens hem heeft.

De ziekenfondsverzekerde heeft de keuze om jaarlijks van verzekeraar te wisselen, maar heeft geen mogelijkheid om een vrijwillig eigen risico te nemen of te differentiëren in het pakket.

Een ziekenfonds is wettelijk verplicht iedereen die aan de wettelijke vereisten voldoet, te accepteren en iedereen dezelfde nominale premie in rekening te brengen. Tevens heeft een ziekenfonds de verplichting er zorg voor te dragen dat zijn verzekerden hun aanspraken op zorg ook daadwerkelijk waar kunnen maken. Daartoe moet het ziekenfonds de zorg voor zijn verzekerden contracteren. De ziekenfondsverzekering kent een deels inkomensafhankelijke, deels nominale premie.

De particulier verzekerde heeft meer keuze ten aanzien van het verzekeringspakket, waaronder ook de keuze voor een vrijwillig eigen risico, maar ziet zijn mogelijkheden om van verzekeraar te wisselen snel afnemen met het stijgen van zijn leeftijd of verslechteren van zijn gezondheidstoestand. Voor de maatschappijpolis ontbreekt immers een acceptatieplicht en kan de premie worden vastgesteld afhankelijk van het risicoprofiel van de verzekerde.

Ambtenaren werkzaam bij gemeenten, provincies en politie zijn verplicht aangesloten bij de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen; zij ontberen de mogelijkheid om van verzekeraar te veranderen of een eigen risico te nemen.

Als men op de particuliere markt eenmaal is aangewezen op een Wtz-standaardpakketpolis, heeft men geen keuze meer ten aanzien van het verzekeringspakket of een vrijwillig eigen risico, want dat is door de overheid vastgelegd.

Particuliere verzekeraars hebben van oudsher niet de verplichting om zorg voor hun verzekerden te contracteren. Zij restitueren de door hun verzekerden gemaakte kosten, maar zijn er niet verantwoordelijk voor dat de verzekerden ook daadwerkelijk de verzekerde zorg kunnen krijgen. De particuliere verzekering kent een volledig nominale premie.

Ziektenfondsen en particuliere verzekeraars kennen dus sterk verschillende oriëntaties als het gaat om premiebeleid en schadelastbeheersing. Ziektenfondsen kunnen hun schadelast beheersen door een doelmatige zorginkoop, en zijn daarom van nature gericht op de aanbodzijde van de zorg. Particuliere verzekeraars beheersen hun schadelast vooral op basis van risicoselectie.

#### *Convergentie van ziekenfonds- en particuliere verzekeringen*

De dualiteit ziekenfonds-particulier heeft een historische achtergrond die inmiddels aan actuele maatschappelijke betekenis heeft ingeboet. Nagenoeg niemand kan het zich veroorloven niet tegen ziektekosten verzekerd te zijn. Het hebben van een ziektekostenverzekering is voor vrijwel alle burgers een noodzaak.

Inmiddels wordt in de tarifiering in de gezondheidszorg<sup>1</sup> geen onderscheid meer gemaakt tussen hulp aan ziekenfondsenverzekerden en hulp aan particuliere patiënten.

Ook andere ontwikkelingen in de afgelopen jaren hebben de materiële verschillen tussen het ziekenfonds- en het particuliere terrein gaandeweg verkleind. De wettelijk geldende bestuurlijke scheidslijnen tussen ziekenfondsen en particuliere verzekeraars zijn begin jaren '90 opgeheven. Als gevolg van fusies biedt thans het merendeel van de zorgverzekeraars zowel de ziekenfonds- als de particuliere verzekering vanuit hetzelfde

---

<sup>1</sup> Met uitzondering van de huisartsenzorg.

concern aan. Hoewel in formele en administratieve zin gescheiden, vinden er doorgaans gecombineerde marketinginspanningen plaats en maken particulier verzekerden indirect gebruik van de resultaten van zorgcontracten die ziekenfondsen sluiten. Daarnaast tekent zich af dat particuliere verzekeraars zich steeds minder beperken tot uitsluitend het vergoeden van gemaakte kosten, en zich evenals ziekenfondsen gaan richten op het aanbieden van diensten in de sfeer van gezondheidsvoorlichting en wachtlijstbemiddeling.

Wat betreft de samenstelling van het verzekeringspakket volgt de particuliere verzekeringsmarkt in hoge mate de ontwikkelingen die plaatsvinden in de ziekenfondsverzekering, zoals bij medisch-specialistische zorg die het stadium van ontwikkelingsgeneeskunde is gepasseerd, en tandheelkundige zorg.

Ook in bedrijfseconomisch opzicht zijn ziekenfondsen en particuliere verzekeraars de afgelopen jaren naar elkaar toegegroeid. Waar de ziekenfondsen stapsgewijs steeds meer risico zijn gaan dragen in de uitvoering van de Zfw (in 2003 voor 60% van de uitgaven) en onderling steeds meer concurreren, kregen de particuliere verzekeraars een vangnet in de Wtz 1998. Over risicogroepen die onder het acceptatieregime van de Wtz 1998 vallen lopen de particuliere verzekeraars in het geheel geen risico meer. Het ging daarbij in 2003 om 33% van de uitgaven voor particulier verzekerden.

Tezelfdertijd worden de premies van particuliere maatschappijpolissen in toenemende mate bepaald door solidariteitsbijdragen aan de ziekenfondsverzekering en de Wtz 1998.<sup>1</sup>

#### *Het samenbrengen van de verschillende verzekeringsregimes*

Bezien vanuit het perspectief van de hierboven geschetste ontwikkelingen, is het samenbrengen van de bestaande verzekeringsregimes eerder een logische vervolgstap in een proces dat reeds langere tijd aan de gang is, dan een radicale breuk met het verleden. Deze constatering doet, zo meent de regering, niets af aan de noodzaak van deze samenvoeging, noch wil de regering de ingrijpendheid daarvan kleiner voorstellen dan zij feitelijk is. Wel wil de regering aangeven dat het blijven bestaan van grote verschillen in wettelijke regimes op het terrein van acceptatie, keuzemogelijkheden, verantwoordelijkheden en financiering steeds moeilijker te accepteren is in een situatie waar de feitelijke ontwikkelingen convergeren in de gewenste richting. Het ligt voorts in de rede dat de wetgever uiteindelijk consequenties verbindt aan het niet langer opportuun zijn van de instandhouding van uiteenlopende wettelijke (en niet-wettelijke) zorgverzekeringsregimes voor onderscheiden segmenten van de samenleving. Voor het voortbestaan van de huidige verbrokkelde structuur zijn geen positieve argumenten meer voor handen.

Samensmelting van de verschillende verzekeringsregimes leidt – en dat is een belangrijk volgend argument voor doorvoering van deze stelselherziening – tot het voor verdere deregulering noodzakelijke gelijke speelveld voor verzekerden en verzekeraars. Bedacht moet worden dat in het verleden in het ziekenfondssegment via het contractenstelsel invloed kon worden uitgeoefend op kwaliteit, prijs en volume van de voor de verzekerden beschikbare zorg; dit contractmechanisme was in het particuliere segment in het verleden non-existent. Juist de divergentie in sturingsinstrumentarium waarvan in de onderscheiden verzekeringssegmenten van het «duale» bestel sprake was, heeft bijgedragen aan de ontwikkeling van sturingsinstrumentarium voor de centrale overheid waarmee de totale zorg, dat wil zeggen zowel de ziekenfondsgefinancierde als de «privaatgefinancierde» zorg, kon worden aangestuurd. Uit oogpunt van kostenbeheersing is de Wtg bij voorbeeld vooral voor de door de particu-

<sup>1</sup> De MOOZ-bijdrage, voortvloeiend uit de Wet medefinanciering oververtegenwoordiging oudere ziekenfondsverzekerden, die nodig is omdat er meer ouderen zijn verzekerd in het ziekenfonds dan in de particuliere verzekering, en de Wtz-omslagbijdrage, waarmee het tekort dat ontstaat in de Wtz-verzekering doordat de premie-inkomsten lager zijn dan de schade wordt omgeslagen over alle particulier verzekerden jonger dan 65 jaar.

liere ziektekostenverzekeraars gefinancierde zorg van betekenis geweest. De ziekenfondswetgeving bevatte voor de ziekenfondsen reeds volop de mogelijkheid tot betrokkenheid bij de tariefstelling van de zorgaanbieders. De Wtg introduceerde die mogelijkheid voor de particuliere ziektekostenverzekeraars, maar vergrootte ook de mogelijkheid voor de centrale overheid om zich met de tariefsontwikkeling te bemoeien. Juist de doorgeschoten aanbodregulering uit hoofde van de Wet ziekenhuisvoorzieningen en de Wtg is velen in het veld van de gezondheidszorg een doorn in het oog. Terugdringing van deze overheidsregulering vergt dat alle zorgverzekeraars over dezelfde mogelijkheden beschikken om sturing aan de zorg te geven, en door gelijke marktomstandigheden gedwongen worden tot actief handelen in het belang van hun verzekerden. Juist om de terugdringing van de overheidsbemoeienis met het zorgaanbod te bewerkstelligen is het van groot belang dat alle zorgverzekeraars onder dezelfde wettelijke condities op de markt werkzaam zijn.

Ook uit oogpunt van transparantie, verlaging van transactiekosten, slechten van schotten in de financiering en het wegnemen van willekeurige inkomenseffecten die ontstaan bij de overgang van de ziekenfondsnaar een particuliere verzekering en vice versa heeft de totstandbrenging van één wettelijk verzekeringsregime aanzienlijke meerwaarde. Zo is het voor de burger een onbegrijpelijke situatie dat iemand die met zijn inkomen net onder de ziekenfondsgrens zit meer premie voor zijn ziekenfondsverzekering verschuldigd is dan iemand die met zijn inkomen net boven de ziekenfondsgrens zit voor zijn particuliere verzekering moet betalen. Ook kan het voor de burger in hoge mate irritant zijn indien hij door een daling van zijn inkomen ziekenfondsverzekerd moet worden en daardoor zijn particuliere verzekering kwijtraakt, terwijl die soms bijzondere dekkingsvoorwaarden omvat. Als hij dan later door een stijging van zijn inkomen weer terug moet naar de particuliere verzekering, is het vaak niet mogelijk om tegen dezelfde premievoorwaarden de oude dekking weer terug te krijgen. Met name mensen die een chronische ziekte hebben, ondervinden veel hinder van dit gevolg van de dichotomie van het bestaande verzekeringsstelsel. Werknemers die vanwege een stijging van hun loon boven de inkomensgrens voor de ziekenfondsverzekering geraken, zullen veelal slechts eenmaal met dit fenomeen te maken krijgen. Zelfstandigen daarentegen kan dat, ondanks de voor deze categorie geldende middelingsregeling voor het inkomen, meer dan eens overkomen doordat zij doorgaans een van jaar tot jaar wisselend inkomen hebben. Op basis van een globale schatting aan de hand van het aantal in- en uitschrijvingen in de ziekenfondsverzekering kan er van worden uitgegaan dat ieder jaar opnieuw enkele tienduizenden personen hiermee te maken hebben. In zijn evaluatierapport over de invoering van de ziekenfondsverzekering voor zelfstandigen<sup>1</sup> heeft het CVZ op dit aspect gewezen, zowel voor wat betreft zelfstandigen als voor werknemers.

De wenselijkheid van uniformering van de financiering van de zorg is reeds verwoord in het rapport van de Commissie Dekker uit 1987<sup>2</sup>. De Commissie Dekker was van oordeel dat alleen in een werkelijk vernieuwd verzekeringsstelsel alle wezenlijke elementen waaraan het stelsel zou moeten voldoen, op een evenwichtige wijze hun plaats zouden kunnen krijgen: doelmatigheid, solidariteit, keuzevrijheid, flexibiliteit en rechtvaardigheid. Ook alle recente rapporten die door of aan het kabinet zijn uitgebracht wijzen in de richting van samensmelting van de verschillende verzekeringsregimes. Zij kennen alle een grote mate van overeenstemming over vormgeving en inhoud van de tot stand te brengen verzekering. Zo stelt de SER in zijn advies van december 2000<sup>3</sup> vast dat het huidige stelsel van ziektekostenverzekeringen in het licht van de vergrijzing niet genoeg solidariteit kan organiseren en er onvoldoende mogelijkheden zijn om in te spelen op de voorkeuren van verzekerden en patiënten. Ook

<sup>1</sup> CVZ, Evaluatie zelfstandigen in de ziekenfondsverzekering, publ. nr 129, Amstelveen, 24 oktober 2002, p. 23)

<sup>2</sup> Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg «Bereidheid tot verandering» Den Haag, 1987 (Kamerstukken II 1986/87, 19 945, nr. 1).

<sup>3</sup> Naar een gezond stelsel van ziektekostenverzekeringen, Sociaal Economische Raad, december 2000.



knelpunten zoals wachtlijsten, personeelstekorten en de verschraving van de zorg vragen in de ogen van de SER om een spoedige modernisering van het stelsel van ziektekostenverzekeringen en gezondheidszorg. De raad adviseert een algemene zorgverzekering in te voeren, waarvoor iedereen wettelijk verplicht is zich te verzekeren. Dit advies is in grote lijnen overgenomen in de kabinetsnota Vraag aan bod van juli 2001.<sup>1</sup> Het onderhavige wetsvoorstel zet dan ook op hoofdlijnen de koers voort die eerder al werd uitgezet.

De regering beoogt een verzekeringsstelsel te creëren dat enerzijds een stevige verankering geeft aan sociale randvoorwaarden (solidariteit tussen inkomens en tussen risico's) en anderzijds het nemen van eigen verantwoordelijkheid en marktwerking aanmoedigt. Dit leidt tot minder regulering van bovenaf en bevordert de financiële houdbaarheid. De inrichtingsvraag van de verzekering kan derhalve als volgt worden omschreven: hoe kan, onder waarborging van het sociale karakter van het verzekeringsstelsel, maximaal ruimte worden gecreëerd voor keuzevrijheid van de verzekerden en (markt)prikkels voor de – onder gelijke uitgangspunten opererende – zorgverzekeraars om betaalbare, doelmatige zorg van goede kwaliteit te realiseren?

Vanuit die vraagstelling komt de regering tot de volgende invulling van de verzekering:

- Het sociale karakter van de verzekering, die een verplichte verzekering voor de gehele bevolking is, krijgt vorm door risico- en inkomenssolidariteit. De risicosolidariteit is geborgd door een plicht voor zorgverzekeraars om alle Nederlandse ingezetenen als verzekerden te accepteren voor een door de overheid vastgesteld basispakket, waarbij een verbod op premiedifferentiatie naar aan de persoon gerelateerde factoren geldt. Daarbij hoort een risicovereveningssysteem dat verzekeraars compenseert voor verschillen in risicoprofiel, en dat wordt gevoed met inkomensafhankelijke bijdragen van verzekeringsplichtigen en rijksbijdragen. De inkomenssolidariteit wordt vormgegeven door de invoering van genoemde inkomensafhankelijke bijdrage van verzekeringsplichtigen en een wettelijke zorgtoeslag. Overigens zullen de werkgevers verplicht zijn aan hun werknemers een vergoeding over de door deze werknemers over het loon verschuldigde inkomensafhankelijke bijdrage te verstrekken. Ook zullen zorgverzekeraars onderworpen zijn aan specifiek toezicht en daaruit voortvloeiende informatieverplichtingen.
- Marktprikkels, keuzemogelijkheden en eigen verantwoordelijkheid krijgen gestalte door een nominale premie, een risicodragende uitvoering van de verzekering, het toestaan van het winstmotief aan verzekeraars, functiegericht omschreven aanspraken, eigen betalingen en de mogelijkheid om jaarlijks van verzekeraar te wisselen en de daarmee gepaard gaande concurrentie tussen verzekeraars.

Deze basiselementen laten zich als volgt specificeren:

- een verzekering voor de gehele bevolking;
- voor een functiegericht omschreven standaardpakket van noodzakelijke zorg;
- uit te voeren door private ondernemingen;
- die een acceptatieplicht hebben;
- en die gefinancierd worden door middel van:
  - a. bijdragen ter hoogte van ongeveer de helft van de totale zorguitgaven, uit een op te richten zorgverzekeringsfonds dat gevuld wordt met inkomensafhankelijke bijdragen van verzekeringsplichtigen en rijksbijdragen;
  - b. een door de verzekeraar zelf vastgestelde nominale premie voor verzekerden van achttien jaar en ouder, die niet naar gezondheid,

<sup>1</sup> Vraag aan bod, hoofdlijnen van vernieuwing van het zorgstelsel, Kamerstukken II 2000/01, 27 855, nrs 1–2.

leeftijd of andere aan de verzekerde gerelateerde factoren gedifferentieerd mag worden;

- waarbij de verzekeraars om verzekerden concurreren;
- waarbij een verplicht eigen risico geldt in de vorm van een, in de ziekenfondsverzekering al ingevoerde, no-claimteruggaveregeling<sup>1</sup>;
- waarbij de verzekeraars de vrijheid krijgen om, boven de no-claimteruggaveregeling, varianten van vrijwillige eigen risico's met daarbij horende kortingen op de nominale premie aan te bieden;
- waarbij de verzekeraars winst oogmerk mogen hebben waarbij winst ten goede kan komen aan aandeelhouders of leden van een onderlinge waarborgmaatschappij;
- waarbij de zorgaanbieders, die door de verzekeraars gecontracteerd (kunnen) worden, met elkaar concurreren;
- waarbij objectieve informatie over de kwaliteit van het aanbod van verzekeraars en zorgaanbieders beschikbaar is;
- en waarbij inkomenseffecten in huishoudingen zoveel mogelijk worden gecompenseerd door een toeslag, ter grootte van het verschil tussen de genormeerde kosten voor de zorgverzekeringsovereenkomst en de gemiddelde premie voor een zorgverzekeringsovereenkomst.

De belangrijkste wijzigingen van de Zorgverzekeringswet ten opzichte van de bestaande situatie kunnen schematisch als volgt worden weergegeven:

	overstap mogelijkheid	keuzeruimte polis	vrijwillig eigen risico	risicodragende uitvoering	winstbeogende uitvoering	inkomensafhankelijke premies/ bijdragen
particulier	gering	ja	ja	ja	ja	nee
Wtz	ja	nee	nee	nee	nee	nee
ziekenfonds	ja	nee	nee	deels	nee	deels
ambtenaren	nee	nee	nee	nee	nee	deels
zorgverzekering	ja	deels	ja	deels <sup>1</sup>	ja	deels

<sup>1</sup> Het risicodragende deel neemt geleidelijk toe. Kosten die voor zorgverzekeraars echt niet beïnvloedbaar zijn, zoals die voor bijzondere medische verrichtingen en topklinische zorg, zullen buiten de risicodragendheid blijven.

### III Consultatie en advies

In het voorjaar van 2004 zijn diverse bestuursorganen en maatschappelijke organisaties geconsulteerd over de uitgangspunten die ten grondslag liggen aan dit voorstel van wet. Daarnaast zijn de Raad voor de rechtspraak, het College bescherming persoonsgegevens, het Adviescollege toetsing administratieve lasten en de Algemene Rekenkamer gevraagd te adviseren over een voorstel van de Zorgverzekeringswet.

Het advies van de Raad voor de rechtspraak verscheen op 12 mei 2004<sup>2</sup> en gaat onder meer in op de belasting van de rechterlijke macht, de concentratie van zaken bij een rechterlijke instantie, de bestuurlijke boete en de rechtspraak in twee feitelijke instanties en de opbrengst van de ingevorderde boetes. Daarnaast besteedt de raad aandacht aan de financiële en organisatorische consequenties van de invoering van dit wetsvoorstel. Het belangrijkste aspect uit dit advies betreft de mogelijkheid van het instellen van beroep tegen besluiten tot het opleggen van boetes aan verzekerden of verzekeraars. De raad adviseert in de Zorgverzekeringswet beroep in twee feitelijke instanties op te nemen en baseert zich daarbij op de internationale mensenrechtenverdragen. De regering heeft dit voorstel van de Raad voor de rechtspraak overgenomen, vanuit de overtuiging dat er geen twijfel mag bestaan over de verenigbaarheid van het Nederlandse stelsel van rechtspraak met de internationale mensenrechtenverdragen.

<sup>1</sup> Kamerstukken II, 2003/04, 29 483 (Wijziging van de ziekenfondswet in verband met het invoeren van een no-claimteruggaaf voor verzekerden die geen of weinig gebruik hebben gemaakt van zorg waarop ingevolge die wet aanspraak bestaat).

<sup>2</sup> Raad voor de rechtspraak, brief van 12 mei 2004.

Het College bescherming persoonsgegevens heeft op 12 mei 2004 advies uitgebracht<sup>1</sup>. Het college besteedt onder meer aandacht aan het gebruik van het Sofi-nummer, het gebruik van persoonsgegevens door het College voor zorgverzekeringen (CVZ) voor risicoverevening, de informatiebepalingen, risicoselectie bij de aanvullende verzekering, collectieve contracten en het verzekeren van samenhangende risico's en het toezicht. In het bijzonder vraagt het college aandacht voor een adequate onderbouwing voor het verzamelen, vastleggen en verder verwerken van persoonsgegevens. Indien deze toepassing een wettelijke grondslag heeft dan moet die voldoende specifiek omschreven zijn. Naar aanleiding van dit advies is de bedoelde onderbouwing in dit wetsvoorstel waar nodig verder aangescherpt.

Ook het Adviescollege toetsing administratieve lasten heeft geadviseerd over het onderhavige wetsvoorstel<sup>2</sup>. Op de inhoud en gevolgtrekkingen van dit advies wordt ingegaan in hoofdstuk XI van deze toelichting.

Op grond van artikel 96 van de Comptabiliteitswet 2001 is de Algemene Rekenkamer om een reactie gevraagd op het wetsvoorstel. De Algemene Rekenkamer<sup>3</sup> constateert dat de Minister geen inzicht nastreeft in de recht- en doelmatige besteding van de publieke middelen die aan zorgverzekeraars worden verstrekt.

Het wetsvoorstel voorziet echter wel in wettelijk geregeld onafhankelijk toezicht op de zorgverzekeraars, zodat de Minister informatie krijgt om verantwoording af te leggen aan de Staten-Generaal over het functioneren van het zorgstelsel als geheel. Ingevolge het wetsvoorstel heeft de Algemene Rekenkamer geen bevoegdheid om onderzoek te doen naar de wijze waarop zorgverzekeraars de opbrengst van bij of krachtens de Zorgverzekeringswet ingestelde heffingen besteden. Zodoende onthoudt de Minister naar de mening van de Algemene Rekenkamer de Staten-Generaal de controleur die deze informatie kan voorzien van – een door onderzoek verkregen – onafhankelijk oordeel. Vanwege haar grondwettelijke positie ziet de Algemene Rekenkamer doorbreking van dit systeem van bevoegdheden met grote zorg tegemoet, ook gelet op mogelijke precedentwerking. Op de positie van de Algemene Rekenkamer wordt ingegaan in hoofdstuk V, onder i.

Daarnaast zijn de volgende bestuursorganen en maatschappelijke organisaties geconsulteerd over de uitgangspunten van de Zorgverzekeringswet:

- Zelfstandige bestuursorganen: CVZ, College van toezicht op de zorgverzekeringen (CTZ), College tarieven gezondheidszorg (CTG), Uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen (UWV), Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa), Pensioen- & Verzekeringskamer (PVK);
- Brancheorganisaties verzekeraars: Kontaktcommissie publiekrechtelijke ziektekostenregelingen (KPZ), Zorgverzekeraars Nederland (ZN);
- Patiënten/consumentenorganisaties: Consumentenbond, Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF);
- Werkgeversorganisaties: LTO Nederland, MKB Nederland, VNO-NCW;
- Werknemersorganisaties: CNV, FNV, MHP.

Sommige organisaties hebben een schriftelijke reactie opgesteld, mede ter voorbereiding op het hoofdlijnen debat over de stelselherziening in de Tweede Kamer op 15 april 2004.

De reacties op de uitgangspunten van de beoogde Zorgverzekeringswet zijn in het algemeen positief. De noodzaak van een stelselherziening, en in dat verband de invoering van een algemene verzekering voor curatieve zorg, wordt alom onderkend. De meeste organisaties hebben in hun reactie de reeds gemaakte politieke keuzen<sup>4</sup> en de daaruit voortvloeiende consequenties als een gegeven beschouwd. Uitgangspunten als een acceptatieplicht, een zorgplicht en introductie van meer keuzemogelijkheden en verantwoordelijkheden worden met instemming begroet.

<sup>1</sup> College bescherming persoonsgegevens, brief van 12 mei 2004.

<sup>2</sup> Adviescollege toetsing administratieve lasten, brief van 17 mei 2004.

<sup>3</sup> Algemene Rekenkamer, brief van 6 juli 2004.

<sup>4</sup> Zoals verwoord in het Hoofdlijnenakkoord en de brief aan het parlement over het rechtskarakter van 19 december 2003 (Kamerstukken II 2003/04, 23 619, nr. 20).

In hoofdlijnen houden de reacties het volgende in:

- Zelfstandige bestuursorganen zijn vooral ingegaan op de werking van het toekomstige zorgstelsel en de gevolgen daarvan voor de eigen organisatie. Deze reacties zijn ten dele ingegeven vanuit de huidige situatie, hoewel de constellatie van het zorgstelsel in de toekomst (privaat, meer verantwoordelijkheden voor partijen) anders is en dat ook gevolgen heeft voor de rol van de toezichthouders. De gewenste nadere uitwerking van het takenpakket van de toezichthouders komt aan bod in de wet waarmee ook positie en taken van de Zorgautoriteit worden geregeld.
- De consumentenorganisaties hebben geen principiële bezwaren tegen het wetsvoorstel, maar stellen wel vragen over de concrete uitwerking ervan. Waar mogelijk is de regering in het definitieve wetsvoorstel hieraan tegemoet gekomen en daarnaast zal hieraan aandacht worden besteed bij de implementatie van de wet.
- De brancheorganisaties van verzekeraars hebben met name oog voor de ondernemingsruimte van verzekeraars als de beoogde toekomstige uitvoerders van de Zorgverzekeringswet. Mede in dat kader is nadrukkelijk aandacht gevraagd voor de mogelijkheid van collectieve contracten.
- Zowel werkgevers- en werknemersorganisaties nemen in hun reactie het SER-advies «Naar een gezond stelsel van ziektekostenverzekeringen» als vertrekpunt en zien in de Zorgverzekeringswet veel overeenkomsten met dit advies. Ten aanzien van enkele onderdelen van de Zorgverzekeringswet komt men onderling echter tot verschillende oordelen. Zo zijn werkgeversorganisaties en de MHP tegen een verplichte werkgeversbijdrage (die zoals hiervoor is aangegeven, is vormgegeven als een door de werkgevers verplicht aan hun werknemers te verstrekken vergoeding voor de door deze werknemers over het loon verschuldigde inkomensafhankelijke bijdrage), terwijl FNV en CNV hier voor zijn. De regering gaat hier nader op in in hoofdstuk V, onder f, van deze toelichting. VNO-NCW ziet graag meer ruimte voor marktwerking en concurrentie opdat de beoogde effecten daarvan tot volle benut kunnen worden. De regering is van opvatting dat de overwegingen die in de hoofdstukken I en II van deze toelichting zijn weergegeven, aangeven waarom de visie van het Verbond slechts ten dele kan worden gevolgd.

#### **IV De vormgeving van de zorgverzekering**

Er zijn in beginsel twee wegen waarlangs een sociale verzekering voor geneeskundige zorg in juridische zin tot stand kan komen.

1. De verzekering komt tot stand door het sluiten van een verzekeringsovereenkomst tussen een burger en een verzekeraar (privaatrechtelijk model).  
Deze verzekering is niet hetzelfde als een zogenaamde particuliere maatschappijpolis. Ook die komt tot stand door een verzekeringsovereenkomst, maar kent niet de voor een sociale verzekering cruciale elementen van verplichte aansluiting voor de burger, acceptatieplicht voor de verzekeraar, wettelijk vastgestelde verzekeringsdekking en wettelijk vastgelegde solidaire financiering.<sup>1</sup>
2. De verzekering komt van rechtswege tot stand, indien de burger voldoet aan door de wet gestelde voorwaarden, zoals het ingezetenschap (publiekrechtelijk model).

Het onderscheid tussen publiekrechtelijk en privaatrechtelijk betreft in deze context een verschil in rechtsbetrekking, een verschil in de wijze waarop de verzekering tot stand komt. Het onderscheid heeft geen betrekking op de uitvoering van de verzekering. Ook in een publiekrechtelijk

---

<sup>1</sup> Kenmerken voor een sociale verzekering, genoemd door het Europese Hof van Justitie in de zaak Poucet/Pistre (C159/91), 17 februari 1993.

model kan de verzekering door private partijen worden uitgevoerd; ook de huidige ziekenfondsen zijn private rechtspersonen.

De regering is van oordeel dat een publiekrechtelijke verzekering met private uitvoering enerzijds en een privaatrechtelijke verzekering met publieke randvoorwaarden anderzijds elkaar qua materiële werking weinig behoeven te ontlopen. In beide arrangementen kunnen sociale waarborgen worden gecombineerd met marktwerking.

De regering heeft voorkeur voor een privaatrechtelijke vormgeving van de wettelijke zorgverzekering met sterke publieke waarborgen.<sup>1</sup> Zij is van oordeel dat de gewenste helderheid van de verantwoordelijkheidsverdeling tussen overheid, burgers en zorgverzekeraars langs die weg het beste tot haar recht komt. Een dergelijke vormgeving is verantwoord omdat zo een sociale verzekering ontstaat waarin de gewenste ruimte voor ondernemerschap in de zorg van een stevige wettelijke inkadering en publieke waarborgen wordt voorzien. Op deze wijze kunnen de sociale traditie van het ziekenfonds en de markttraditie van de particuliere verzekering worden samengebracht.

Door de combinatie van sterke publieke waarborgen en een privaatrechtelijke inbedding wordt een stelsel gecreëerd waarin zowel ziekenfondsen als particuliere verzekeraars zich kunnen herkennen en waarin zij, in hun nieuwe rol als zorgverzekeraars, hun verantwoordelijkheden zullen kunnen waarmaken. De regering beoogt hiermee een zo breed mogelijk draagvlak voor de vernieuwing van het verzekeringsstelsel te creëren.

Bij de vormgeving van het nieuwe verzekeringsstelsel heeft de regering zorgvuldig gekeken hoe de beleidsmatige uitgangspunten zodanig vorm kunnen krijgen dat zij goed aansluiten bij de internationale regelgeving waaraan Nederland gebonden is.

Daarbij dient acht te worden geslagen op de door Nederland geratificeerde internationale verdragen van de International Labour Organisation (ILO) en van de Raad van Europa. Doel van deze verdragen is het bieden van sociale bescherming aan betrokken burgers en het bevorderen van een evenwichtige concurrentiepositie tussen de ratificerende landen door overeenkomende sociale lasten. Daartoe kennen deze verdragen verplichtingen met betrekking tot onder meer de omvang van de te verzekeren groepen personen, het te verzekeren pakket, en de uitvoeringsorganisatie. Een punt van aandacht is dat de ILO-verdragen nrs 24 (Verdrag betreffende de ziekteverzekering van arbeiders in de industrie en de handel en van huispersoneel) en 25 (Verdrag betreffende de ziekteverzekering van landarbeiders) een verbod bevatten op de uitvoering van de wettelijke ziektekostenverzekering door verzekeraars met winstoogmerk. Aangezien dit een aspect is van het nieuwe verzekeringsstelsel dat de regering juist wil introduceren, heeft het kabinet het voornemen deze verdragen op te zeggen.<sup>2</sup> De regering acht dat overigens een logische consequentie van het feit dat Nederland inmiddels de nieuwere, van kracht zijnde, ILO-verdragen nrs 102 (Verdrag betreffende minimumnormen van sociale zekerheid) en 121 (Verdrag betreffende uitkeringen bij bedrijfsongevallen en beroepsziekten) heeft geratificeerd, die wat betreft de inhoud overeenstemmen met de ILO-verdragen nrs 24 en 25, maar geen verbod stellen op het maken van winst.

Van groot belang in het internationale kader zijn ook de regels van de Europese Unie hieromtrent.

In dat verband is op 10 januari 2001 de Interdepartementale Commissie Europees Recht (ICER) verzocht te adviseren over de voorwaarden waaraan een nieuw stelsel van ziektekostenverzekeringen in het licht van de Europese regelgeving moet voldoen en aan te geven welke ruimte de Nederlandse overheid heeft om aan een dergelijk stelsel een goede eigen invulling te geven. Op 29 juli en 29 oktober 2002 is aan de landsadvocaat gevraagd te onderzoeken of de veronderstelling dat het Europese

<sup>1</sup> Zie hierover de brief aan de Tweede Kamer van 19 december 2003 (Kamerstukken II 2003/04, 23 619, nr. 20).

<sup>2</sup> Bij haar definitieve standpuntbepaling zal de regering de overwegingen voor het opzeggen van verdragen, zoals die zijn uiteengezet in de brief van de Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid aan de Tweede Kamer naar aanleiding van de motie van het lid Van Middelkoop (Kamerstukken II 1994/95, 23 900, XV, nr. 44, blz. 4–6) in acht nemen. In overeenstemming met artikel 5, eerste lid, onder e, van het op 21 juni 1976 te Genève tot stand gekomen Verdrag betreffende tripartiete raadplegingsprocedures ter bevordering van de tenuitvoerlegging van internationale arbeidsnormen, 1976 (ILO-verdrag nr 144, Trb. 1976, 177), en de op basis van dit verdrag gemaakte afspraken zullen de sociale partners over het voornemen tot opzegging van beide verdragen geconsulteerd worden.

Gemeenschapsrecht voor een privaatrechtelijk stelsel voldoende ruimte laat, juist is. In december 2002 heeft de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ) een rapport uitgebracht over dit zelfde onderwerp.

De ICER<sup>1</sup>, de landsadvocaat<sup>2</sup> en de RVZ<sup>3</sup> hebben aangegeven dat totstandkoming van het verzekeringsstelsel langs de weg van de privaatrechtelijke verzekering het risico meebrengt dat de Europese richtlijnen inzake het schadeverzekeringsbedrijf (hierna de «schaderichtlijnen») op de zorgverzekering van toepassing zullen zijn.

Ter bescherming van de kopers van verzekeringsproducten enerzijds, en anderzijds ter bevordering van een «level playing field» bij de grensoverschrijdende mededinging tussen verzekeringsondernemingen, verbieden deze schaderichtlijnen het ten algemene om verzekeringsondernemingen te onderwerpen aan wettelijke voorschriften over acceptatie, verzekeringsdekking en premiestelling. Toepasselijkheid van de schaderichtlijnen zou meebrengen dat de door de regering gewenste wettelijke regeling van toegang voor iedereen, het te verzekeren pakket en de premiestelling niet mogelijk zijn. Ten slotte stellen de schaderichtlijnen voorschriften over de solvabiliteitsmarge waarover een privaatrechtelijke verzekeraar dient te beschikken voor de uitvoering van zijn verzekeringsonderneming. Deze solvabiliteitseis is aanmerkelijk hoger dan de reserve die noodzakelijk is voor een onderneming die een sociale verzekering uitvoert.

De ICER, de RVZ en de landsadvocaat baseren hun oordeel dat een privaatrechtelijke verzekering risicovol is, op een terughoudende interpretatie van de Europese regels. Deze terughoudende interpretatie vloeit voort uit de veronderstelling dat de uitzonderingsbepaling van de schaderichtlijnen, die toestaat dat ter wille van een sociale beschermingsconstructie inbreuk wordt gemaakt op de regels van de schaderichtlijnen, niet zodanig veralgemeniseerd kan worden dat die van toepassing is op een verzekering die de gehele bevolking omvat. Voorts wordt het problematisch geacht een inbreuk op de voorschriften van de schaderichtlijnen te rechtvaardigen met een beroep op het algemeen belang, met name waar het betreft het aantonen van noodzaak en evenredigheid van de gekozen oplossing. De terughoudende interpretatie vindt haar oorsprong in de tendens in de rechtspraak van het Europese Hof van Justitie om uitzonderingen op de Europese regelgeving strikt uit te leggen. Deze terughoudende interpretatie komt onder meer naar voren in de recente arresten van het Europese Hof van Justitie in de zaken Commissie/België<sup>4</sup> en Commissie/Italië<sup>5</sup>.

In de zaak Commissie/België ging het om de vraag in hoeverre bij een privaatrechtelijke verzekering afgeweken kan worden van de solvabiliteitsvoorschriften van de schaderichtlijnen omdat die verzekering onderdeel uitmaakt van het stelsel van sociale verzekering van een land. Het Europese Hof van Justitie oordeelde dat niet mocht worden afgeweken. In de zaak Commissie/Italië oordeelde het Europese Hof van Justitie het beroep van de Italiaanse regering op het algemeen belang om in afwijking van de schaderichtlijnen premievoorschriften op te leggen aan private verzekeraars, ongegrond.

Niettegenstaande de waarschuwendende toon van de gegeven adviezen, klonk in de meeste daarvan ook door dat een evident en helder Europeesrechtelijk toetsingskader voor de voorgenomen stelselherziening ontbreekt, en dat conclusies slechts met grote voorzichtigheid getrokken kunnen worden. In diverse commentaren op de adviezen klonk door dat ook een minder terughoudende interpretatie van de Europese regels mogelijk is. Met name in juridische commentaren uit de hoek van verzekeraars is te lezen dat regelgeving zoals het kabinet noodzakelijk acht ter borging van het publieke belang, zeer wel gerechtvaardigd zou kunnen

<sup>1</sup> Interdepartementale Commissie Europees Recht, «Advies inzake Europeesrechtelijke aspecten van een stelsel van ziektekostenverzekeringen», 3 april 2001.

<sup>2</sup> Advies van de Landsadvocaat van 4 december 2002, «Een nieuw stelsel van zorgverzekering».

<sup>3</sup> Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, «Gezondheidszorg en Europa: een kwestie van kiezen», december 2002.

<sup>4</sup> Zie het arrest van het Europese Hof van Justitie in de zaak Commissie tegen België (C-206/98), 18 mei 2000.

<sup>5</sup> Zie het arrest van het Europese Hof van Justitie in de zaak Commissie tegen Italië (C-59/01), 25 februari 2003.

zijn in het licht van de uitzonderingsbepalingen zoals die in de Europese schaderichtlijnen zijn geformuleerd.

Inmiddels hebben zich ontwikkelingen in Europa voorgedaan die aangeven dat er inderdaad ruimte is voor een meer extensieve interpretatie van de Europese regelgeving dan die waarvan werd uitgegaan bij het opstellen van de hiervoor genoemde adviezen. Zo heeft het Europees parlement in het kader van het rapport Rocard<sup>1</sup> de wens tot uitdrukking gebracht om overheidsvoorschriften te kunnen stellen aan de privaatrechtelijke ziektekostenverzekering waar het betreft de aanvullende verzekering. Voorts hebben nadere inlichtingen die in de zomer van 2003 zijn ingewonnen bij de Europese Commissie, de regering geleid tot de conclusie dat het zeer wel mogelijk is te komen tot een privaatrechtelijke vormgeving van het beoogde verzekeringsregime die in overeenstemming is met het geldende Europese rechtskader. Deze visie van de regering vindt bevestiging in de reactie<sup>2</sup> die van de zijde van de Europese Commissie is ontvangen op de brief waarin de Nederlandse regering haar voornemens ontvouwt over de inrichting van het stelsel van sociale ziektekostenverzekering. Hierin wijst de Europese Commissie erop dat het Europese Hof van Justitie duidelijk heeft gesteld dat, ongeacht de inrichting van het zorgstelsel van een land, het gekozen systeem het Europese recht dient te respecteren. Ook verplichtingen uit het secundaire Europese recht, met name uit Verordening 1408/71 over de coördinatie van sociale zekerheidssystemen, moeten worden nageleefd. De Commissie bevestigt dat het voorgenomen verzekeringsstelsel valt onder de werkingssfeer van de Verordening. Ook private uitvoerders die de verzekeringsovereenkomst aanbieden, moeten volgens de Commissie beschouwd worden als bevoegde organen in de zin van de Verordening.

Wat betreft de Europese schaderichtlijnen, stelt de Commissie dat deze richtlijnen de vrijheid van een lidstaat om zijn verzekeringsstelsel naar eigen inzicht in te richten, niet aantasten. De derde schaderichtlijn bepaalt alleen dat, als een lidstaat de uitvoering van een sociale verzekering overlaat aan private uitvoerders, deze uitvoering door elke Europese verzekeringsonderneming die in haar eigen lidstaat is toegelaten, ter hand kan worden genomen op basis van de vrijheid van vestiging en het vrij verkeer van diensten.

In haar reactie stelt de Commissie onomwonden dat artikel 54 van de derde schaderichtlijn ruim dient te worden geïnterpreteerd. Dat wil zeggen dat een privaat systeem als gedeeltelijk, maar ook als geheel alternatief kan fungeren voor een publiek systeem. Vanwege de aard en gevolgen van een privaat ziektekostenverzekeringssysteem staat de derde schaderichtlijn het een lidstaat toe om specifieke wettelijke voorschriften op te leggen aan verzekeraars om het algemeen belang te beschermen. Voor zover dergelijke voorschriften de vrijheid van vestiging en het vrij verkeer van diensten beperken, moeten ze noodzakelijk en proportioneel zijn. De door de regering voorgestelde voorschriften op het gebied van acceptatie, te verzekeren pakket, verbod op premie-differentiatie en een vereveningssysteem kunnen volgens de Commissie gerechtvaardigd worden met een beroep op het algemeen belang.

De Commissie benadrukt dat de beoogde voorschriften wel moeten worden opgelegd op een manier die de werking van de interne markt niet in gevaar brengt. Het zou, volgens de Commissie, daarnaast nodig kunnen zijn om het vereveningssysteem te toetsen aan de Europeesrechtelijke bepalingen voor staatssteun.

De Commissie kan niet uitsluiten dat een verplichting voor verzekeraars om zorg in natura te leveren, in conflict is met de bepalingen over het vrij verkeer van diensten. Een dergelijke verplichting zou een belangrijke

---

<sup>1</sup> Europees parlement 1999–2004, Report on supplementary health insurance (2000/2009(INI)).

<sup>2</sup> Brief van de Europese Commissie van 25 november 2003, kenmerk CAB/PvB/D(03)0848.

barrière kunnen opwerpen voor niet-Nederlandse verzekeraars, omdat zij dan moeten contracteren met lokale zorgaanbieders. De verplichting om zorg in natura te leveren zou, gezien uitspraken van het Europese Hof van Justitie, in strijd kunnen zijn met de beginselen van proportionaliteit en noodzakelijkheid.

De Commissie geeft aan dat ook een wettelijke sociale verzekering volgens het Europese Hof van Justitie onder de schaderichtlijnen valt als er sprake is van «verzekeren» door private verzekeraars voor eigen risico en op basis van privaatrechtelijke overeenkomsten. Uitvoering van zo'n verzekering door een onderneming met een andere rechtsvorm dan expliciet genoemd in de schaderichtlijnen, sluit de toepasselijkheid van die richtlijnen niet zonder meer uit. Verzekeringsactiviteiten mogen alleen door verzekeraars worden uitgevoerd. Zou de regering dus een systeem willen opzetten dat buiten de schaderichtlijnen valt, dan zou zij ervoor moeten zorgen dat er in ieder geval geen sprake is van «verzekeringsactiviteiten».

De conclusie is dat op een privaatrechtelijk vormgegeven verzekeringsstelsel de schaderichtlijnen van toepassing zijn, maar dat op onderdelen inbreuk op de voorschriften van deze richtlijnen gerechtvaardigd kan worden met een beroep op het algemeen belang in algemene zin en op grond van artikel 54 van de derde schaderichtlijn in het bijzonder. Overigens wijst de Commissie erop dat het Europese Hof van Justitie als enige bevoegd is om hierover te oordelen en dat de Commissie niet vooruit kan lopen op het uiteindelijke oordeel van het Europese Hof van Justitie.

Op grond van de overwegingen van de Europese Commissie komt de regering tot de conclusie dat er vanuit internationaalrechtelijk kader geen beletselen hoeven te zijn die in de weg zouden staan aan een keuze voor een privaatrechtelijke vormgeving van de beoogde verzekering. Deze keuze impliceert dat overheidsingrijpen in zo een zorgverzekering slechts mogelijk is als dit door het algemeen belang wordt gerechtvaardigd. Uitgangspunt hierbij is dat de relaties tussen de partijen in de gezondheidszorg zoveel mogelijk ontstaan op basis van eigen keuzes. Slechts voor zover er sprake is van evident onevenwichtige marktverhoudingen, zal de overheid regelend optreden ter borging van het publieke belang. Dit impliceert in ieder geval dat de zorgverzekeraar een verzekeringsplichtige burger moet accepteren voor een wettelijk voorgeschreven verzekeringspakket en voor een premie die gelijk is voor iedereen die bij zorgverzekeraar een zelfde variant van de zorgverzekering kiest. Om te voorkomen dat zorgverzekeraars door deze acceptatieplicht in financiële moeilijkheden raken is een systeem van verplichte risicoverevening hierbij noodzakelijk.

### **V De inhoud van de zorgverzekering**

Doelstelling van de regering is om de efficiency in het zorgstelsel te verbeteren door daar waar mogelijk in het zorgveld marktprikkels in te voeren of te versterken. Wat betreft het verzekeringsstelsel houdt dit in dat de zorgverzekeraars een speelveld krijgen waarop zij onder gelijke voorwaarden in onderlinge concurrentie, zo veel mogelijk prikkels krijgen tot een doelmatige uitvoering van de zorgverzekering. De basiselementen die een zodanig verzekeringsstelsel dient te bevatten en de internationaalrechtelijke vereisten waaraan zo'n verzekeringsstelsel dient te voldoen, hebben de regering ertoe geleid te kiezen voor een stelsel met één wettelijke sociale verzekering voor geneeskundige zorg, die de gehele bevolking omvat.



## **a. de uitvoering**

### *Private uitvoering*

De uitvoering van de Zorgverzekeringswet wordt in handen gegeven van private ziektekostenverzekeraars. Deze verzekeraars zijn als schadeverzekeraars in de eerste plaats onderworpen aan de verplichtingen die voortvloeien uit de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 (Wtv 1993). In de visie van de regering gaat het bij de uitvoering van de Zorgverzekeringswet echter niet louter om een schadeverzekering. Het doel van de Zorgverzekeringswet is immers niet alleen maar er voor te zorgen dat iedere ingezetene een ziektekostenverzekering heeft die de kosten dekt wanneer hij medische zorg heeft genoten. Doel is ook om voor de gehele bevolking tegen acceptabele voorwaarden de feitelijke toegang tot de noodzakelijke zorg te bewerkstelligen. Beoogd is daarom een type verzekeraar die de door de regering gewenste rol in het model van gereguleerde concurrentie vervult, dat wil zeggen dat hij optreedt als doelmatige, klantgerichte regisseur van de zorg. Zo'n verzekeraar wordt daarom aangeduid met de term «zorgverzekeraar». Deze zorgverzekeraars dingen met elkaar om de gunst van de burgers. Zij moeten er namelijk voor zorgen dat zoveel mogelijk burgers bij hen een zorgverzekering tegen ziektekosten sluit. Daarbij dienen de zorgverzekeraars zich ervoor in te zetten dat de verzekerden die zich bij hen hebben verzekerd, de zorg kunnen krijgen waarvoor zij verzekerd zijn.

Doelstelling van de regering is dat concurrentie tussen de zorgverzekeraars uiteindelijk leidt tot een zo efficiënt en klantvriendelijk mogelijke inrichting van de zorg. Als extra stimulans voor die concurrentie staat de regering toe dat de zorgverzekeraars bij de uitvoering van hun taak winst beogen.

Anders dan het geval is bij de Wtz 1998 zijn in Nederland werkzame ziektekostenverzekeraars niet verplicht de Zorgverzekeringswet uit te voeren. Ziektekostenverzekeraars, zowel binnenlandse als buitenlandse, kunnen zelf besluiten of zij wel of niet de Zorgverzekeringswet willen uitvoeren. Als zij dat willen, moeten zij allereerst beschikken over een vergunning voor de uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf voor de juiste branches (te weten: 1. ongevallen en 2. ziekte). Die vergunning wordt verleend door de PVK of door een collega toezichthouder van de PVK in een andere lidstaat van de Europese Unie. Daarnaast moeten zij zich, ten behoeve van het toezicht op de uitvoering van de Zorgverzekeringswet en om in aanmerking te komen voor een uitkering uit het vereveningsfonds, aanmelden bij het CTZ. Willen zorgverzekeraars ook de AWBZ uitvoeren, dan moeten zij op grond van de AWBZ daartoe zijn toegelaten.

Zorgverzekeraars moeten bij de uitvoering van de Zorgverzekeringswet onder meer voldoen aan de volgende voorwaarden:

- uitvoering zorgplicht;
- de administratie dient te zijn opgezet overeenkomstig de voorwaarden voor de vereveningsregeling;
- het werkgebied beslaat geheel Nederland, alleen ingeval een zorgverzekeraar minder dan 850 000 verzekerden heeft, mag hij zijn werkgebied beperken tot één of meer gehele provincies;
- de statuten waarborgen een redelijke mate van invloed van de verzekerden op het beleid.

### *Werkgebieden zorgverzekeraars*

Een zorgverzekeraar moet in geheel Nederland werkzaam zijn, tenzij hij een verzekerdenbestand van minder dan 850 000 personen heeft. In dat geval mag hij zijn werkgebied beperken tot één of meer gehele provincies. Het is niet toegestaan in gedeeltes van provincies werkzaam te zijn. Aldus wordt voorkomen dat «witte vlekken» zouden ontstaan in het dekkingsbereik van de Zorgverzekeringswet doordat zorgverzekeraars zich zouden

concentreren op gebieden met relatief gezonde mensen, door bijvoorbeeld de grote steden te mijden.

Ofschoon de ziekenfondsen op één na hebben gekozen voor een werkgebied dat geheel Nederland beslaat, is het nog steeds zo dat zij vrijwel allemaal een sterke regionale gerichtheid hebben. De meeste ziekenfondsen hebben in hun regio een groot marktaandeel. In 2001 was gemiddeld 77% van de ziekenfondsverzekerden verzekerd bij het ziekenfonds in de «eigen regio».<sup>1</sup> Voor 10,9% van de mensen gold dat zij een bewuste overstap hadden gemaakt, de rest was verhuisd naar een andere regio zonder van ziekenfonds te veranderen.

Particuliere verzekeraars hebben allemaal een landelijk werkgebied. Zij hebben nooit aan zorginkoop hoeven te doen. Zij kennen een restitutiestelsel en hebben over het algemeen geen rol in de organisatie van de zorg. In de praktijk komt dit erop neer dat de particuliere verzekeraars overal een zeer klein marktaandeel hebben. Overigens is het wel zo dat de meeste ziekenfondsen deel uitmaken van een concern waarbinnen een aparte tak particuliere verzekeringen aanbiedt, doorgaans met het oog op verzekerden van wie het inkomen boven de ziekenfondsgrens uitgaat. Het ligt voor de hand dat deze verzekeraars wel een vrij sterke regionale oriëntatie kennen.

De regering heeft bij de keuze voor het toestaan van een beperkt werkgebied de volgende overwegingen betrokken.

Toestaan van een beperkt werkgebied kent een aantal voordelen. Ten eerste maakt dat het toetreden tot de markt makkelijker. Voor een nieuwe partij op de zorgverzekeringsmarkt is het makkelijker om in een bescheiden werkgebied te beginnen met bijvoorbeeld het sluiten van zorgovereenkomsten met zorgaanbieders, en hierdoor dus met een beperkter aantal zorgaanbieders te hoeven onderhandelen. Met andere woorden, de zorgverzekeraar kan zo makkelijker invulling geven aan zijn regiefunctie. Verder is het zo voor de kleine, vrijwel uitsluitend regionaal actieve ziekenfondsen die bestaan, mogelijk dat zij hun werkzaamheden kunnen uitvoeren in de nieuwe zorgverzekeringsmarkt. Ten slotte geldt dat landelijk werken impliceert dat de zorgverzekeraar voor ten minste een deel van zijn werkgebied (dat deel waar zijn «verre verzekerden»<sup>2</sup> wonen, waarvoor het niet mogelijk blijkt zorg op gecontracteerde basis te arrangeren) op restitutiebasis moet werken. Zoals Zorgverzekeraars Nederland<sup>3</sup> aangeeft, is het werken op restitutiebasis lang niet altijd de meest efficiënte manier van opereren.

Aan de mogelijkheid om het werkgebied te beperken zijn ook nadelen verbonden. Ten eerste bestaat het gevaar dat de concurrentie afneemt ten opzichte van de situatie met uitsluitend landelijk werkende verzekeraars. De kans dat de – de facto – regionale monopolies uit de huidige situatie blijven bestaan met het risico van economisch machtsmisbruik, is groter. Ten tweede kan het een manier zijn om aan risicoselectie te doen. Immers, gezondheidsrisico's zijn in de ene regio groter dan in de andere. In regio's met veel slechte risico's zal wellicht weinig interesse bestaan. Bovendien bestaat het gevaar dat, als een verzekeraar in een bepaalde regio heel sterk is, het voor andere verzekeraars minder aantrekkelijk is om in die regio te gaan concurreren, en het staat hen vrij om er dan weg te blijven. Dan is het gedaan met de concurrentie en met de keuzevrijheid voor de verzekerden. Op de korte termijn lijkt het aantrekkelijk om een verzekeraar te hebben die vanwege zijn marktaandeel een sterke «countervailing power» kan ontwikkelen, op de lange termijn is dit echter funest, aangezien dan de concurrentieprikkel en daarmee de prikkel tot scherp inkopen ontbreekt. Dit stelt ook weer hogere eisen aan het mededingingstoezicht

<sup>1</sup> Rudo van den Brink: «Een efficiënte ziekenfondsmarkt»; ESB, 9 maart 2001.

<sup>2</sup> «Verre verzekerden» zijn die verzekerden van een zorgverzekeraar die in een gebied wonen waar hij slechts enkele verzekerden heeft. Onder de ziekenfondsverzekering blijken verzekeraars grote moeite te hebben om in die gebieden zorg voor die enkele verzekerden te contracteren.

<sup>3</sup> Brief Zorgverzekeraars Nederland aan het College voor Zorgverzekeringen van 22 september 2003.

om misbruik van een machtspositie te voorkomen (inclusief de mogelijkheid om nieuwe partijen van de markt te weren).

Een en ander afwegende, is de regering van mening dat er voldoende grond is om vanuit het algemeen belang te beredeneren dat zorgverzekeraars de verplichting hebben landelijk te werken, tenzij zij minder dan 850 000 verzekerden hebben. Deze grens van 850 000 verzekerden is zodanig gekozen dat, uitgaande van de huidige marktverhoudingen, bij de invoering van de Zorgverzekeringswet tenminste een redelijk aantal verzekeraars in heel Nederland zijn verzekeringen aanbiedt.

Om te bevorderen dat zorgverzekeraars daar waar zij dat op grond van de geldende marktomstandigheden wenselijk vinden, zorg kunnen contracteren, is het toegestaan dat zij per provincie verschillende polissen kunnen aanbieden. Zodoende kunnen zij in een of meer provincies werken op basis van gecontracteerde zorg en in andere provincies kiezen voor niet-gecontracteerde zorg. Hierbij zijn uiteraard ook tussenvarianten mogelijk, waarbij een zorgverzekeraar al naar gelang de geldende marktomstandigheden in een bepaalde provincie begint met het aanbieden van niet-gecontracteerde zorg en dat geleidelijk aan steeds meer vormen van zorg wel worden gecontracteerd. Aan iedere aangeboden polis kan een verschillende premie gekoppeld zijn.

De mogelijkheden tot variatie in verzekeringsovereenkomsten die de Zorgverzekeringswet biedt, zijn in beginsel vrijwel onbeperkt. Een zorgverzekeraar kan in theorie duizend verschillende polissen aanbieden, variërend van volledige restitutie tot volledige natura met alle tussenliggende vormen, en dat dan ook nog eens per provincie verschillend. Zo'n situatie acht de regering ongewenst in het kader van de beoogde transparantie van het systeem en de informatiebehoefte van de burger. Toch heeft de regering, in ieder geval, tot nu toe, er van afgezien om op dit punt beperkende voorschriften aan de zorgverzekeraars op te leggen. Zulke voorschriften kunnen op basis van het Europees recht slechts worden gerechtvaardigd vanuit het algemeen belang. De zorgverzekeraars hebben echter aangegeven geenszins voornemens te zijn om een groot aantal verschillende varianten in hun zorgverzekeringsovereenkomsten in de markt te gaan zetten. Daarmee valt niet alleen de noodzaak van zulke regels weg, maar ook de mogelijke rechtvaardiging daarvoor. Ten behoeve van de transparantie zijn zorgverzekeraars verplicht de varianten die zij aanbieden, vast te leggen in openbaar te maken modelovereenkomsten. Zie hierover hoofdstuk VII.

#### *Invloed verzekerden op het beleid*

Invloed van verzekerden op het beleid van de onderneming die de verzekering uitvoert, is een belangrijk uitgangspunt van de sociale verzekering. Dit uitgangspunt is neergelegd in verscheidene door Nederland geratificeerde internationale verdragen die normen stellen over de vorm en inhoud van de sociale verzekering. Het betreft de ILO-verdragen nrs 24 (Verdrag betreffende de ziekteverzekering van arbeiders in de industrie en de handel en van huispersoneel), 25 (Verdrag betreffende de ziekteverzekering van landarbeiders), 102 (Verdrag betreffende minimumnormen van sociale zekerheid) en 121 (Verdrag betreffende uitkeringen bij bedrijfsongevallen en beroepsziekten) en de Europese Code inzake sociale zekerheid van de Raad van Europa. Voor de huidige ziekenfondsen is dit uitgangspunt verwoord in de Zfw door het voorschrift dat ziekenfondsen in de statuten waarborgen bieden voor een redelijke mate van invloed van de verzekerden op het beleid. Ziekenfondsen geven hieraan in de praktijk veelal op de volgende wijze invulling. De meeste ziekenfondsen hebben de rechtsvorm van een onderlinge waarborgmaatschappij. Daarmee heeft het ziekenfonds de inbreng van de leden al gewaarborgd<sup>1</sup>. Andere zieken-

---

<sup>1</sup> Zie boek 2, titel 3 van het Burgerlijk Wetboek.

fondsen hebben in hun statuten een verzekerdenraad geregeld met bevoegdheden om invloed op het beleid uit te oefenen. Het CVZ toetst bij de toelating of een aspirant-ziekenfonds voldoende heeft geregeld in zijn statuten. Het CTZ gaat bij zijn toezicht onder meer na of het ziekenfonds voldoende doet om zijn verzekerden invloed te laten uitoefenen.

Bij inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet zullen zorgverzekeraars de invloed van verzekerden op het beleid ook moeten waarborgen. Dit past binnen het concept van «corporate governance», zoals de regering dat voor ogen heeft. Zorgverzekeraars Nederland heeft uitgangspunten uitgewerkt van een dergelijke benadering onder de benaming «Health Insurance Governance». Deze schenkt aandacht aan het uitgangspunt dat verzekerden als «stakeholders» invloed moeten kunnen uitoefenen op de verzekeringsuitvoering.

#### *Toepasselijkheid mededingingsrecht*

In de arresten Poucet/Pistre en AOK Bundesverband<sup>1</sup> heeft het Europese Hof van Justitie uitgesproken dat op uitvoerende instellingen van sociale ziektekostenverzekeringen, het mededingingsrecht niet van toepassing is, omdat deze instellingen niet als ondernemingen kunnen worden gekwalificeerd. Het Hof noemt hierbij een aantal overwegingen. In relatie tot de Zorgverzekeringswet is de meest in het oog springende hiervan dat deze instellingen bij de uitvoering van hun wettelijke taak niet winstbeogend zijn.

De zorgverzekeraars die de Zorgverzekeringswet uitvoeren zijn in de visie van de regering wel onderworpen aan het mededingingsrecht. In de eerste plaats, omdat de Zorgverzekeringswet slechts kan worden uitgevoerd door rechtspersonen die als onderneming toelating hebben gekregen tot uitvoering van het verzekeringsbedrijf. In de tweede plaats geldt dat deze ondernemingen, ook wat betreft de uitvoering van de Zorgverzekeringswet het maken van winst mogen beogen. In de opvatting van de regering dienen zorgverzekeraars dan ook te worden gekwalificeerd als ondernemingen. Om ieder misverstand daarover te voorkomen, is in het wetsvoorstel bepaald dat zij in ieder geval als ondernemingen in de zin van artikel 1 van de Mededingingswet worden aangemerkt. Een dergelijke wettelijke voorziening heeft een duidelijke toegevoegde waarde: het enkele feit dat de Nederlandse regering stelt dat de zorgverzekeraars ondernemingen zijn, heeft naar Europees recht geen doorslaggevende betekenis. De interpretatie van het Europese ondernemingsbegrip kan door een uitspraak van het Hof toch anders uitpakken en dan biedt deze wettelijke bepaling een vangnet waarmee toch een adequaat mededingingstoezicht wordt gewaarborgd.

#### **b. de zorgplicht**

Een belangrijke doelstelling van de sociale verzekering die met de Zorgverzekeringswet wordt gerealiseerd, is te waarborgen dat burgers de zorg kunnen krijgen die zij nodig hebben. De zorgverzekeraars, als uitvoerders van de verzekering, komt een belangrijke rol toe bij het realiseren van dat doel. Het gaat er daarbij niet alleen om dat de betaling van de kosten is gewaarborgd. Het gaat er ook om dat de burgers de verzekerde zorg in voorkomend geval ook werkelijk kunnen verkrijgen. Ten aanzien van beide aspecten heeft de zorgverzekeraar nadrukkelijk een rol, welke hier verder als zorgplicht wordt aangeduid.

Het wetsvoorstel geeft de verzekerde recht op de zorg waaraan hij behoefte heeft (naturamodel) of vergoeding van de kosten van deze zorg alsmede, desgevraagd, activiteiten<sup>2</sup> gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten (restitutiemodel).

<sup>1</sup> Zie het Arrest van het Europese Hof van Justitie, Poucet/Pistre, (nrs C-159/91 en C-160/91, 17 februari 1993) en AOK Bundesverband (nr. C-264/01, 16 maart 2004).

<sup>2</sup> Deze activiteiten, soms wel aangeduid als zorgbemiddeling, kunnen afhankelijk van de situatie beperkt tot zeer omvangrijk zijn en kunnen uiteenlopen van een simpel telefonisch contact met doorverwijzing van de verzekerde naar een aangeduide zorgaanbieder tot het voeren van besprekingen met een zorgaanbieder om te bewerkstelligen dat de verzekerde geholpen wordt.

De zorgovereenkomst tussen de zorgverzekeraar en de verzekerde concreetiseert de manier waarop de zorgverzekeraar voor de individuele verzekerde invulling geeft aan zijn zorgplicht. Hier onderscheiden zich twee hoofdlijnen, namelijk die van gecontracteerde zorg en die van niet-gecontracteerde zorg.

Bij gecontracteerde zorg zal de zorgverzekeraar afspraken maken met zorgaanbieders over de zorgverlening aan zijn verzekerden. Daarbij kunnen allerhande zaken aan de orde komen, van zowel zorginhoudelijke aard als van administratieve aard. Zo kunnen afspraken worden gemaakt over de manier van doorverwijzen naar andere betrokken zorgaanbieders in de zorgketen, over prijzen, of afspraken over meebetalen door de zorgverzekeraar aan een bepaalde modernisering van het door de zorgaanbieder gebruikte materiaal. Afsproken zal ook worden hoe de zorgaanbieder betaald moet worden: rechtstreeks door de zorgverzekeraar (naturamodel) of door de verzekerde, die dan daarna de kosten weer declareert bij de zorgverzekeraar (restitutiemodel).

Bij niet-gecontracteerde zorg zijn vorenbedoelde afspraken niet aan de orde. Er is geen relatie tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder waar diens verzekerde zijn noodzakelijke zorg heeft gekregen. De rekening voor de verleende zorg wordt altijd door de zorgverlener gepresenteerd aan de verzekerde (restitutiemodel).

De regering heeft drie redenen voor de hiervoor omschreven vrijheid voor de zorgverzekeraar om te kiezen of hij zijn zorgplicht vorm wil geven door zorg te contracteren of door het aan de verzekerde over te laten zelf de nodige zorg te zoeken dan wel te kiezen voor een combinatie van deze mogelijkheden.

In de eerste plaats krijgt de verzekerde hiermee de mogelijkheid om naar gelang zijn eigen voorkeur te kiezen voor een verzekeringspakket waarbij de zorgaanbieders met de zorgverzekeraar overeenkomsten hebben gesloten, dan wel voor een verzekeringspakket waarbij hij zelf, eventueel met hulp van zijn verzekeraar, een zorgaanbieder zoekt. Bij dat laatste model heeft de verzekerde waarschijnlijk een grotere keus uit de beschikbare zorgaanbieders maar daar staat tegenover dat wellicht zijn nominale premie wat hoger is.

In de tweede plaats bevordert de keuzevrijheid dat zorgverzekeraars voor het vormgeven van hun zorgplicht een model kunnen kiezen dat voor hen de minste administratieve belasting oplevert. De regering wil het maken van keuzes in dit verband zoveel mogelijk overlaten aan het veld zelf. Ten slotte sluit de vrijheid die de zorgverzekeraars hebben om hun zorgplicht te realiseren, aan bij het feit dat de Zorgverzekeringswet de huidige verschillende verzekeringswerelden van de ziekenfondsen en de particuliere verzekeraars in zich verenigt. Die werelden hebben van oudsher een verschillende uitvoeringspraktijk waarbij de ene het zwaartepunt legt op het contracteren van zorg en de andere op het restitueren van gemaakte kosten. Door beide mogelijkheden open te laten, biedt de Zorgverzekeringswet aan de zorgverzekeraars de mogelijkheid om zich ten opzichte van de verzekerden te profileren op de wijze waarmee men vertrouwd is.

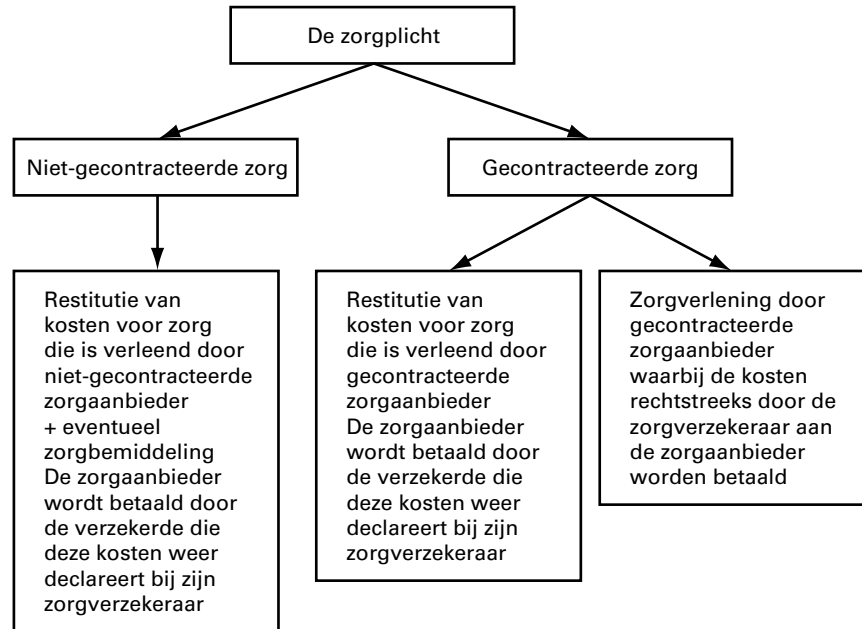
In het verslag bij het voorstel van Wet herziening overeenkomstenstelsel zorg (Kamerstukken II 2002/03, 28 994, nr. 4) vroegen de leden van de PvdA-fractie hoe in een restitutiesysteem voorkomen kan worden dat mensen met een laag inkomen hoge zorgkosten voor moeten schieten, en hoe voor hen in zo'n systeem rentenadeel voorkomen wordt. De regering verwacht dat de kwesties die deze leden aankaarten, zich in het systeem van de Zorgverzekeringswet nauwelijks voor zullen doen. Het gekozen systeem prikkelt de zorgverzekeraars immers, op straffe van verlies van de klandizie van verzekerden, tot een cliëntvriendelijke uitvoering. Verzekerden die zeker willen weten dat ze geen zorgkosten hoeven voor te schieten, kunnen zich allereerst bij een zorgverzekeraar verzekeren die een naturamodel aanbiedt. Daarnaast valt te verwachten dat ten minste een

aantal zorgverzekeraars die een restitutiemodel aanbieden, hoge zorgkosten direct – in naam van de verzekerde – aan de zorgaanbieder betalen. Ook nu al zijn er particuliere ziektekostenverzekeraars die dit doen. Een verzekerde die geen naturapolis wil maar hoge zorgkosten niet zelf wil voorschieten, kan voor zo'n restitutieverzekeraar kiezen.

In de praktijk zal de nieuwe situatie niet veel verschillen van die onder de Zfw en in de particuliere ziektekostenverzekering.

In de ziekenfondsverzekering moeten de ziekenfondsen zorg leveren door tussenkomst van gecontracteerde zorgaanbieders. Als die echter niet of in onvoldoende aantal beschikbaar zijn, kan de Minister van VWS bepalen dat de kosten die door de verzekerden worden gemaakt bij het inroepen van zorg bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders, mogen worden gerestitueerd.

Ook in de huidige particuliere ziektekostenverzekering is het de laatste jaren meer en meer gebruikelijk geworden dat verzekeraars hun verzekerden begeleiden bij het zoeken naar een beschikbare zorgaanbieder in situaties waarbij die zorg relatief schaars voorhanden is. Sommige particuliere verzekeraars hebben nu al met zorgaanbieders afgesproken dat de kosten van hun verzekerden rechtstreeks door de verzekeraar worden betaald. In juridische zin is er echter een verschil met de huidige situatie in die zin dat de verzekerde nu een afdwingbaar recht krijgt op bemiddeling door zijn zorgverzekeraar bij het verkrijgen van de zorg. In die zin kan dan ook, zoals eerder gesteld, met de invoering van de zorgplicht voor zorgverzekeraars, worden gesproken van het doortrekken van een al geruime tijd in gang gezette ontwikkeling.



#### *Gecontracteerde zorg*

De Zorgverzekeringswet biedt zorgverzekeraars de gelegenheid om in de zorgverzekeringsovereenkomst met hun verzekerden te bepalen dat die voor het verkrijgen van de zorg in beginsel uitsluitend gebruik mogen maken van gecontracteerde zorgaanbieders. Deze bepaling dient dan overigens de nodige flexibiliteit te kennen. Dat vindt zijn oorsprong in ontwikkelingen binnen het Europese recht. In het arrest Müller/Fauré<sup>1</sup> heeft het Europese Hof van Justitie bepaald dat verzekerden die in beginsel hun zorg moeten inroepen bij gecontracteerde zorgaanbieders,

<sup>1</sup> Zie het Arrest van het Europese Hof van Justitie, Müller/Fauré, (nr C-385/99), 13 mei 2003.

toch de mogelijkheid hebben om in een andere EU-staat extramurale zorg in te roepen bij een niet-gecontracteerde of een niet in loondienst zijnde zorgaanbieder. Dit wetsvoorstel voorziet erin dit EU-aspect te veralgemeniseren. Verzekerden die hebben gekozen voor een zorgverzekering waarbij zij hun zorg bij gecontracteerde zorgaanbieders moeten inroepen, hebben de mogelijkheid toch te kiezen voor het inroepen van zorg bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Het doet er daarbij niet toe of die zorgaanbieder zijn diensten binnen Nederland aanbiedt of daarbuiten. Die situatie kan zich bijvoorbeeld voordoen als een verzekerde een specifieke medische behandeling beslist wil laten verrichten door een bepaalde arts die geen overeenkomst heeft gesloten met zijn zorgverzekeraar. Omdat de verzekerden daarmee een administratieve last veroorzaken voor hun zorgverzekeraar, die immers de noodzakelijke zorg in beginsel al had ingekocht, zullen zij niet het volledige bedrag dat de zorgaanbieder in rekening brengt, gerestitueerd krijgen. De precieze vormgeving van die korting wordt overgelaten aan de zorgverzekeraar. De omvang ervan mag op grond van de overwegingen van het Europese Hof van Justitie in de zaak Müller/Fauré niet zodanig groot zijn dat die een feitelijke hinderpaal vormt voor het inroepen van zorg bij een niet in loondienst zijnde of niet-gecontracteerde (buitenlandse) zorgaanbieder. In de situatie waarbij een verzekerde, bijvoorbeeld tijdens een vakantie, niet met het oogmerk een medische behandeling te ondergaan, maar als gevolg van een onvoorziene omstandigheid een beroep moet doen op een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, geldt in beginsel dezelfde uitzonderingsregel. De tekst van de wet laat er overigens ruimte voor dat zorgverzekeraars in deze gevallen ruimere restitutie toepassen dan in de situatie waarbij de verzekerde zich met het specifieke oogmerk om zorg te ondergaan tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder wendt. Een verplichting hiertoe heeft de zorgverzekeraar niet. Verzekerden die zich willen indekken tegen de mogelijkheid dat zij in voorkomend geval te maken krijgen met een voor eigen rekening komend verschil tussen de gemaakte kosten en de gerestitueerde kosten, kunnen voor deze situaties een reisverzekering sluiten.

Naast de hiervoor vermelde mogelijkheid om op grond van de Zorgverzekeringwet zorg in te roepen bij een niet-gecontracteerde zorgverlener, gelden nog de mogelijkheden die daarover zijn opgenomen in de Europese socialezekerheidsverordening en door Nederland met andere staten gesloten socialezekerheidsverdragen. De verordening en die verdragen voorzien in beginsel in twee mogelijkheden. Ten eerste de mogelijkheid dat een verzekerde toestemming vraagt aan zijn zorgverzekeraar om zich, voor het ondergaan van een bepaalde behandeling, te wenden tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in een EU-lidstaat of een verdragsstaat. Ten tweede de mogelijkheid om in geval van een onvoorziene omstandigheid in een EU-lidstaat of een verdragsstaat zorg in te roepen bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. In beide gevallen ontvangt de betrokkene in het verblijf land zorg overeenkomstig de socialeverzekeringwetgeving van dat land. Eventueel in dat kader bestaande eigen betalingen komen voor rekening van de verzekerde. De overige kosten komen volledig voor rekening van de Nederlandse zorgverzekering.

Uit de jurisprudentie die zich heeft ontwikkeld in het kader van de ziekenfondsverzekering is gebleken dat een zorgverzekeraar, die kiest voor het contracteermodel, aan de verzekerde de zorg op een redelijke afstand van zijn woonplaats moet aanbieden. De vraag wat in dit verband onder een redelijke afstand moet worden verstaan, is niet eenduidig te beantwoorden; dat is sterk afhankelijk van de zorgsoort waarom het gaat. Topklinische zorg zal doorgaans niet «om de hoek» beschikbaar zijn; eerstelijnszorg daarentegen wel. De normen die zich hierover in de loop der tijd, mede onder invloed van jurisprudentie, hebben ontwikkeld in de huidige ziekenfondsverzekering, kunnen naar de opvatting van de rege-

ring integraal van toepassing worden geacht in het kader van de Zorgverzekeringwet.

Het contracteren van zorg is voor zorgverzekeraars een aantrekkelijke optie. Door de afspraken die zij met de zorgaanbieders maken, kunnen zij bijdragen aan een zo efficiënt mogelijke zorgverlening. Daardoor besparen zij rechtstreeks op hun zorgkosten. Voorts is het een gegeven dat de administratieve kosten bij het afwickelen van de declaraties van individuele verzekerden aanmerkelijk hoger liggen dan in het geval de kosten bulksgewijze rechtstreeks met de zorgaanbieder worden afgerekend. Ten slotte kan een zorgverzekeraar bij het contracteermodel proberen een prijsvoordeel te behalen door een wat lager tarief met de zorgaanbieder af te spreken dan het tarief dat door de zorgaanbieder wordt toegepast «in de losse verkoop». Naar de mening van Zorgverzekeraars Nederland kan dan ook worden uitgegaan van de vooronderstelling dat veel zorgverzekeraars het contracteersysteem zullen koesteren.<sup>1</sup>

Vastgesteld moet echter worden dat het contracteren van zorg in de praktijk niet altijd in het hele land voor alle vormen van zorg mogelijk is. Dat blijkt in het huidige verzekeringsstelsel, waarbij ziekenfondsen op grond van de Zfw verplicht zijn hun verzekerden gecontracteerde zorg aan te bieden. Landelijke werkende ziekenfondsen merken dat zij niet in het gehele land iedere zorgaanbieder kunnen contracteren. Als zij in een bepaalde regio slechts enkele verzekerden hebben ingeschreven, zien zij zich regelmatig geconfronteerd met zorgaanbieders die weigerachtig blijken om voor dat zeer geringe aantal verzekerden een contract met het ziekenfonds te sluiten. Deze situatie, die bekend is als de «verre verzekerden»-problematiek, leidt in toenemende mate tot conflicten tussen enerzijds de ziekenfondsen die landelijk wensen te werken, en anderzijds de toezichthouder. De ziekenfondsen krijgen te maken met verzekerden die bijvoorbeeld een huisarts hebben gekozen die niet met hun ziekenfonds wil contracteren. Om die verzekerden tegemoet te komen, gaan ziekenfondsen dan in sommige gevallen over tot door de Zfw niet toegestane restitutie van de door hun verzekerden gemaakte kosten. De toezichthouder echter is gehouden de wet te handhaven en moet daarom dergelijke restitutiekosten in beginsel als niet-verantwoord aanmerken.

De Zorgverzekeringwet biedt voor deze problematiek een oplossing doordat de zorgverzekeraars zelf kunnen bepalen of zij de verzekerde zorg wel of niet contracteren en in een modelovereenkomst aanbieden. Mengvormen zijn ook mogelijk, waarbij zorgverzekeraars bijvoorbeeld ziekenhuiszorg wel contracteren maar fysiotherapie niet. Zodoende kunnen zorgverzekeraars voor het contracteren van zorg groeistrategieën ontwikkelen.

#### *Contracteerplicht*

Een inbreuk op de vrijheid van zorgverzekeraars om zelf de manier te bepalen waarop zij invulling willen geven aan hun zorgplicht, wordt gevormd door de in het wetsvoorstel voorziene mogelijkheid om bij algemene maatregel van bestuur bepaalde zorgvormen aan te wijzen die uitsluitend op gecontracteerde basis aan de verzekerden mogen worden geleverd. Zorgverzekeraars, respectievelijk aanbieders van de aangewezen zorgvorm hebben daarbij de verplichting om onder gelijke voorwaarden te contracteren met iedere aanbieder van die zorgvorm, respectievelijk iedere zorgverzekeraar die dat wenst. Deze maatregel kan op grond van overwegingen van algemeen belang worden toegepast. Daarbij zal met betrekking tot iedere aangewezen zorgvorm, gelet op noodzaak en proportionaliteit, dienen te worden aangetoond of de desbetreffende inbreuk op de Europese regels inzake vrije dienstverlening gerechtvaardigd is. Men kan in dit verband denken aan de noodzaak om de distributie van bepaalde vormen van topklinische zorg die slechts in beperkte mate beschikbaar zijn aan de gehele bevolking zeker te stellen. Ook kan men

<sup>1</sup> Brief Zorgverzekeraars Nederland aan het College voor Zorgverzekeringen van 22 september 2003.



denken aan de noodzaak om te voorkomen dat de financiële houdbaarheid van het stelsel in gevaar komt vanwege extreme kostenontwikkelingen.<sup>1</sup> De regering heeft overigens bij gelegenheid van de parlementaire behandeling van het voorstel van Wet herziening overeenkomstenstelsel zorg aangegeven te streven naar een fasegewijze afschaffing van zorgvormen waarvoor binnen de ziekenfondsverzekering nog contracteerplicht geldt.<sup>2</sup> De Zorgverzekeringwet biedt ook de mogelijkheid om, daar waar de marktomstandigheden dat toelaten, er voor te kiezen dat zorgvormen worden aangewezen die op gecontracteerde basis aan verzekerden moeten worden geleverd, zonder dat daarbij voor zorgverzekeraars, respectievelijk zorgaanbieders de verplichting geldt dat zij met iedere partij die dat wil een zorgcontract overeenkomen.

#### *Niet-gecontracteerde zorg*

In het geval een zorgverzekeraar ervoor kiest bepaalde zorgvormen niet te contracteren, mag hij niet zelf een maximum stellen aan de hoogte van het door hem aan zijn verzekerden te restitueren bedrag. In dat geval zou hij daarmee de wettelijk vastgelegde rechten van de verzekerden kunnen beperken. Dezen zouden dan immers zelf het verschil moeten betalen tussen het aan hen door de zorgaanbieder in rekening gebrachte tarief en het aan hen gerestitueerde tarief. Met een dergelijk systeem zou de prikkel voor zorgverzekeraars om zich in te zetten voor een efficiëntere en minder kostbare zorgverlening verloren gaan. Zij kunnen dan achteroverleunend toezien hoe de zorgkosten oplopen ten laste van hun verzekerden zonder dat zij daarvan zelf financieel nadeel ondervinden. Aldus zou de rol van de zorgverzekeraar worden teruggebracht tot die van schadeverzekeraar. De doelstelling van de regering om het verzekeringssysteem te laten fungeren als «motor» voor de totstandkoming van een efficiënter en meer klantvriendelijk zorgstelsel, zou aldus verloren gaan. Om de betrokkenheid van de zorgverzekeraars te handhaven, is bepaald dat zij in beginsel de volledige kosten die de verzekerden hebben gemaakt, moeten restitueren.

Zolang er sprake is van een zorgmarkt waarbij aan de zorgtarieven een wettelijk maximum is gesteld op grond van de Wtg, is het risico van de zorgverzekeraars in dit opzicht overzichtelijk. Zij kunnen nooit worden geconfronteerd met buitensporig hoge tarieven. De regering streeft er echter naar de thans wettelijk vastgestelde tarieven geleidelijk te laten verdwijnen naar de mate waarin zich voor de desbetreffende zorgvormen een functionerende markt heeft ontwikkeld die aan het ontstaan van prijs excessen in de weg zal staan. Ook in die nieuwe situatie moet worden voorkomen dat een zorgverzekeraar te maken kan krijgen met zorgrekeningen die in geen enkel opzicht conform de geldende marktsituatie zijn. Daarom zal bij algemene maatregel van bestuur worden bepaald dat de zorgverzekeraar geen hogere kosten hoeft te restitueren dan een tarief dat in redelijkheid passend is in de in Nederland gebruikelijke marktomstandigheden. De vraag wat in het kader van de geldende marktomstandigheden als gebruikelijk mag worden gekwalificeerd, zal in de praktijk uitkristalliseren, onder meer naar aanleiding van uitspraken van de toezichthoudende instantie en eventueel te vormen jurisprudentie. Het is dan aan een zorgverzekeraar om aan te tonen dat een voor vergoeding ingediende rekening in een individueel geval onredelijk hoog is. In het geval overigens dat zou blijken dat zorgverzekeraars herhaaldelijk een beroep moeten doen op deze «veiligheidsbepaling», komt de vraag aan de orde of er wel daadwerkelijk sprake is van een functionerende zorgmarkt en of aanvullende maatregelen nodig zijn.

#### *Zekerheid voor de verzekerden*

Ongeacht de vorm die wordt gekozen om inhoud te geven aan de zorgverzekering, staat voorop dat de zorgverzekeraar de zorgkosten zal moeten betalen en zich ervoor zal moeten inspannen dat aan de zorg-

<sup>1</sup> Zie in dit verband de criteria die door het Europese Hof van Justitie zijn geformuleerd in de zaak Smits/Peerbooms (C-157/99, 12 juli 2001) ter zake van de verplichting aan verzekerden om zorg in te roepen bij gecontracteerde zorgaanbieders.

<sup>2</sup> Kamerstukken II 2002/03, 28 994.

behoefte van zijn verzekerden wordt voldaan. Als de verzekerde de zorg heeft verkregen, bij een gecontracteerde zorgaanbieder of bij een zelfgekozen zorgaanbieder, is er geen probleem. Als de verzekerde de zorg echter niet kan verkrijgen bij een gecontracteerde zorgaanbieder of zelf geen zorgaanbieder kan vinden, heeft hij recht op bemiddeling van zijn zorgverzekeraar bij het verkrijgen van de zorg. Dan zal de zorgverzekeraar – ongeacht de overeengekomen prestatiewijze – de verzekerde dus te hulp moeten schieten.

Ook een zorgverzekeraar die het contracteermodel hanteert, zal, indien er geen of onvoldoende zorgaanbieders bereid blijken met hem een overeenkomst te sluiten om zijn verzekerden te helpen, op grond van zijn zorgplicht desgevraagd toch in actie moeten komen om voor de verzekerde te bemiddelen bij het verkrijgen van die zorg bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. In dat geval zal hij alle marktconforme kosten van de zorg aan zijn verzekerde voor zijn rekening moeten nemen. Voor een korting, zoals die kan worden toegepast als een verzekerde ondanks zijn keuze voor gecontracteerde zorg er toch zelf voor kiest de zorg in te roepen bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, is in deze situatie geen plaats.

Zoals reeds aangegeven, heeft de zorgverzekeraar in beginsel de vrije keuze wat betreft de wijze waarop hij invulling geeft aan zijn zorgplicht. Hij kan daarbij kiezen voor een naturamodel, een restitutiemodel of een mengvorm daarvan. Een en ander wordt vastgelegd in de met de verzekerde te sluiten zorgverzekeringsovereenkomst.

Als het naturamodel is overeengekomen zal de verzekerde, tenzij daarover specifiek iets anders is overeengekomen, in voorkomend geval terstond levering van de zorg kunnen vorderen, zij het uiteraard met inachtneming van de eisen van redelijkheid en billijkheid. De zorgverzekeraar zal bij het maken van afspraken met zorgaanbieders daarmee rekening moeten houden.

Bij het restitutiemodel zal de verzekerde kunnen verlangen dat de zorgverzekeraar overgaat tot prompte vergoeding van de kosten die de verzekerde heeft gemaakt, een en ander uiteraard behoudens het geval dat daaromtrent een afwijkende afspraak is gemaakt. Als de verzekerde zich tot de zorgverzekeraar wendt met een verzoek om bemiddelingsactiviteiten, zal de verzekerde kunnen verlangen dat de zorgverzekeraar voortvarend actie onderneemt. De zorgverzekeraar zal daarmee in zijn interne organisatie rekening moeten houden. Ook hier geldt uiteraard dat daarbij tussen partijen de eisen van redelijkheid en billijkheid in acht genomen moeten worden.

Bij het bepalen van het tijdstip waarop de verzekerde in een concreet geval zonodig een bepaalde prestatie van de zorgverzekeraar kan vorderen, spelen allerlei factoren een rol. De aard van de overeengekomen prestatie, maar ook alle omstandigheden van ieder concreet geval, zoals de gezondheidstoestand van de patiënt en diens antecedenten, kunnen van belang zijn.<sup>1</sup> Uiteraard spelen ook de terzake geldende jurisprudentie en de hieromtrent door de zorgaanbieders en zorgverzekeraars zelf ontwikkelde normen<sup>2</sup> een belangrijke rol.

Uitzonderlijke situaties van overmacht daar gelaten, zal het resultaat in alle gevallen zijn dat de verzekerde de zorg krijgt waaraan hij behoefte heeft, en dat de zorgverzekeraar de kosten daarvan voor zijn rekening neemt. Tot het onmogelijke is echter ook een verzekeraar niet gehouden. Als eenvoudigweg geen arts te vinden is die de verzekerde zorg kan verlenen, kan van een zorgverzekeraar niet worden verlangd dat hij toch regelt dat zijn verzekerden die zorg kunnen ontvangen. Op de zorgverzekeraar rust de verplichting om in voorkomend geval aan te tonen dat het onmogelijk is de verzekerde zorg voor zijn verzekerden te organiseren.

---

<sup>1</sup> Zie het arrest van het Europese Hof van Justitie in de zaak Smits/Peerbooms (C-157/99), 12 juli 2001.

<sup>2</sup> Zorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben in de zogenoemde Treeknormen streefnormen geformuleerd waarbinnen voor de verzekerden de verzekerde zorg beschikbaar dient te zijn.

### c. de verzekerden

#### *Verzekeringplicht*

De Zorgverzekeringswet legt in beginsel een verzekeringsplicht op iedereen die verzekerd is ingevolge de AWBZ. Dat komt erop neer dat iedereen die legaal in Nederland woont, verplicht wordt om een zorgverzekering tegen ziektekosten te hebben. Vaak zal dat betekenen dat mensen voor zichzelf een zorgverzekering sluiten. Maar het kan ook gebeuren dat iemand anders de zorgverzekering voor de verzekerde sluit. Iemand kan bijvoorbeeld voor zijn partner of voor zijn kinderen een verzekering sluiten of een werkgever kan dat voor zijn personeel doen. Voor degenen die niet zelf de overeenkomst tot verzekering kunnen of mogen sluiten, zal de wettelijk vertegenwoordiger of de curator dit moeten regelen. In bepaalde situaties waarin de Europese socialezekerheidsverordening of door Nederland met andere staten gesloten sociale zekerheidsverdragen van toepassing zijn, kan het voorkomen dat mensen die buiten Nederland wonen de verplichting hebben om in Nederland een zorgverzekering te sluiten. Hierop wordt verder ingegaan in Hoofdstuk VI (Grensoverschrijdende zorg).

De zorgverzekering staat gelijkelijk open voor iedereen; voor jong en oud, werknemer of zelfstandige, uitkeringsgenietende of werkende.

Niemand kan zich aan de zorgverzekeringsplicht onttrekken; dit is een belangrijke voorwaarde voor de verankering van de risicosolidariteit. Wel kunnen mensen die op grond van hun geloofsovertuiging bezwaar hebben tegen elke vorm van verzekering als zodanig, van deze verzekeringsplicht worden uitgezonderd. In plaats van de inkomensafhankelijke bijdrage van verzekeringsplichtigen zijn deze mensen een verhoogd bedrag aan inkomstenbelasting verschuldigd. Deze zogenaamde gemoedsbezwaarden kunnen wel op hun gemoedsbezwaren terugkomen en zich alsnog verzekeren.

De regering acht het wenselijk dat eventuele gemoedsbezwaren alleen worden gehonoreerd wanneer die gelden met betrekking tot zowel de AWBZ als de Zorgverzekeringswet. De uitwerking is nochtans verschillend. Bij gemoedsbezwaren blijft in het geval van de AWBZ de verzekering van rechtswege als zodanig bestaan, maar wordt de betrokkene vrijgesteld van de verplichting tot premiebetaling. In het geval van de Zorgverzekeringswet vervalt de verplichting tot het sluiten van een zorgverzekeringsovereenkomst. Uiteraard ontstaat dan ook niet de verplichting tot het betalen van de nominale premie. Er ontstaat dan wel, evenals in de AWBZ, de verplichting tot het betalen van een, de wettelijke inkomensafhankelijke bijdrage vervangende, belasting. De hoogte van de vervangende belasting in de Zorgverzekeringswet is gelijk aan de inkomensafhankelijke bijdrage die de gemoedsbezwaarde zou hebben moeten betalen, indien hij wél verzekeringsplichtig zou zijn geweest.

Bij het sluiten van een zorgverzekering moet de burger bepaalde keuzes maken. Om te beginnen kiest hij een zorgverzekeraar. De burgers hebben bij het verplichte sluiten van de zorgverzekering de vrije keuze uit alle zorgverzekeraars die deze verzekering in hun provincie uitvoeren.

De zorgverzekeraar is wettelijk verplicht de burger die zich bij hem aanmeldt voor de zorgverzekering te accepteren. Overigens mag een zorgverzekeraar niet de verplichting opleggen dat het hele gezin bij die zorgverzekeraar een overeenkomst sluit. De verzekerde is verplicht aan de gekozen zorgverzekeraar de nominale premie te voldoen, die de zorgverzekeraar over het algemeen telkens voor een jaar vaststelt.

De verzekerde kan ten minste éénmaal per kalenderjaar voor een andere zorgverzekeraar kiezen, maar bij tussentijdse verhoging van de premie is directe overstap mogelijk. Deze bepaling in de Zorgverzekeringswet laat onverlet dat de zorgverzekeraar en de verzekerde in de zorgpolis meer overstapmomenten kunnen overeenkomen. Naar verwachting zal echter

in de praktijk van die mogelijkheid hoegenaamd geen gebruik worden gemaakt. De facto biedt de Zorgverzekeringswet hiermee de mogelijkheid van mobiliteit voor de verzekerden die gelijk is aan die in de huidige ziekenfondsverzekering en veel groter dan de praktijk is in de huidige particuliere ziektekostenverzekering.

Bij zijn keuze voor een zorgverzekeraar kan de burger zich laten leiden door de wijze waarop deze zorgverzekeraar invulling geeft aan zijn zorgplicht, aan het wettelijk omschreven te verzekeren pakket (zie hierover hoofdstuk V, onderdeel b), de nominale premie die de zorgverzekeraar aan zijn verzekerden in rekening brengt en de service die de zorgverzekeraar aan zijn verzekerden verleent.

Daarnaast is voor de verzekerde een punt van overweging of hij ervoor kiest om een eigen risico te nemen.

De verzekerden kunnen in beginsel ieder jaar opnieuw hun keuze bepalen uit de door de zorgverzekeraar in hun provincie aangeboden verzekeringsmodellen. De zorgverzekeraar is verplicht iedere verzekerde te accepteren voor elk door hem aangeboden verzekeringsmodel, zonder onderscheid naar gezondheidsrisico's. Om calculerend gedrag tegen te gaan, is evenwel bepaald dat de zorgverzekeraar een wachttijd van maximaal een jaar mag hanteren als verzekerden het door hen gekozen eigen risico willen verlagen.

Als de zorgverzekeraar een wachttijd hanteert bij het verlagen van eigen risico, moet hij dat in zijn algemeenheid doen en niet jegens een afzonderlijke verzekerde.

De regel dat de verzekering ten minste één keer per jaar, namelijk per 1 januari, kan worden opgezegd, kan worden gezien als een regel die de vrijheid van de verzekeraar belemmert, maar deze is ter bescherming van het algemeen belang noodzakelijk. Zonder deze regel bestaat er immers een risico dat verzekerden niet vaak genoeg van zorgverzekeraar kunnen wisselen (de verzekeraars zijn immers niet verplicht om zelf nog andere opzegmogelijkheden in hun polissen op te nemen), met als gevolg dat de door de regering beoogde concurrentie tussen zorgverzekeraars onvoldoende tot stand komt.

De vrijheid voor de verzekerde wordt beperkt doordat hij bij een door de wetgever gedurende een kalenderjaar opgelegde pakketverslechtering niet mag opzeggen. De reden daarvan is dat opzegging in dit geval weinig zin zou hebben, aangezien alle verzekeraars de nieuwe pakketvoorwaarden in hun zorgverzekeringen zullen moeten verwerken, zodat de verzekerde ook bij iedere andere verzekeraar met de pakketbeperking geconfronteerd zou worden.

Met het betrekking tot het veranderen van zorgverzekeraar ontstaat een bijzondere situatie in geval van faillissement van de zorgverzekeraar. Uiteraard gaat het hier om een zeer onwaarschijnlijke situatie, gezien het toezicht dat op de financiële situatie van de zorgverzekeraars wordt uitgeoefend. Wanneer een faillissement zich nochtans toch zou voordoen, kunnen verzekerden onderdak vinden bij iedere andere zorgverzekeraar. Om te voorkomen dat zo'n andere zorgverzekeraar in solvabiliteitsproblemen zou komen door een plotselinge toevloed van een groot aantal verzekerden, kan een bijzondere uitkering worden gedaan uit het vereveningsfonds.

Burgers zijn wettelijk verplicht ervoor te zorgen dat zij zo snel mogelijk, doch uiterlijk binnen vier maanden nadat zij verzekeringsplichtig zijn geworden, een zorgverzekering hebben. Indien dat binnen die voorgescreven termijn gebeurt, bestaat de verzekering vanaf het moment waarop zij ingezetene zijn geworden of onderworpen zijn geraakt aan de Nederlandse loonbelasting. De premie is dan vanzelfsprekend verschul-

digd vanaf het moment waarop de verzekeringsplicht ontstond. Eventuele ziektekosten die zich gedurende die vier maanden voordoen, komen ten laste van de zorgverzekering.

Door de invoering van de Zorgverzekeringswet groeit het aantal mensen dat zelf verantwoordelijk is voor de totstandkoming van een verzekering, zoals dat thans het geval is bij de mensen die aangewezen zijn op een particuliere verzekering. Daardoor kan worden verondersteld dat het aantal onverzekerden zou kunnen toenemen. Om deze ontwikkeling tegen te gaan, voorziet de Zorgverzekeringswet in een aantal sancties die het voor burgers onaantrekkelijk maken zich aan de verzekeringsplicht te onttrekken. Mensen die zich niet binnen de voorgeschreven termijn verzekeren, zijn een boete verschuldigd ter hoogte van 130% van de premie die zij hadden moeten betalen over de termijn waarover zij hebben nagelaten zich te verzekeren. Hiervoor geldt een maximum van vijf jaar. Iemand die nalaat een zorgverzekering te sluiten is zelf aansprakelijk voor de kosten van zorg die aan hem is verleend tijdens de periode van nalatigheid. Daarenboven verliest een burger die zich niet verzekert daarmee zijn eventuele aanspraak op een uitkering ingevolge de Wet op de zorgtoeslag voor de niet-verzekerde periode. De boete en het vervallen van het recht op de zorgtoeslag gelden niet indien men niet-verwijtbaar heeft nagelaten zich te verzekeren. Dit laatste dient te worden vastgesteld door het CVZ.

#### *Collectieve contracten*

De Zorgverzekeringswet legt op de burgers een individuele verplichting om een zorgverzekering tegen ziektekosten te hebben. De mogelijkheid dat burgers een zorgverzekering hebben als deelnemer in een collectief contract blijft ook in de toekomst bestaan. Evenmin staat de wet eraan in de weg dat werkgevers deelname aan een collectieve verzekering van het bedrijf aantrekkelijk maken door een bijdrage aan de nominale premie die door de werknemer verschuldigd is. Hierbij blijft de keuzevrijheid van de individuele verzekeringsplichtige overigens overeind.

Het voordeel van een collectief contract is dat door een zekere «massa» aan verzekerden een aantal additionele voordelen, zoals een betere service voor de verzekerden in het collectief, kunnen worden uitonderhandeld met verzekeraars. Daarmee kan een collectief makkelijker dan een individuele burger een vuist maken tegenover de zorgverzekeraar. Collectieve contracten bieden verzekeringnemers dus «countervailing power» tegenover de verzekeraars.

Voor werkgevers biedt het nieuwe zorgstelsel de mogelijkheid om een collectief contract voor alle medewerkers af te sluiten. In het huidige stelsel is dit gebruikelijk voor werknemers met inkomens boven de ziekenfondsgrens. De mogelijkheid in het nieuwe zorgstelsel kan zich daarmee tot een belangrijke secundaire arbeidsvoorwaarde ontwikkelen. Een werkgever kan zich voor zijn bestaande en toekomstige personeel hiermee profileren. Voordeel van collectieve contracten voor werkgevers is de mogelijkheid van bundeling van verzekeringen met samenhangende risico's, zoals loondoorbetaling en reïntegratiemaatregelen bij ziekte en arbeidsongeschiktheid. De werkgever kan bij de keuze voor een verzekeraar dan selecteren op adequate dienstverlening bij ziekteverzuim, bijvoorbeeld in geval van arbeidsrelevante aandoeningen.

Verzuim- en arbeidsongeschiktheidsverzekeraars hebben in de afgelopen jaren al concepten ontwikkeld gericht op preventie. Ook de ziektekostenverzekeraars richten zich meer en meer op de keten van verzuimpreventie en -bestrijding. Hun kracht ligt op het terrein van snelle medische interventie en wachtlijstbemiddeling. Collectiviteiten zijn voor inkomens- en zorgverzekeraars interessant omdat de zorgverzekering kan worden aangeboden in combinatie met andere verzekeringen. Hiermee kan een

werkgever een belangrijke slag maken in het effectief aanpakken van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. De dienstverlening aan werkgevers en werknemers kan daarbij aanzienlijk verbeteren, waarbij mogelijk ook substantiële kostenbesparingen zijn te realiseren. Met de mogelijkheid van combinatiekortingen en een hoogwaardige dienstverlening voor werkgevers en werknemers kunnen de ziektekosten- en inkomensverzekeraars het aantrekkelijk maken om collectieve contracten af te sluiten.

Om het ook voor werknemers aantrekkelijk te maken aan een dergelijk contract deel te nemen, zijn behalve garanties over snelle en kwalitatief goede zorg (ook op de werkplek) ook financiële voordelen denkbaar. Deze kunnen komen uit de besparing die de werkgever of de inkomensverzekeraar boekt dankzij een geïntegreerd preventie- en verzuimbeleid.

De wet voorziet in de mogelijkheid dat de zorgverzekeraar een korting geeft op de nominale premie. Met het oog op de transparantie van de verzekeringsvoorwaarden dient dit voordeel voor het publiek kenbaar te zijn.

De premiekorting voor een collectief contract mag slechts gerelateerd zijn aan het aantal deelnemers aan het collectief, in die zin dat bij collectieve verzekeringen met een vergelijkbare omvang een zelfde premie dient te gelden. De korting mag niet gerelateerd zijn aan het verzekeringsrisico van het collectief. Daarmee zou de door de Zorgverzekeringswet beoogde solidariteit in het gedrang komen. Dit laat uiteraard onverlet de mogelijkheid dat collectiviteiten een financieel voordeel kunnen behalen in andere verzekeringen die de desbetreffende zorgverzekeraar aanbiedt, zoals de aanvullende verzekering. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen nadere voorschriften worden gesteld met betrekking tot de relatie tussen de omvang van het collectief en de daarbij toe te passen premiekorting om tegen te gaan dat de door de Zorgverzekeringswet beoogde solidariteit wordt uitgehold. Uitgangspunt van de regering is dat hiertoe slechts wordt overgegaan wanneer de toezichthouder constateert dat een of meer zorgverzekeraars de mogelijkheid van collectieve contracten gebruiken voor ongewenste risicoselectie. Bijvoorbeeld omdat een zorgverzekeraar een aanbieding voor een collectieve verzekering zodanig toespitst op een bepaald collectief dat het in de praktijk niet mogelijk zal blijken dat ook andere collectieven voor die collectieve verzekering met bijbehorende korting in aanmerking komen.

Wanneer uit de bevindingen van de toezichthouder blijkt dat geconstateerde uitholling van de beoogde solidariteit noopt tot nadere regels-telling, acht de regering daarmee tevens de noodzakelijke Europees-rechtelijke rechtvaardiging aangetoond.

#### **d. het te verzekeren pakket**

##### *De verzekerde zorgvorm*

In het verleden is meerdere malen gediscussieerd over de gronden om bepaalde vormen van zorg in het verzekeringspakket op te nemen of juist eruit te laten. In 1987 noemde de Commissie-Dekker twee criteria voor opname in het collectief gefinancierde verzekeringspakket:

- onverzekerbare of financieel niet te dragen risico's;
- substitutie-gevoelige voorzieningen.

In 1991 kwam de Commissie-Dunning tot vier criteria voor toelating tot het collectief gefinancierde verzekeringspakket: noodzakelijke zorg, werkzame zorg, doelmatige zorg en zorg die niet voor eigen rekening kan komen. Naast het verzekeringstechnische aspect, noemde deze commissie ook medisch-inhoudelijke argumenten: is de zorg wel noodzakelijk, werkt de behandeling en wordt deze doelmatig uitgevoerd? Binnen de beperkte

financiële middelen zou gekozen moeten worden (volgens de «trechter van Dunning») voor de aanspraken die het hoogste scoren op deze aspecten.

Het CVZ heeft in 2001 een rapport geschreven naar aanleiding van tien jaar pakketdiscussie.<sup>1</sup> Volgens het college hangt de mate waarin een bepaalde vorm van zorg noodzakelijk is, af van het toepassingsdoel en geldt dat niet altijd voor alle zorgvragers op dezelfde wijze. De grens tussen noodzakelijk en niet noodzakelijk loopt dwars door de onderscheiden zorgvormen heen. Hetzelfde geldt voor de doelmatigheid van zorgvormen. Er zijn volgens het CVZ geen grote gebieden binnen het huidige ziekenfondspakket aan te wijzen die in totaliteit «niet noodzakelijk» of «niet doelmatig» zijn. Het CVZ concludeert dat het enkele criterium van de noodzakelijkheid van zorg als zodanig niet bruikbaar is om grote zorggebieden niet op te nemen in het verzekeringspakket. De begrenzing van het verzekeringspakket kan beter plaatsvinden via de toepassing van verzekeringsrechten. Zo hebben de verschillende beroepsgroepen in de gezondheidszorg inmiddels enkele honderden richtlijnen en protocollen ontwikkeld, die in toenemende mate leiden tot doelmatig gebruik en doelmatig voorschrijven van zorg.

Op 3 februari 2003 heeft de Gezondheidsraad een rapport uitgebracht<sup>2</sup> over de contouren van het basispakket, waarin ook aandacht wordt geschonken aan criteria over opnemings in het basispakket. De Gezondheidsraad kiest voor de criteria «ziektelast», in plaats van «noodzakelijke zorg», en «kosteneffectiviteit» als minimale randvoorwaarden voor een solidair pakket. De Gezondheidsraad benadrukt dat maatschappelijke opvattingen en keuzes, ongeacht de gekozen criteria of indeling, een grote rol spelen bij de pakketdiscussie.

Ook internationale verdragen over sociale verzekeringen waarbij Nederland partij is, bepalen in hoge mate de inhoud van het verzekeringspakket. In zijn advies van 30 oktober 1990 over de zorgvormen die in een sociale verzekering moeten zijn opgenomen, heeft de Raad van State aangegeven dat in dit verband de volgende verdragen relevant zijn:

1. Verdrag betreffende minimumnormen van sociale zekerheid (ILO-verdrag nr 102) (Trb. 1953, 69) en het Europees Sociaal Handvest (Trb. 1962, 3)<sup>3</sup>;
2. Verdrag betreffende de ziekteverzekering van arbeiders in de industrie en de handel en van huispersoneel (ILO-verdrag nr 24) (Trb. 1957, 27) en Verdrag betreffende de ziekteverzekering van landarbeiders (ILO-verdrag nr 25) (Trb. 1957, 28)<sup>4</sup>;
3. Europese Code inzake sociale zekerheid (Trb. 1965, 47);
4. Verdrag betreffende de prestaties bij arbeidsongevallen en beroepsziekten (ILO-verdrag nr 121) (Trb. 1966, 137).

De zorgvormen die op grond van deze verdragen in een sociale verzekering moeten zijn opgenomen zijn de volgende:

- I. preventieve zorg
- II. verloskundige zorg en kraamzorg;
- III. verpleging, behandeling en verzorging van langdurig zieken en zorgen hulpbehoevenden (intramuraal, semimuraal en thuiszorg);
- IV. revalidatie van zieken/gehandicapten (intramuraal, dagbehandeling en behandeling in de thuissituatie);
- V. reactivering (intramuraal en dagbehandeling);
- VI. genees- en heelkundige behandeling en, indien noodzakelijk, daarmee verband houdende kortdurende verpleging en verzorging;
- VII. psychosociale hulpverlening;
- VIII. verpleging, behandeling en verzorging van psychiatrische patiënten (intramuraal, semimuraal, ambulante, beschermd wonen);

<sup>1</sup> College voor Zorgverzekeringen, Het basispakket: inhoud en grenzen, rapport naar aanleiding van de evaluatie van «10 jaar pakketdiscussie» (publicatienummer 01/46, 25 januari 2001).

<sup>2</sup> Gezondheidsraad, «Contouren van het basispakket» (publicatienummer 2003/02).

<sup>3</sup> Een wetsvoorstel tot ratificatie van het herziene Europees Sociaal Handvest is in voorbereiding. De verplichtingen op het gebied van de sociale ziektekostenverzekering ingevolge het herziene Europees Sociaal Handvest komen overeen met die van het Europees Sociaal Handvest.

<sup>4</sup> Zie hetgeen betreffende de ILO-verdragen nrs 24 en 25 is opgemerkt in hoofdstuk III.

- IX. verpleging, behandeling en verzorging van lichamelijk gehandicapten (intramuraal, semimuraal, dagbehandeling, thuiszorg);
- X. verpleging, behandeling en verzorging van geestelijk gehandicapten (intramuraal, semimuraal, dagverpleging/dagopvang, thuiszorg);
- XI. hulp aan zintuiglijk gehandicapten;
- XII. tandheelkundige hulp voor verzekerden tot en met 18 jaar;
- XIII. kunst- en hulpmiddelen.

Vooralsnog blijven de genoemde zorgvormen verdeeld over de Zorgverzekeringswet en de AWBZ. Hoofdpijn daarbij is dat de Zorgverzekeringswet betrekking heeft op de zorg die is gericht op genezing, terwijl de in de AWBZ opgenomen zorgvormen betrekking hebben op langdurige verzorging. Het kabinet heeft in een brief aan de Tweede Kamer van 23 april 2004 zijn visie gegeven over de verdere toekomst van de AWBZ, onder meer wat betreft de daarin opgenomen zaken die niet noodzakelijkerwijs in een verzekering thuis horen.<sup>1</sup>

De regering concludeert dat het te verzekeren pakket van de Zorgverzekeringswet betrekking moet hebben op noodzakelijke zorg, getoetst aan aantoonbare werking, kosteneffectiviteit en noodzaak van collectieve financiering. Om dit te bereiken sluit de regering aan bij de criteria van de Commissie-Dunning. Daarmee worden de gelijke toegang en de solidariteit in de zorg gewaarborgd. De pakketsamenstelling is op deze wijze uitkomst van een politieke wegging waarin ook de betaalbaarheid van het stelsel op langere termijn is betrokken. In de afgelopen jaren zijn de criteria van de Commissie-Dunning gehanteerd bij zowel de toetsing van nieuwe behandelingen als bij verwijdering en beperking van verstrekkingen uit het pakket. De consequentie hiervan is dat het verzekeringspakket steeds meer betrekking zal hebben op zorg waarvan de noodzakelijkheid, de werking en de effectiviteit zijn aangetoond. Tevens brengt dit met zich dat voortdurende toetsing van het verzekeringspakket geboden is. Dit acht ik bij uitstek een taak van het College voor zorgverzekeringen (CVZ), gelet op diens taak op het terrein van het beheer van pakket. Op grond van het voorgaande heeft de regering besloten om het te verzekeren pakket van de Zorgverzekeringswet in grote trekken te laten aansluiten bij het verzekeringspakket van de ziekenfondsverzekering en de Wtz-verzekering. Het te verzekeren pakket zal periodiek worden getoetst aan de bovenvermelde criteria ten einde te bepalen of zorgvormen moeten worden toegevoegd of verwijderd. In dit verband is inmiddels besloten om onderdelen van de geestelijke gezondheidszorg (ggz) (curatieve zorgvormen) over te hevelen van de AWBZ naar het pakket van de Zorgverzekeringswet. Aanpassingen van de hoofdlijnen van het op grond van de Zorgverzekeringswet te verzekeren pakket zullen plaatsvinden bij wetswijziging en dus in dialoog met het parlement.

De mogelijkheid is onderzocht om verzekerden in verband met hun geloofsovertuiging of ethische opvattingen een verzekeringspakket te bieden waarin geen zorgvormen voorkomen waartegen zij onoverkomelijke gewetensbezwaren hebben. Mogelijke voorbeelden van uit te sluiten zorgvormen zijn abortus provocatus, euthanasie en geslachtsaanpassende ingrepen. In zijn rapport van 25 september 2003 stelt het CVZ<sup>2</sup> dat een specifieke regeling, analoog aan de Regeling gemoedsbezwaarden sociale verzekeringswetten, voor deze problematiek geen oplossing biedt. De voornoemde regeling biedt een voorziening voor degenen die tegen iedere vorm van verzekering gemoedsbezwaren hebben, terwijl het hier gaat om verzekerden die tegen bepaalde in het pakket opgenomen zorgvormen gewetensbezwaren hebben. Verder geeft het college aan dat naar zijn mening het naast elkaar laten bestaan van een volledig pakket en een pakket waaruit een beperkt aantal zaken is geschrappt, inbreuk maakt op de voorgestane solidariteit in de verzekering. Rekening houdend met de

<sup>1</sup> Kamerstukken II 2002/03, 26 631, nr. 56.

<sup>2</sup> College voor Zorgverzekeringen, Onderzoek in basispakket zorgverzekering op grond van geloofsovertuiging, 25 september 2003.



overwegingen van het CVZ, heeft de regering besloten genoemde verzekeren in de gelegenheid te stellen om de vormen van zorg waartegen zij bezwaren hebben, niet onder de dekking van hun zorgverzekering te laten vallen, maar daaruit geen korting op de premie te laten voortvloeien. Dit om aantasting van de solidariteit te voorkomen. In de Zorgverzekeringswet is een bepaling opgenomen dat een verzekerde op zijn overeenkomst kan laten aantekenen dat een bepaalde dekking niet op hem zal worden toegepast, zonder consequenties voor de door hem verschuldigde premie.

Om reden van de instandhouding van de solidariteit in de verzekering volgt de regering niet het advies van de SER<sup>1</sup> om de burgers ruimte te bieden om in plaats van de door de SER zogenoemde «standaardpolis» een smallere «basispolis» te sluiten waaruit sommige, niet noodzakelijke zorgvormen weggelaten zouden kunnen worden. Het mag zo zijn dat er wellicht verzekeringsvormen zijn die een individuele verzekerde als overbodig beschouwt. Ook de Gezondheidsraad suggereert in zijn eerder genoemde advies een dergelijk onderscheid. De SER adviseert om van verzekerden die kiezen voor deze smallere polissen een solidariteitsbijdrage te vragen die vergelijkbaar is met wat zij zouden betalen als zij voor de standaardpolis met volledige dekking zouden hebben gekozen. Het ligt in de lijn der verwachting dat de omvang van die bijdrage óf volstaat om de solidariteit te waarborgen, maar in dat geval het smallere pakket nauwelijks goedkoper maakt, óf een aantrekkelijk premieverschil tussen smallere en standaardpolis mogelijk maakt, maar in dat geval afbreuk doet aan de voorgestane solidariteit. Deze zienswijze vindt bevestiging in het onderzoek van Nyfer van november 2003.<sup>2</sup>

#### *Functiegericht omschreven verzekeringsrechten*

Zoals hiervoor is aangegeven, acht de regering het van belang dat de directe overheidsregulering van het zorgaanbod vermindert. Binnen de door de wetgever geformuleerde kaders krijgen de betrokken actoren meer keuzemogelijkheden, beleids- en beslissingsruimte én meer concurrentieprikkels. Een van de instrumenten om daartoe te komen, is de zogenaamde functiegerichte omschrijving van de verzekeringsrechten. Uitgangspunt daarbij is dat de wetgever, net als in het verleden, strikt regelt welke aanspraken de verzekerden hebben. De functiegerichte omschrijving houdt in dat niet langer bij de wettelijke formulering van de aanspraak precies wordt aangegeven welke medische persoon of instelling bepaalde zorg moet verlenen, maar dat iedere persoon of instelling die daartoe op medische gronden bevoegd is, bepaalde zorg mag leveren. Een voorbeeld: thans bestaat aanspraak op «huisartsenzorg, te verlenen door een huisarts». De omvang van de zorg wordt bepaald door hetgeen in de kring der huisartsen gebruikelijk is. Daartoe kunnen, zeer vereenvoudigd uitgedrukt, bijvoorbeeld behoren:

- a. Het geven van een tetanusprik en
- b. Doorverwijzing naar specialistische zorg.

Onder de Zorgverzekeringswet maakt «huisartsenzorg» onderdeel uit van «geneeskundige zorg». Doordat de functiegerichte omschrijving van de verzekeringsrechten open laat door wie «huisartsenzorg» mag worden verleend, is er ruimte voor zorgverzekeraars om samen met zorgaanbieders en verzekerden te komen tot een doelmatige uitvoering. Dit kan resulteren in het opnemen in de polis dat de verzekerde bijvoorbeeld voor het geven van een tetanusprik zich wendt tot een doktersassistent en voor de doorverwijzing is aangewezen op een huisarts. Ook een bedrijfsarts die zorginhoudelijk bevoegd is tot het verlenen van «huisartsenzorg», kan in dit verband alle genoemde aspecten van de verzekeringsaanspraak voor zijn rekening nemen. Indien een zorgverzekeraar in zijn polis geen nadere specificaties opneemt staat het de verzekerde vrij om alle aspecten van «huisartsenzorg», voor zover die tot de wettelijke aanspraken behoren, in te roepen bij ieder die daartoe medisch bevoegd is. De functiegerichte

<sup>1</sup> Sociaal Economische Raad, Naar een gezond stelsel van ziektekostenverzekeringen, 15 december 2000.

<sup>2</sup> Nyfer, Stelselwijziging in de zorg: geef verzekeraars de ruimte, november 2003.

aanspraak laat tevens open waar een bepaalde aanspraak geleverd wordt. Dat wil zeggen dat niet is voorgeschreven dat een bepaalde behandeling uitsluitend binnen een bepaald type medische instelling gegeven mag worden. Bijvoorbeeld een MRI-onderzoek kan straks onder de Zorgverzekeringswet ook buiten de muren van een ziekenhuis plaatsvinden. De zorgverzekeraar kan dan zaken doen met een instelling die gespecialiseerd is in MRI-onderzoek zonder dat hij daarvoor, zoals in de Zfw, een overeenkomst moet sluiten met een ziekenhuis met alles erop en eraan.

De functiegerichte omschrijving van de aanspraken leidt er dus toe dat de zorgverzekeraar uitmaakt, in samenspraak met zijn verzekerde, welke persoon of instelling invulling geeft aan een bepaalde verzekeringsaanspraak. De functiegerichte omschrijving van de aanspraken leidt niet tot een zorginhoudelijke wijziging van die aanspraken, in die zin dat een zorgverzekeraar bijvoorbeeld zou kunnen bepalen dat in zijn polis het geven van een tetanuspriek niet zou worden opgenomen. Hij dient alle aspecten van «huisartsenzorg» in zijn polis te dekken.

Het feit dat de functiegerichte omschrijving van de verzekeringsrechten open laat welke zorgaanbieder bepaalde zorg verleent, betekent niet dat er onduidelijkheid bestaat over de vraag wat de aard en de omvang van de verzekeringsaanspraken zijn. Het is de (formele of gedelegeerde) wetgever die, eventueel op advies van het CVZ, het te verzekeren pakket vaststelt. Vaak kan een omschrijving van het verzekeringsrecht worden gehanteerd waarbij de omvang ervan wordt overgelaten aan «hetgeen in de kring der beroepsgenoten gebruikelijk is». In dat geval stelt dan feitelijk de desbetreffende beroepsgroep de omvang van het verzekeringsrecht vast doordat deze zelf kan uitmaken wat binnen de beroepsgroep gebruikelijk is. Deze potentiële onbegrensdeheid van het verzekeringsrecht kan worden ingeperkt met een preciezere omschrijving door de wetgever. Die kan bijvoorbeeld regelen dat de aanspraak geneeskundige zorg bestaat uit «huisartsenzorg» met uitzondering van bepaalde, met name genoemde handelingen. Deze wijze van inperking laat ontwikkelingen van de aanspraak open, doordat vernieuwingen op het gebied van het medisch handelen van een beroepsgroep automatisch binnen de verzekeringsaanspraak vallen, tenzij deze met name worden uitgezonderd. Een verder gaande mogelijkheid tot inperking van de verzekeringsaanspraak is de mogelijkheid om de aanspraak zodanig te formuleren dat uitsluitend met zoveel woorden genoemde handelingen onder de aanspraak vallen.

Samenvattend kan worden gesteld dat de wetgever bepaalt wat tot het pakket behoort. Het behoort tot de bevoegdheid van de zorgverzekeraar, in samenspraak met de verzekerde, te bepalen door wie en waar de verzekerde zorg verleend wordt. De functiegerichte omschrijving van de aanspraken leidt niet tot een grotere omvang van de aanspraken. Van belang in dit verband is de vaststelling dat de vraag of verzekerde zorg daadwerkelijk aan een verzekerde geleverd moet worden niet door de zorgverzekeraar, maar altijd op medisch-inhoudelijke gronden dient te worden beantwoord.

#### *Kwaliteit van zorg*

Een aantal aspecten van de zorgverlening trekt de aandacht als de nieuwe zorgverzekering wordt vergeleken met de ziekenfondsverzekering. Bereikbaarheid voor de verzekerde, veiligheid, tijdigheid en kwaliteit van zorg zijn daar voorbeelden van. Voor de kwaliteit van zorg waarvoor primair de aanbieder van zorg verantwoordelijkheid draagt, wordt ook in de nieuwe situatie het nodige van de zorgverzekeraar verwacht. Hieronder volgt daarvan een schets.

Voorop staat dat iemand die zorg nodig heeft, moet kunnen rekenen op kwalitatief goede, tijdige en veilige zorg. De aanbieder van zorg moet daarvoor instaan, hetgeen ook wordt bevorderd door de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet Big) en de Kwaliteitswet zorginstellingen. Professioneel medisch handelen op basis van hedendaagse standaarden, zorgverlening op basis van de meest recente inzichten en wetenschappelijk onderbouwd alsmede een veilige omgeving voor de patiënt zijn kenmerken van die verantwoorde zorg.

In het geval de polis voorziet in niet-gecontracteerde zorg, is er vanuit de verzekering gezien alleen een relatie tussen verzekerde en zijn zorgverzekeraar. Vanuit de zorg gezien, is er alleen een relatie tussen de zorgaanbieder en de verzekerde, waar de zorgverzekeraar buiten staat. De zorgaanbieder moet verantwoorde zorg leveren en voldoen aan de eisen die de Wet Big respectievelijk de Kwaliteitswet zorginstellingen stellen. In deze situatie van zorglevering is er vanuit kwaliteitsbewaking alleen een rol weggelegd voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Bij de levering van zorg moet ervan worden uitgegaan dat de verzekerde er ook zelf op let dat hij zich voor zijn zorg wendt tot een daartoe gekwalificeerde beroepsbeoefenaar of instelling.

Voor de zorgverzekeraar geldt wel de verplichting na te gaan of de zorg waarvoor hij een declaratie van zijn verzekerde krijgt, naar zijn inhoud gezien past in de dekking van de polis. Daarmee is zorgverlening door kwakzalvers op zichzelf niet uit te sluiten, maar wel de bekostiging ervan ten laste van de verzekering. Overigens is in de Wet Big bepaald dat voorbehouden handelingen alleen door bepaalde beroepsbeoefenaren mogen worden verricht. Andere handelingen mogen op grond van die wet door iedereen worden verricht, mits deze handelingen niet direct op het lichaam ingrijpen en mits de hulpverlener zich onthoudt van handelingen die onnodig gezondheidsschade kunnen toebrengen.

Als een verzekerde op zijn zorgverzekeraar een beroep doet om te bemiddelen ten behoeve van het verkrijgen van zorg, mag van de verzekeraar worden verwacht dat deze hem niet stuurt naar een hulpverlener die kwalitatief ondeugdelijke zorg levert. Een zorgverzekeraar moet daarop letten. Een norm daarvoor vloeit voort uit het normale maatschappelijk verkeer en wordt niet afzonderlijk in de Zorgverzekeringswet geregeld. Als een zorgverzekeraar in dit opzicht in de fout gaat en een verzekerde zich benadeeld voelt, kan de verzekerde naar de rechter stappen.

In het geval de polis voorziet in gecontracteerde zorg heeft de zorgverzekeraar door de zorginkoop een directe rol bij de kwaliteit van die zorg. Ieder mag ervan uitgaan dat als een zorgverzekeraar het leveren van zorg regelt voor zijn verzekerden, hij zich ervan vergewist dat hij inkoopt wat conform de dekking van de polis moet worden geleverd, en dat wat geleverd zal worden, in principe als «goed» kan worden gekwalificeerd. Dat betekent dat het inkopen van zorg meer inhoudt dan het afspreken van alleen een prijs. Het kwaliteitsaspect speelt duidelijk ook een belangrijke rol. Bij kwaliteit gaat het ook om veiligheid, bereikbaarheid, tijdigheid, en de noodzaak van voortdurende innovatie van de zorg. Die aspecten van kwaliteit zijn te waarborgen door een systeem van voortdurende bewaking van kwaliteitsverbetering en sluit zodoende aan op de werking van de al geldende kwaliteitswetgeving.

Voor de zorgverzekeraar als inkoper ligt er ook een belang. Door zorg in te kopen die hoog scoort op bovengenoemde kwaliteitsaspecten, kan hij zich onderscheiden van andere zorgverzekeraars, zeker als die kiezen voor niet-gecontracteerde zorg en het zoeken naar gekwalificeerde zorgaanbieders overlaten aan hun verzekerden.

Hij kan zich niet alleen onderscheiden van andere zorgverzekeraars door goede zorg in te kopen. Hij is daartoe in het systeem van de Zorgverzekeringswet ook gehouden. Het is hem niet toegestaan een dusdanig beperk-

te invulling te geven aan de te contracteren zorg dat daarmee een goede zorgverlening aan de verzekerde onmogelijk wordt. De zorgverzekeraar moet dus in voldoende mate invulling geven aan zijn zorgplicht ten opzichte van zijn verzekerden. Hij sluit daartoe overeenkomsten met aanbieders. Het is hem niet toegestaan te treden in de arts-patiëntrelatie. Daar staat hij buiten. De patiënt wordt daarbij beschermd door de patiëntenwetgeving zoals de «Wet op de geneeskundige behandelings-overeenkomst». De behandelend arts bepaalt vanuit zijn professionele autonomie, dat wil zeggen op basis van zijn kennis en kunde, welke zorg voor de patiënt aangewezen is. De zorgaanbieder dient zich daarbij ook bewust te zijn van de kosten van zijn handelen. Echter, dit mag niet ten koste gaan van een goede zorgverlening aan zijn patiënt.

Een zorgverzekeraar die de Zorgverzekeringswet uitvoert, moet in de zorgpolis aangeven hoe hij aan zijn zorgplicht zal voldoen en hoe hij met de verwachtingen om zal gaan die men van zijn gecontracteerde zorg zal hebben. Voorts moet hij aangeven hoe hij invulling heeft gegeven aan de code van goed zorgverzekeraarschap. Er is daarnaast ook een eigen belang van de zorgverzekeraar om uit te leggen hoe hij met verscheidene belangen die hij heeft, is omgegaan. Een niet onbelangrijke belangengroep is daarbij die van de verzekerden. Er zijn verscheidene aangrijpingspunten voor de zorgverzekeraar om hierbij de weg te volgen van de «good governance»-benadering.

Zorgverzekeraars kennen op dit moment twee gedragscodes. Enerzijds is er de code «Health Insurance Governance» (aanbevelingen voor goed bestuur, goed toezicht en adequate verantwoording door zorgverzekeraars; mei 2002), anderzijds de «Gedragscode van de zorgverzekeraar» van december 1997. De code «Health Insurance Governance» ziet vooral op eisen die aan zorgverzekeraars gesteld mogen worden over hun interne en externe verantwoording en de gevolgen hiervan voor het bestuur van en het toezicht op de zorgverzekeraar. De regels van de «Gedragscode van de zorgverzekeraar» zorgen er, meer dan die van de «Health Insurance Governance», voor dat de zorgverzekeraars bij het uitvoeren van hun taak rekening houden met de sociale component van hun werk. Het belang van zo'n code zal onder de Zorgverzekeringswet, die in principe uitgaat van elkaar om verzekerden beconcurrerende, privaatrechtelijke verzekeraars die winst mogen beogen, nog aanzienlijk toenemen.

Het ligt voor de hand dat een zorgverzekeraar verantwoording aflegt over het nakomen van zijn zorgplicht en de manier waarop hij daarbij is omgegaan met aspecten van zorg als de kwaliteit, de bereikbaarheid, de tijdigheid en de veiligheid ervan. Juist ook op dit soort aspecten kan hij zich op de verzekerdenmarkt profileren.

#### *De aanvullende verzekering*

Bovenop het verzekeringspakket van de Zorgverzekeringswet en de AWBZ kan de verzekerde een aanvullende verzekeringsovereenkomst sluiten. In zo'n aanvullende verzekering zitten alleen die voorzieningen waarvan de regering vindt dat die voor rekening en verantwoordelijkheid van de verzekerde zelf kunnen komen. Of dergelijke voorzieningen vervolgens via een afzonderlijke aanvullende verzekering verzekerd worden, rekent de regering niet tot haar verantwoordelijkheid. Als voor deze voorzieningen verzekeringen worden aangeboden, maakt de burger zelf de afweging of hij daar al dan niet gebruik van wil maken. Aanvullende verzekeringen zijn particuliere verzekeringen, die een verzekerde kan sluiten bij een andere of dezelfde verzekeraar als die welke de Zorgverzekeringswet uitvoert. Pakketsamenstelling, polisvoorwaarden, acceptatiebeleid en premiestelling van zo'n aanvullende verzekering behoren tot de eigen bevoegd-

heden van de verzekeraar die de aanvullende verzekering aanbiedt. Wettelijke voorwaarden daarover kunnen op grond van de Europese schaderichtlijnen niet worden gesteld.

Een aandachtspunt is dat de verzekerdenmobiliteit die de regering wenst ten behoeve van een optimale werking van de mededinging onder druk kan komen te staan als de pakketomvang van de aanvullende verzekering te groot wordt in relatie tot de pakketomvang van de zorgverzekering. De algemene veronderstelling is dat er een verband is tussen de omvang van de aanvullende verzekeringen en de keuzevrijheid van de burgers. De keuzevrijheid kan in de praktijk zijn beperkt, indien de verzekerden naast de zorgverzekering ook aanvullende verzekeringen hebben bij dezelfde verzekeraar. Omdat voor een aanvullende verzekering geen acceptatieplicht kan gelden, kunnen verzekerden daarvoor te maken krijgen met pakketverschillen, met gehele of gedeeltelijke uitsluitingen of met hogere dan gemiddelde premies.

Naar de opvatting van de regering is evenwel de gekozen verhouding tussen het pakket van de voorgestelde zorgverzekering en een eventuele aanvullende verzekering zodanig dat zich geen overwegende problemen zullen voordoen, omdat de kosten van zorg die niet in de Zorgverzekeringswet is opgenomen, normaal gesproken door de betrokkene zelf gedragen kunnen worden. Wel zal de Minister van VWS de toezichthouder op de uitvoering van de Zorgverzekeringswet vragen eventuele problemen betreffende aanvullende verzekeringen te monitoren.

#### **e. rechtsbescherming**

De zorgverzekering die is geregeld in deze wet, is een privaatrechtelijke verzekering die tot stand komt door het sluiten van een overeenkomst door enerzijds een burger en anderzijds een zorgverzekeraar. Voor de geschillenbeslechting bij een privaatrechtelijke overeenkomst is de burgerlijke rechter bevoegd. Dat betekent dat een verzekerde het geschil afhankelijk van de hoogte van zijn vordering kan voorleggen aan de kantonrechter of aan de rechtbank. Voor de rechtbank is professionele rechtsbijstand verplicht. Indien een verzekerde het niet eens is met de uitspraak van de rechter, kan hij veelal hoger beroep instellen en ten slotte via een cassatieberoep de zaak voorleggen aan de Hoge Raad. Er zijn nadelen verbonden aan deze burgerlijke rechtsbescherming; toegang tot de rechter is kostbaar, procederen bij de rechtbank moet veelal met gebruikmaking van deskundigen, en de termijnen die ermee gemoeid zijn, kunnen in sommige gevallen heel lang zijn.

Om deze bezwaren te ondervangen en ook om de belasting van het rechterlijk apparaat zoveel mogelijk te beperken, voorziet het wetsvoorstel in een laagdrempelige mogelijkheid voor de verzekerde om geschillen met zijn zorgverzekeraar aan een onafhankelijke instantie voor te leggen. Daartoe legt het wetsvoorstel de zorgverzekeraars de verplichting op om aangesloten te zijn bij een onafhankelijke geschillencommissie die klachten van verzekerden over de uitvoering van de Zorgverzekeringswet in behandeling neemt. Die verplichting sluit aan bij de thans reeds bestaande geschillenregeling van het Klachteninstituut Verzekeringen, die verzekerden de mogelijkheid biedt om klachten over zorgverzekeraars voor te leggen aan de Ombudsman Zorgverzekeringen. De verzekerde moet zich tevoren met zijn klacht hebben gewend tot zijn zorgverzekeraar. De uitspraken van de ombudsman zijn weliswaar niet bindend, maar worden in de praktijk nagenoeg altijd gevolgd. Als de zorgverzekeraar een formeel advies van de ombudsman naast zich neerlegt, kan de verzekerde dat ter toetsing voorleggen aan de Raad van Toezicht. Een verzekerde die het niet eens is met de ombudsman, kan zich altijd alsnog tot de burgerlijke rechter wenden.

Er is geen rechtstreekse relatie tussen de rechtsbescherming van de burger zoals hiervoor omschreven en het hierna beschreven toezicht op het functioneren van de zorgverzekeraars. Wel is het zo dat de mate waarin zich geschillen voordoen, voor de toezichthoudende instantie een indicatie kan zijn dat de zorgverzekeraar mogelijk niet naar behoren functioneert.

De consequenties voor de rechterlijke macht zijn onderscheiden. In relatie tot de huidige ziekenfondsverzekering en de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen voor ambtenaren zal naar verwachting een vermindering optreden van de belasting van de rechterlijke macht, omdat er een verschuiving plaatsvindt van een beroep op de relatief laagdrempelige administratieve rechter naar een beroep op de relatief hoogdrempelige burgerlijke rechter. In relatie tot de huidige particuliere verzekeringsmarkt treedt geen verschil op. Alles bijeen genomen, ontstaat derhalve een verlichting voor de rechterlijke macht.

#### **f. de financiering**

De financiering van de zorgverzekering vindt plaats langs verscheidene wegen.

##### *Nominale premie*

Om te beginnen zijn alle verzekerden van achttien jaar of ouder voor wie een zorgverzekering is gesloten, een door de zorgverzekeraar vastgestelde, nominale premie verschuldigd. Die premie is niet afhankelijk van het inkomen van de verzekerde. De zorgverzekeraars zijn vrij in het bepalen van de hoogte van de premie. De hoogte kan verschillen voor de verschillende varianten van de verzekeringsovereenkomsten die zij op de markt aanbieden, maar moet voor ieder die kiest voor hetzelfde model, gelijk zijn.

Gelet op de hierna te beschrijven vereveningsregeling, zal in totaal, 50 procent van de totale macropremielast, minus de rijksbijdrage en de omvang van het niet uitgekeerde bedrag van de no-claimteruggaverregeling door de zorgverzekeraars door middel van de nominale premie moeten worden opgebracht. Hiertoe hanteert de regering een rekenpremie. Deze rekenpremie geeft het bedrag aan dat zorgverzekeraars bij hun verzekerden gemiddeld in rekening zouden moeten brengen om in beginsel alle kosten te dekken. De Minister van VWS maakt jaarlijks in de begroting een inschatting van de totale kosten van de Zorgverzekeringswet. De Minister van VWS stelt, gegeven bovenstaande uitgangspunten, jaarlijks het percentage van de inkomensafhankelijke bijdrage van verzekeringsplichtigen (zie hierna) en de hoogte van de rijksbijdrage vast. In tegenstelling tot de huidige situatie is de hoogte van de rekenpremie niet vrij vast te stellen, maar volgt deze uit het uitgangspunt dat 50 procent van de financiering geschiedt uit de inkomensafhankelijke bijdragen van verzekeringsplichtigen.

De inbreuk op de contractvrijheid die wordt veroorzaakt door de wettelijk voorgeschreven premievrijstelling voor personen jonger dan achttien jaar, acht de regering in Europeesrechtelijke zin gerechtvaardigd, omdat deze plaatsvindt ter voorkoming van ongewenste inkomenseffecten voor de verzekerden. Ongewenste effecten ten gevolge van deze premievrijstelling voor de zorgverzekeraars worden goeddeels gecompenseerd door een rijksbijdrage.

De nominale premie vervult een functie als prikkel voor een doelmatige zorgverlening, en wel in twee opzichten. Zorgverzekeraars kunnen zich daarmee qua prijs ten opzichte van hun concurrenten onderscheiden. Hoe doelmatiger een zorgverzekeraar zijn bedrijfsvoering regisseert en zorg inkoop, hoe aantrekkelijker de premiestelling voor zijn verzekerden kan

zijn. Daarnaast brengt de hoogte van de premie bij verzekerden het effect teweeg dat men scherper wordt geconfronteerd met de kosten van de zorg. Verzekerden en patiënten worden zo geprikkeld tot een kritische opstelling ten aanzien van prijs en kwaliteit van de geleverde diensten. De regering is van mening dat de nominale premiecomponent een voldoende omvang moet hebben om effectief te zijn als prikkel voor concurrentie tussen zorgverzekeraars en kostenbewustzijn bij de burgers.

Zorgverzekeraars hebben de keuze het pakket aan verzekerde zorg aan te bieden onder verschillende varianten. Deze varianten zien op de keuze voor de verzekerde voor een eventueel eigen risico en de keuze tussen restitutie of een naturamodel dan wel een combinatie daarvan. De zorgverzekeraar dient aan al zijn verzekerden die de keuze hebben gemaakt voor een bepaalde variant, hetzelfde bedrag aan nominale premie in rekening te brengen.

De zorgverzekeraars bepalen zelf de hoogte van de nominale premie per variant die zij aanbieden. Dus als zij een zorgverzekering aanbieden waarbij alle zorg in natura wordt geleverd, geldt voor iedere burger die opteert voor dat verzekeringsmodel een zelfde nominale premie. Als dezelfde zorgverzekeraar tevens een zorgverzekering aanbiedt met het restitutiemodel, dan kan de nominale premie voor dat verzekeringsmodel anders zijn dan die voor de zorgverzekering met zorg waartoe met zorgaanbieders overeenkomsten zijn gesloten, maar wel voor alle burgers die voor deze vorm opteren, gelijk.

Zoals eerder aangegeven kunnen mensen voor wie de hoogte van de nominale premie gezien hun inkomenssituatie problematisch is, op grond van de Wet op de zorgtoeslag voor een zorgtoeslag in aanmerking komen. Deze zorgtoeslag waarborgt dat niemand een groter deel van zijn inkomen aan ziektekostenpremie hoeft te betalen dan wat aan de hand van het voorstel als aanvaardbaar wordt berekend.

#### *De inkomensafhankelijke bijdrage*

Naast de nominale premie kent de Zorgverzekeringswet als financieringsbron een bij de verzekeringsplichtige geheven inkomensafhankelijke bijdrage. Deze bijdrage dekt in totaal 50 procent van de totale macropremielast. De inkomensafhankelijke bijdrage van verzekeringsplichtigen is verschuldigd over het loon en over daarmee gelijkgestelde inkomensbestanddelen. De inkomensafhankelijke bijdrage van verzekeringsplichtigen wordt geheven en geïnd door de Belastingdienst. Bij de inkomensafhankelijke bijdrage over het in de loonheffing betrokken loon zal de werkgever deze inkomensafhankelijke bijdrage inhouden op het loon en afdragen aan de Belastingdienst. Deze heffing en inning is vergelijkbaar met de systematiek die wordt gevolgd bij de heffing en inning van premies voor de volksverzekeringen. De inkomensafhankelijke bijdrage van verzekeringsplichtigen dient als voornaamste financieringsbron voor de vereveningsregeling (zie onderdeel g van dit hoofdstuk), naast de rijksbijdragen.

#### *Werkgeversbijdrage*

De Zorgverzekeringswet voorziet erin dat werkgevers bijdragen aan de financiering van de verzekering door middel van een verplichte vergoeding aan hun werknemers van de door deze werknemers verschuldigde inkomensafhankelijke bijdrage over nader aangewezen loon. Deze verplichting tot het verstrekken van een vergoeding geldt eveneens voor uitkeringsinstanties met betrekking tot de door de uitkeringsgerechtigden verschuldigde inkomensafhankelijke bijdrage over nader aan te wijzen uitkeringen.

De bovengenoemde werkgeversbijdrage is gebaseerd op de burger-

rechtelijke verantwoordelijkheid die werkgevers jegens hun werknemers dragen voor, onder meer, de kosten van medische zorg die nodig is als gevolg van omstandigheden die voortvloeien uit hun dienstbetrekking. De SER hanteert in zijn advies over een nieuw stelsel van ziektekostenverzekeringen als werkhypothese een werkgeversbijdrage van 50 procent van de premiesom. Daarbij stelde de SER dat groepen burgers er door de invoering van het nieuwe verzekeringsstelsel niet onbedoeld financieel op achteruit mogen gaan. De invulling die in de Zorgverzekeringswet aan de werkgeversbijdrage is gegeven, past binnen de kaders van het SER-advies, doordat de huidige werkgeversbijdrage voor de ziekenfondsverzekering en de gemiddelde werkgeversbijdrage in de particuliere ziektekostenverzekeringen zo goed mogelijk worden overgezet naar de nieuwe verzekering. Deze invulling van de werkgeversbijdrage beperkt de inkomensgevolgen van de stelselwijziging en beperkt daarmee ook de kosten van de compensatiemaatregelen met betrekking tot negatieve inkomenseffecten.

De werkgeversbijdrage heeft een verplicht karakter. Een vrijwillige werkgeversbijdrage zou leiden tot aanmerkelijk grotere inkomenseffecten, doordat deze per werknemer sterk uiteen kan gaan lopen. Het gevolg van een en ander zou zijn dat de premiestructuur voor iedere verzekerde verschillend zou zijn, hetgeen het sociale verzekeringskarakter van de Zorgverzekeringswet zou aantasten.

Voorkomen moet worden dat werkgevers te maken krijgen met dubbele lasten doordat zij naast de wettelijke werkgeversbijdrage ook nog in het kader van een arbeidsovereenkomst verplichtingen hebben op het vlak van bijdragen in de ziektekostenverzekering van hun werknemers. Daartoe zullen zodanige overeenkomsten tijdig moeten worden herzien. Daarom is de Stichting van de Arbeid door de Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, mede namens de Minister van VWS, schriftelijk op de hoogte gesteld van het voornemen tot invoering van de Zorgverzekeringswet per 1 januari 2006. Bestaande CAO's lopen doorgaans niet tot 2006 door. In de meeste sectoren zal dus in elk geval één keer opnieuw worden onderhandeld alvorens de Zorgverzekeringswet wordt ingevoerd. Bij zodanige onderhandelingen zal de tegemoetkoming in de ziektekosten van werknemers aan de orde kunnen komen. In het verleden hebben zich vergelijkbare situaties voorgedaan bij de invoering van de Wet premiedifferentiatie en marktwerking bij arbeidsongeschiktheidsverzekeringen (Wet Pemba) en de afschaffing van de zogeheten overhevelingstoeslag. Het is aan de sociale partners om te bezien of zij het wenselijk vinden nieuwe afspraken over tegemoetkoming in de ziektekosten van werknemers te maken.

De werkgeversbijdrage geldt in fiscale zin als inkomen voor de werknemer en zal dienovereenkomstig aan belastingheffing en premieheffing sociale verzekeringen zijn onderworpen.

#### *Rijksbijdragen*

De Zorgverzekeringswet kent een aantal rijksbijdragen ter medefinanciering van de verzekering. Voorzien wordt in een rijksbijdrage van voortsnog € 1,5 mld ter financiering van de premie van kinderen tot 18 jaar. Verder wordt de mogelijkheid geopend van een rijksbijdrage ter dekking van eventuele kosten voortvloeiend uit molestsituaties zoals oorlogsomstandigheden of terrorisme. Ten slotte is in de Zorgverzekeringswet de mogelijkheid opgenomen van een rijksbijdrage bij betalingsonmacht van een zorgverzekeraar.

#### *Financiële gevolgen voor verzekerden*

Buiten de premie en de eventueel door hen zelf af te dragen inkomensafhankelijke bijdrage van verzekeringsplichtigen kent de Zorgverzekeringswet nog andere financiële gevolgen voor de verzekerden. In de eerste



plaats geldt hier de zogenaamde no-claimteruggaveregelingsregeling. Op basis daarvan ontvangen verzekerden een deel van de door hen betaalde premie terug indien zij geen of weinig zorg consumeren. De regering acht het in Europeesrechtelijke zin gerechtvaardigd deze regeling, die haar oorsprong vindt in de publiekrechtelijke ziekenfondsverzekering<sup>1</sup>, over te nemen in de privaatrechtelijke zorgverzekering, vanuit het oogpunt van handhaving van de financiële houdbaarheid van het verzekeringsstelsel. Proportioneel is de maatregel naar de mening van de regering, omdat deze, zoals uiteengezet bij de parlementaire behandeling van het wetsvoorstel betreffende het invoeren van de no-claimteruggaaf in de ziekenfondsverzekering, een adequate mix biedt tussen enerzijds beoogde solidariteit en anderzijds gewenste eigen verantwoordelijkheid.

Voorts kunnen verzekerden te maken krijgen met een eigen betaling van een deel van de rekening. Dit is het geval als zij hebben gekozen voor een naturapolis en in plaats daarvan incidenteel kiezen voor de wettelijk geregelde mogelijkheid om zorg in te roepen bij een zorgaanbieder die geen overeenkomst heeft gesloten met de zorgverzekeraar. Daarnaast dienen verzekerden in sommige gevallen een zorggebonden eigen bijdrage te betalen, zoals die welke in de huidige ziekenfondsverzekering geldt bij geneesmiddelen en bepaalde hulpmiddelen.

Ten slotte kunnen verzekerden van achttien jaar of ouder opteren voor een eigen risico. De Zorgverzekeringswet bepaalt de mogelijke niveaus daarvan. Hiermee wordt bewerkstelligd dat de door de zorgverzekeraars aangeboden varianten makkelijk met elkaar zijn te vergelijken. Naar de opvatting van de regering rechtvaardigt de aldus bewerkstelligde transparantie deze inbreuk op de contracteervrijheid, terwijl de maatregel proportioneel mag worden geacht, omdat deze nog altijd een grote mate van vrijheid aan partijen laat.

De eigen bijdragen die de verzekerde verschuldigd is, bijvoorbeeld als hij opteert voor zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder terwijl zijn polis voor die zorgvorm voorziet in zorg door een zorgaanbieder met wie een overeenkomst is gesloten bij een zorgverzekeraar die het naturamodel toepast, tellen niet mee in de no-claimteruggaaf en het eigen risico van een verzekerde.

#### **g. de vereveningsregeling**

De acceptatieplicht die door de Zorgverzekeringswet aan de zorgverzekeraars wordt opgelegd, kan ertoe leiden dat er zorgverzekeraars zijn die een onevenredig groot aantal mensen met een slecht verzekeringsrisico in hun verzekeringsportefeuille krijgen. Om te voorkomen dat hieruit voor de zorgverzekeraar een financieel nadeel voortvloeit, acht de regering een goed systeem van risicoverevening onmisbaar. Daardoor wordt bewerkstelligd dat iedere door de zorgverzekeraar te accepteren burger voor hem een gelijk verzekeringsrisico vormt.

<sup>1</sup> Het betreft het bij Koninklijke boodschap van 22 maart 2004 ingediende voorstel van wet tot Wijziging van de Ziekenfondswet in verband met het invoeren van een no-claimteruggaaf voor verzekerden die geen of weinig gebruik hebben gemaakt van zorg waarop ingevolge die wet aanspraak bestaat (Kamerstukken II 2003/04, 29 483).

<sup>2</sup> State Aid Nr. 46/2003-Ireland. Inmiddels is tegen deze beschikking door de verzekeraar beroep ingesteld bij het Gerecht van eerste aanleg van de Europese Gemeenschappen, waarbij verzoekster zich er onder meer op beroept dat de Commissie ten onrechte niet heeft onderzocht of de bestreden risicoverdelingsregeling inbreuk maakt op de derde schaderichtlijn.

De regering houdt er rekening mee dat de vereveningsbijdrage in Europeesrechtelijk opzicht als een steunmaatregel gezien zou kunnen worden en dat deze aangemeld moet worden bij de Europese Commissie. De Europese Commissie zal op korte termijn gevraagd worden hierover een opvatting uit te spreken. Uiteraard zal geen vereveningsbijdrage uitgekeerd worden zonder dat de Europese Commissie zich over het karakter hiervan heeft uitgesproken. Overigens heeft de Europese Commissie in een beschikking inzake het Ierse stelsel van particuliere ziektekostenverzekeringen<sup>2</sup> uitgesproken dat betalingen in het kader van het risicovereveningssysteem geen staatssteun in de zin van artikel 87, eerste lid, EG-Verdrag behelzen, maar kunnen worden gezien als een noodzakelijke compensatie voor door de overheid opgelegde publieke dienstverplichtingen.

De financiële overdrachten dienen daarbij niet meer te zijn dan nodig om risicoverschillen te neutraliseren.

Verschillen tussen de premies die zorgverzekeraars in rekening brengen, hangen samen met de organisatie van de interne bedrijfsvoering van de zorgverzekeraars zelf en met de wijze van uitvoering van de zorgplicht. Om ervoor te zorgen dat zorgverzekeraars zo doelmatig mogelijk werken en dus een lage premie kunnen heffen, wordt bij de verdeling van de beschikbare premiemiddelen een systeem van ex ante risicoverevening gehanteerd waarbij verzekeraars in grote mate risicodragend zijn. Dit ex ante systeem is een belangrijke stimulans voor kostenbeheersing. Het prikkelt zorgverzekeraars tot doelmatige zorginkoop, omdat zij zich anders, gegeven hun beschikbare middelen, door hogere nominale premies uit de markt zouden prijzen.

De ervaringen die zijn opgedaan in meer dan tien jaar risicoverevening in de ziekenfondsverzekering, hebben aangetoond dat het gehanteerde systeem van ex ante risicoverevening in staat is om min of meer gelijke verzekeringsrisico's te bewerkstelligen. In het kader van de Zorgverzekeringswet zal een vereveningssysteem worden toegepast dat vergelijkbaar is met het vereveningssysteem in de huidige ziekenfondsverzekering. De hoofdlijnen van het vereveningssysteem zijn de volgende.

Het fonds waaruit aan de zorgverzekeraars gelden worden verstrekt ter verevening van ongelijke risico's, het Zorgverzekeringsfonds, wordt gevoed door de inkomensafhankelijke bijdrage van verzekeringsplichtigen en de rijksbijdragen. Jaarlijks worden de middelen uit het Zorgverzekeringsfonds verdeeld over de zorgverzekeraars. Deze wijze van verdelen wordt geregeld in een jaarlijkse ministeriële regeling. In de regeling wordt uitgegaan van de kostenramingen van de Zorgverzekeringswet, zoals opgenomen in de rijksbegroting, en een risicomodel voor de totale kosten van de Zorgverzekeringswet. Met dit model is het mogelijk – rekening houdend met de relevante achtergrondkenmerken van verzekerden – voor een zorgverzekeraar een inschatting te maken van zijn te verwachten kosten van de Zorgverzekeringswet. Deze uitkomst is de basis voor zijn uitkering uit het Zorgverzekeringsfonds. Door bij alle zorgverzekeraars op de verwachte kosten de opbrengst van de rekenpremie in mindering te brengen, wordt bereikt dat alle verzekeraars in min of meer gelijke uitgangsposities worden geplaatst.

De middelen uit het Zorgverzekeringsfonds worden over de zorgverzekeraars verdeeld op basis van een risicomodel met vooraf kenbare en voor iedere zorgverzekeraar gelijke criteria die volgens statistische methoden tot stand komen. Het gaat hier in ieder geval om leeftijd, geslacht, woonplaats en gezondheidscriteria gebaseerd op medicijngebruik en ziekenhuisopnamen in het verleden. Door het opnemen van gezondheidskenmerken hebben zorgverzekeraars er geen financieel nadeel van als ze zich door goed zorg te verlenen aan chronisch zieken, aantrekkelijk maken voor deze groepen. Anders geformuleerd: bewuste of onbewuste selectie van gunstige risico's wordt hiermee ontmoedigd dan wel ondervangen. De uitkering uit het Zorgverzekeringsfonds zorgt er dus voor dat kostenverschillen tussen zorgverzekeraars als gevolg van verschillen in kenmerken van verzekerden zoveel mogelijk worden weggenomen, terwijl kostenverschillen tussen zorgverzekeraars die voortvloeien uit bijvoorbeeld minder doelmatige zorginkoop, niet worden gecompenseerd.

In relatie tot onvolkomenheden in het risicomodel worden compensatiemechanismen toegepast. Op grond van de jarenlange ontwikkeling van het risicomodel, zoals toegepast in de ziekenfondsverzekering, en de mogelijkheden van zorgverzekeraars om kosten te beïnvloeden, is

besloten de compensatiemechanismen beperkt te houden zodat zorgverzekeraars in hoge mate risicodragend zullen zijn.

De mate waarin zorgverzekeraars kosten van hun verzekerden kunnen beïnvloeden, verschilt sterk per zorgvorm. Het financiële risico dat zorgverzekeraars lopen, zal daarom verschillen per kostensoort. Zo maakt het risicomodel bijvoorbeeld onderscheid tussen kosten voor onder andere huisartsenhulp, genees- en hulpmiddelen, variabele kosten van ziekenhuisverpleging en vaste kosten van ziekenhuisverpleging.

#### **h. beheer**

In het kader van de Zorgverzekeringswet wordt een instantie aangewezen die is belast met het dagelijks beheer van de uitvoering van de zorgverzekering. Het gaat hierbij om de volgende taken:

- pakketbeheer, in die zin dat de Minister van VWS wordt geadviseerd over ontwikkelingen in het medisch veld, die wijzigingen in het te verzekeren pakket gewenst zouden kunnen maken;
- uitvoering van de vereveningsregeling;
- registratie van verzekeraars die de Zorgverzekeringswet uitvoeren;
- beheer van het Zorgverzekeringsfonds;
- onderhouden van de administratieve en financiële relaties met andere staten die voortvloeien uit de toepassing van de Europese socialezekerheidsverordening nr. 1408/71 en bilaterale socialezekerheidsverdragen;
- verstrekken van subsidies en beheer van de uitgaven ten behoeve van gesubsidieerde zorg;
- informatievoorziening aan zorgverzekeraars zoals over ontwikkelingen in de (internationale) jurisprudentie.

Deze beheerstaak wordt opgedragen aan de instantie die deze taak in het kader van de ziekenfondsverzekering al vervulde en deze taak in het kader van de uitvoering van de AWBZ blijft vervullen; te weten het CVZ. Het CVZ functioneert onder politieke verantwoordelijkheid van de Minister van VWS.

#### **i. toezicht**

De noodzaak van een adequaat toezichtinstrumentarium spreekt vanzelf in een verzekeringssysteem waarin een belangrijke rol wordt toegekend aan de eigen verantwoordelijkheid van de betrokken partijen. Die verantwoordelijkheid moet tot uitdrukking komen in maatschappelijk verantwoord handelen, in verantwoording en verslaglegging over het gevoerde beleid en in een toetsbare opstelling. De verzekeraars en aanbieders geven daarmee inzicht in de wijze waarop zij uitvoering geven aan de wet respectievelijk zorg leveren aan degenen die op zorg zijn aangewezen. Voor de aanbieders van zorg is dit overigens niet in deze wet geregeld. Een wettelijk geregeld onafhankelijk toezicht op de verzekeraars en aanbieders van zorg is van belang voor het kunnen afleggen van verantwoording aan het parlement over het functioneren van het zorgstelsel als geheel. Dat toezicht verschaft de Minister van VWS, die verantwoordelijk is voor het functioneren van het zorgsysteem, immers de noodzakelijke informatie om zich over het functioneren van het stelsel als geheel een oordeel te kunnen vormen. Een toezicht overigens, dat waar het de verzekeraars betreft, een ander karakter heeft dan het bestaande toezicht dat zo kenmerkend is voor het publiekrechtelijke systeem van ziekenfondsen. De privaatrechtelijke vormgeving van het stelsel en meer marktwerking als belangrijk sturingsinstrument voor een doelmatig en op de vraag van de verzekerden en zorggebruikers afgestemd zorgstelsel, stellen eigen eisen aan de inrichting van het toezicht. Het kabinet heeft zich dan ook beraden op de wenselijkheid van een herijking en herschikking van taken en

bevoegdheden van de toezichhouders in de zorgsector om te komen tot een logische clustering van functies en taken die hieruit voortvloeien.

### *1. Algemene uitgangspunten voor het toezicht*

In het kader van de zorg is een viertal toezichtdomeinen aan de orde. Er is sprake van toezicht op financiële markten, toezicht op verzekeraars bij de uitvoering van de Zorgverzekeringswet, het toezicht op het ontwikkelen van markten en de mededinging bij zorgverzekeraars en zorgaanbieders, en tot slot het toezicht op de kwaliteit van de (verleende) zorg. In de beschrijving van de algemene uitgangspunten voor het toezicht is waar nodig een onderscheid gemaakt in toezicht op verzekeraars en toezicht op aanbieders van zorg.

#### *Toezicht op de financiële markten*

De verzekeraars die de Zorgverzekeringswet uitvoeren, zijn private verzekeringsondernemingen. Op deze verzekeraars is dan ook de wetgeving voor het toezicht op de particuliere verzekeraars, zoals vastgelegd in de Wtv 1993, van toepassing. Dat omvat in de eerste plaats het verlenen van een vergunning tot het uitoefenen van het verzekeringsbedrijf in de branches ongevallen en ziekte, en het prudentieel toezicht. Dit toezicht bewerkstelligt dat er solide private zorgverzekeraars zijn.

Het prudentieel toezicht op private verzekeringsondernemingen is opgedragen aan de PVK.<sup>1</sup> Als het een verzekeringsonderneming betreft met een zetel in een andere lidstaat van de EU, wordt het toezicht uitgeoefend door de toezichthoudende instantie in de lidstaat van de zetel. Het gaat bij deze toezichtvorm vooral om de vraag of de financiële positie van de verzekeraars voldoende is om de aangegane verplichtingen te dekken. Daarnaast gaat het om de vraag of bedrijfsprocessen dusdanig zijn ingericht dat de continuïteit van de zorgverzekeraars gewaarborgd is, zodat deze ook in de toekomst aan deze verplichtingen zullen kunnen voldoen. Hiervoor worden de administratieve organisatie en de interne controlemechanismen getoetst en van voorschriften voorzien. De administratie van de verzekeraars is daardoor ingericht op een zodanige wijze dat deze voldoende inzicht geeft om het toezicht te kunnen uitoefenen.

Het toezicht op particuliere verzekeraars omvat in de tweede plaats ook het toezicht op een deugdelijke financiële dienstverlening, zowel voor zorgverzekeraars als assurantietussenpersonen en andere distributiekanaalen. Dit zogeheten financiële-marktengedragtoezicht is opgedragen aan de Autoriteit Financiële Markten (AFM). Bij deze toezichtvorm gaat het om de basisvereisten waaraan financiële marktpartijen moeten voldoen om een fatsoenlijk distributiekanaal van financiële producten te waarborgen. Het gaat dan vooral om de vraag of de verzekeraar verzekerden goed voorlicht over de verzekeringspolis en of hij bij de verkoop van de verzekeringspolis de aspirant-verzekerde goed informeert over onder meer de mogelijkheden en de verschuldigde premies bij de verschillende polissen. Hiermee is wettelijk geborgd dat de distributie van zorgverzekeringen op een goede manier plaatsvindt.<sup>2</sup> De Minister van Financiën draagt de politieke verantwoordelijkheid voor het toezicht op particuliere verzekeraars. Deze aspecten hoeven niet apart in de Zorgverzekeringswet te worden geregeld, maar vloeien direct voort uit de uitvoering van de zorgverzekering door private zorgverzekeraars waardoor de Wtv 1993 van toepassing is.

#### *Toezicht op de uitvoering van de wet door de zorgverzekeraars: borging van publieke belangen*

De Minister van VWS is verantwoording verschuldigd aan de Tweede Kamer over de opzet en de werking van de Zorgverzekeringswet. Hij zendt

<sup>1</sup> De Minister van Financiën is verantwoordelijk voor de PVK. Het is de bedoeling dat de PVK in de loop van 2004 zal samengaan met De Nederlandsche Bank. Zie hiervoor: Kamerstukken II 2003/04, 29 411.

<sup>2</sup> Daarnaast is de AFM verantwoordelijk voor het effectentypische gedragtoezicht met waarborgen voor een integere inrichting van het beleggingsbedrijf van – in dit geval – zorgverzekeraars.

daarom verantwoordingsinformatie naar de Kamer die vooral betrekking heeft op de behartiging van de publieke belangen die met de Zorgverzekeringswet zijn gewaarborgd. Bij de uitvoering van de Zorgverzekeringswet door de zorgverzekeraar gaat het daarbij in hoofdzaak om het nakomen van de acceptatieplicht, het verbod op premiedifferentiatie, de zorgplicht en om de vraag of de polis, de privaatrechtelijke overeenkomst tussen de verzekeraar en de verzekerde, niet meer maar ook niet minder biedt dan wat ingevolge de Zorgverzekeringswet verzekerd dient te zijn. Andere relevante aspecten zijn de vraag of de opgave van het verzekerdenbestand in verband met de verevening en de vraag of het gedrag ten aanzien van collectieve contracten correct is. Gelet op deze verantwoordelijkheid van de Minister en zijn informatieverplichting aan de Kamer kan dit alleen goed worden vorm gegeven vanuit een vastgelegde visie van de Minister van VWS op het uit te oefenen toezicht. Zoals hiervoor al aan de orde is gekomen, kiest de regering voor een privaatrechtelijke standaardverzekering voor curatieve zorg die wordt uitgevoerd door onderling concurrerende verzekeraars. De regering is van mening dat het door de keuze voor een privaatrechtelijke verzekering waarbij een grotere verantwoordelijkheid is ingeruimd voor verzekeraars die winst mogen maken, niet past toezicht uit te oefenen op de doelmatigheid van de uitvoering van de verzekering. Er kan in dit opzicht geen taak voor de overheid liggen om de ondernemer bij de hand te nemen om tot een succesvolle bedrijfsvoering te komen. De tucht van de markt wijst uit of de zorgverzekeraar al dan niet doelmatig werkt. Daarnaast impliceert dit dat de overheid in de sfeer van het rechtmatigheidstoezicht niet langer een soortgelijke financiële verantwoording van verzekeraars kan vergen als van de huidige ziekenfondsen wordt verlangd. Kernpunt in de sfeer van het rechtmatigheidstoezicht op de nieuwe zorgverzekering is daarom dat de overheid zich ervan vergewist dat de zorgverzekeraar zijn plicht nakomt om de verzekerde te leveren waar hij volgens de Zorgverzekeringswet recht op heeft (dit is het toezicht op de naleving van de publieke waarborgen). Inzicht in de rechtmatige besteding van de middelen door de verzekeraars wordt niet langer nagestreefd. Juridisch gezien ziet het kabinet hiervoor een grond in de privaatrechtelijke sfeer waarin de feitelijke verzekering tot stand komt. De uitvoering van de verzekering hangt af van private overeenkomsten. Zodoende is sprake van een domein waar de overheid niet dieper moet kijken dan wat de wet regelt. Dit uitgangspunt leidt tot een andere inrichting van het rechtmatigheidstoezicht onder de Zorgverzekeringswet dan thans bestaat onder de Zfw. Voor de toezichthouder betekent dit een andere wijze van werken. De consequenties van het door de regering gekozen uitgangspunt blijven echter niet beperkt tot de werkwijze van de toezichthouder. Ook de positie van de Algemene Rekenkamer dient in dit verband te worden gezien. De Comptabiliteitswet 2001 geeft de Algemene Rekenkamer de bevoegdheid om onder meer onderzoeken in te stellen bij zorgverzekeraars, gelet op het feit dat zij rechtspersonen met een wettelijke taak zijn. Deze onderzoeken kunnen zich uitstrekken tot het handelen van de zorgverzekeraars en tot de rechtmatigheid van de bij de zorgverzekeraars inkomende en uitgaande geldstromen. Waar de toezichthouder onder de Zorgverzekeringswet niet wordt geacht de rechtmatigheid van alle uitgaven van de zorgverzekeraars vast te stellen, acht de regering het ongewenst dat de Algemene Rekenkamer dat op grond van zijn bevoegdheden uit hoofde van een andere wet wél zou gaan doen. Om ieder mogelijk misverstand over de reikwijdte van het toezicht op de zorgverzekeraars te vermijden, worden daarom in dit wetsvoorstel de bevoegdheden van de Algemene Rekenkamer aangepast.

Bij het hiervoor beschreven uitgangspunt past dat niet de beoordeling van inkomsten en uitgaven van zorgverzekeraars, maar een beoordeling van hun prestaties een centrale plaats zal innemen in de toezichtvisie van de Minister van VWS. Deze wijze van invulling van het rechtmatigheids-

toezicht wordt ondersteund door een samenhangend geheel van checks and balances in het zorgstelsel. Daarbinnen hebben verzekeraars en verzekerden immers een grote mate van eigen verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de verzekering. Verzekeraars moeten in onderlinge concurrentie als belangenbehartiger voor hun verzekerden optreden. Dit vereist dat zij zich van elkaar kunnen onderscheiden door de aangeboden polissen en de daarbij horende nominale premies, door de kwaliteit van het eigen verzekeringsbedrijf en door doelmatige zorginkoop. Verzekerden dienen kritisch te zijn over de prijs en de kwaliteit van de geleverde diensten door verzekeraars. Door de introductie van onder andere de *Report Card Verzekeraars* kunnen verzekerden gemakkelijker de prestaties van verzekeraars met elkaar vergelijken. Mochten de resultaten uit die *Report Card* daar aanleiding toe geven, dan kunnen verzekerden mede op grond hiervan besluiten om van zorgverzekeraar te wisselen. Dat kan jaarlijks. Dit prikkelt verzekeraars op hun beurt tot een efficiënte bedrijfsvoering en de reeds genoemde doelmatige zorginkoop.

Het ligt voor de hand om bij het uitoefenen van toezicht zoveel mogelijk gebruik te maken van of aan te sluiten op horizontale verantwoordingslijnen. Hiermee wordt bedoeld op de verantwoording aan een intern toezichtorgaan en de informatievoorziening aan de eigen verzekerden. Aan de branche zal worden gevraagd met een voorstel voor een uitwerking van «corporate governance» in de zorgverzekeringssector te komen. Hierdoor ontstaan ook betere mogelijkheden de informatievraag richting de zorgverzekeraar in de vorm van een uitvoeringsverslag, dat de zorgverzekeraars op grond van deze wet moeten opstellen, specifiek te richten op het presteren van de zorgverzekeraar. De Minister van VWS baseert vervolgens zijn oordeel over werking van de zorgverzekering op de oordelen van de toezichthouders. Daarnaast geldt overigens de voor deze branche gebruikelijke financiële verantwoording.

Voor de aspecten die cruciaal zijn voor het borgen van de publieke belangen moet dit oordeel komen van een sectorspecifieke toezichthouder die het veld van zorgverzekeraars en de zorgverzekering goed kent. Deze taak ligt thans bij het CTZ.

#### *Toezicht op het ontwikkelen van markten en mededingingstoezicht*

Het algemene mededingingstoezicht is geregeld in de Mededingingswet (Mw) en betreft zowel de zorgverzekeraars als de aanbieders van zorg. De NMa is belast met het toezicht op de naleving door zorgverzekeraars van de Mw. Een belangrijke taak en verantwoordelijkheid voor de overheid betreft het wegnemen van de barrières die marktwerking in de weg staan, dan wel het «maken» van markten waar die markten nog niet voldoen aan de criteria voor marktwerking. Het gaat hier om het bevorderen van marktwerking door het versterken van de positie van de verzekerde, alsook door het slechten van toetredingsbelemmeringen en het vergroten van transparantie. Meer in algemene zin is het zaak om de transparantie op de zorgmarkt zodanig te bevorderen dat de burgers keuzes die zij in het kader van de Zorgverzekeringswet moeten maken, goed kunnen afwegen. Voor de werking van het systeem is het immers van groot belang dat verzekerden gaan «stemmen met de voeten». Om dit te bevorderen zal de nog op te richten Zorgautoriteit worden opgedragen om deze specifieke «marktmeestertaak» te gaan vervullen. Deze taak zal worden vastgelegd in de wet waarmee deze instantie wordt ingesteld.

#### *Toezicht op de kwaliteit van de zorg*

Kwaliteit is een begrip met verschillende dimensies. Dat uit zich ook in de wijze waarop toezicht op de kwaliteit vorm en inhoud krijgt.

De eerste dimensie is de kwaliteit van de volksgezondheid. Het gaat hierbij onder meer om de staat van de volksgezondheid in het algemeen en om wettelijke voorschriften ten aanzien van de hygiëne, het voorkomen van infecties en dergelijke die aanbieders van zorg moeten

naleven. Toezicht op het bestaan en de naleving van deze voorschriften door de zorgaanbieders, is bij uitstek het terrein van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) als bewaker van de volksgezondheid. De tweede dimensie is de kwaliteit van het medisch professioneel handelen. Het gaat hierbij om zaken als de bevoegdheid tot het verrichten van medische handelingen, de ontwikkeling van «evidence based» behandelprotocollen en richtlijnen en de inzet en het gebruik van medische apparatuur. Voor deze aspecten legt de wetgever de zorgaanbieders kwaliteitscriteria op, gericht op het leveren van verantwoorde zorg van goed niveau, die doeltreffend en doelmatig moet worden verleend en die is afgestemd op de wensen van de zorgvrager.<sup>1</sup> Ook daarop ziet de IGZ toe. Een zorgverzekeraar zal de klachten van zijn verzekerden over de zorglevering serieus moeten nemen. Hij zal daaruit lering trekken voor zijn opstelling jegens de zorgaanbieders. Dit kan bijvoorbeeld van invloed zijn op zijn beleid om overeenkomsten te sluiten en op de inhoud van die overeenkomsten.

## *2. Regeling van de uitoefening van het toezicht op de zorgverzekeraars*

### *Een nieuwe structuur voor de uitoefening van het toezicht*

Zoals hiervoor al is opgemerkt heeft het kabinet zich gebogen over de vraag wat een logische clustering van functies en taken zou zijn voor de aansturing en het toezicht op de uitvoerders van de Zorgverzekeringswet. Een belangrijk uitgangspunt daarbij is een transparante organisatie van het toezicht.

De PVK zal vergunningen verlenen aan verzekeraars die de Zorgverzekeringswet willen uitvoeren. Daarnaast zal de PVK het prudentieel toezicht uitoefenen. Het uitoefenen van het toezicht op verzekeraars dat betrekking heeft op het borgen van publieke belangen, beschouwt het kabinet als een natuurlijke metgezel van het toezicht op het ontwikkelen van markten. Het kabinet is daarom van mening dat het toezicht op de borging van de publieke belangen samen met het toezicht op marktgedrag moet worden uitgevoerd door de Zorgautoriteit. De Zorgautoriteit wordt bovendien volledig verantwoordelijk voor het uitoefenen van het zorgspecifieke gedragstoezicht op de zorgverzekeraars. Indien het zorgspecifieke gedrags- toezicht van de Zorgautoriteit en het generieke financiële-marktgedrags- toezicht van de AFM elkaar toch zouden dreigen te raken met risico's voor onnodige administratieve lasten of inconsistenties vanuit de overheid, zullen zij zorgdragen voor de noodzakelijke afstemming. Het toezicht van de Zorgautoriteit op de zorgverzekeraars bevat dus de volgende vormen van toezicht: het sectorspecifieke markttoezicht, het toezicht op de uitvoering van de Zorgverzekeringswet en tot slot het zorgspecifieke gedrags- toezicht. Deze vormen van toezicht komen hierdoor bij de Zorgautoriteit in één hand. Door de bundeling van deze functies ontstaat een goede garantie voor een evenwichtige invulling van de erbij betrokken taken. Het kabinet heeft besloten om de regeling van dit toezicht en de organen die daarmee zullen worden belast vast te leggen in een wet waarmee de Zorgautoriteit wordt ingesteld. Het toezicht op de mededinging zal worden uitgeoefend door de NMa.

Volledigheidshalve zij er op gewezen dat het toezichtdomein van de Zorgautoriteit niet alleen de verzekeringsmarkt omvat, maar ook de zorgverleningsmarkt en de zorginkoopmarkt. De zorgautoriteit oefent op al deze markten het sectorspecifieke markttoezicht uit. Eenvoudig geformuleerd kunnen daarbij twee situaties worden onderscheiden. In de eerste plaats gaat het om het bevorderen en bewaken van de concurrentie in die delen van de zorg waar al sprake is van vrije prijsvorming. In de tweede plaats gaat het om het verbeteren van de prestaties in die delen van de zorg waar (nog) geen vrije prijsvorming bestaat en het voorbereiden op

---

<sup>1</sup> Onder andere Kwaliteitswet zorginstellingen.

een situatie waarin wel sprake is van vrije prijsvorming. Zoals hiervoor al aan de orde is geweest, kijkt de Zorgautoriteit bij het toezicht op de zorgverzekeringsmarkt bovendien naar de uitvoering van de Zorgverzekeringswet door de zorgverzekeraars en oefent ze het zorgspecifieke gedragstoezicht uit.<sup>1</sup> Het voorgaande betekent dat de Zorgautoriteit ook naar de verhoudingen tussen de actoren op de onderscheiden markten in de zorg zal kijken.

Schematisch ziet een en ander er als volgt uit (daarbij is volledigheidshalve ook de organisatie van het huidige toezicht opgenomen):

Huidige situatie: Zfw, particuliere verzekeringen en publiekrechtelijke regelingen			Situatie 2006: Zorgverzekeringswet <sup>1</sup>	
Categorie	Functie	Wie	Functie	Nieuwe structuur  Wie
Toelating	Vergunning particuliere zorgverzekeraars Toelating ziekenfondsen	PVK CVZ	Vergunning zorgverzekeraars	PVK
Soliditeit	Prudentieel toezicht op de particuliere zorgverzekeraars	PVK	Prudentieel toezicht op de zorg- verzekeraars <sup>2</sup>	PVK
Gedrag	Toeziht op de soliditeit van ziekenfondsen Gedragstoezicht op particuliere verzeke- raars in verband met informatiebelangen van de klant <sup>3</sup>	CTZ AFM	Zorgspecifiek gedragstoezicht op zorg- verzekeraars in verband met informatie- belangen van de klant	Zorgautoriteit
Rechtmatigheid	Toeziht op rechtmatige uitvoering van de Zfw: rechtmatige besteding (aanvaardbaar- heid) van middelen	CTZ	Toeziht op «rechtmatige» uitvoering van de Zorgverzekeringswet <sup>4</sup> : naleving van de zorgplicht, acceptatieplicht en andere wettelijke eisen. Zorgautoriteit	–
Doelmatigheid	Toeziht op doelmatige uitvoering van de Zfw	CTZ	Geen doelmatigheidstoeziht	–
Marktontwikkeling			Toeziht op het ontwikkelen van de verzekeraarsmarkt	Zorgautoriteit
Mededinging	Toeziht op zorgverzekeraars op basis van de Mededingingswet	NMa	Toeziht op zorgverzekeraars op basis van de Mededingingswet	NMa

<sup>1</sup> Volledigheidshalve zij er op gewezen dat de twee kolommen onder het kopje «situatie 2006: Zorgverzekeringswet» louter weergeven welke toezicht-  
houder verantwoordelijk is voor de onderscheiden functie. De taken van de genoemde toezichthouders worden niet in de Zorgverzekeringswet  
geregeld maar elders.

<sup>2</sup> Met ingang van 2005 wordt het toezicht op zorgverzekeraars (en andere financiële dienstverleners) gesplitst in structuurtoezicht (solvabiliteit,  
integriteit en bekwaamheid bestuurders etc.) en gedragstoezicht.

<sup>3</sup> Het gedragstoezicht is primair gericht op het verschaffen van adequate informatie aan (aspirant-)verzekerden over producten en risico's.

<sup>4</sup> Alsmede de AWBZ.

#### *Afstemming Zorgverzekeringswet en wetsvoorstel instelling Zorgautoriteit*

Het kabinet streeft er naar het wetsvoorstel dat de instelling van de Zorg-  
autoriteit regelt op 1 januari 2006 in werking te laten treden. De aanbie-  
ding aan het parlement van dit wetsvoorstel zal echter op een later tijdstip  
liggen dan het moment van aanbidding van de Zorgverzekeringswet. Van  
de eventuele gevolgen van een latere behandeling van het voorstel van  
wet inzake de instelling van de Zorgautoriteit heeft het kabinet zich reken-  
schap gegeven. Mocht die situatie zich onverhoopt voordoen, dan zal de  
PVK het prudentieel toezicht uitoefenen en het CTZ het toezicht op de  
uitvoering van de Zorgverzekeringswet door verzekeraars en zorgspeci-  
fieke gedragstoezicht. Het CTZ beschikt uit hoofde van zijn toezichthou-  
dende taak op grond van de Zorgverzekeringswet over verschillende  
maatregelen die uiteenlopen van het opleggen van een bestuurlijke boete  
tot het geven van een aanwijzing of het opleggen van een last onder  
dwangsom. Waar nodig zullen het CTZ, CVZ en de PVK hun activiteiten op  
elkaar afstemmen. Bovendien zullen het CTZ en de AFM zorgdragen voor  
de noodzakelijke afstemming van het uitoefenen van het gedragstoezicht  
op de zorgverzekeraars.

Het kabinet ziet erop toe dat het toezicht op de verzekering op basis van  
de AWBZ op de juiste wijze wordt gecontinueerd.

Na inwerkingtreding van de wet inzake de instelling van de Zorgautoriteit

<sup>1</sup> Brief van de Minister van VWS van 10 sep-  
tember 2004, kenmerk Z/PB-2516069.



zullen het sectorspecifieke toezicht, het toezicht op het marktfunctioneren en het zorgspecifieke gedragstoezicht door de Zorgautoriteit worden behartigd.

In praktische zin betekent deze verandering dat de taken van het CTZ, zoals die in deze wet zijn gemoderniseerd ten opzichte van de situatie zoals die gold voor de ziekenfondsverzekering, worden geïntegreerd in de werkzaamheden van de Zorgautoriteit. Ook het CTG gaat na wetswijziging op in de Zorgautoriteit.

## **VI Grensoverschrijdende zorg**

Door de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet wordt de gehele bevolking opgenomen in een sociale ziektekostenverzekering. Daarmee komt een einde aan de in Europa unieke positie van Nederland waarbij circa 30 procent van de bevolking voor de geneeskundige zorg is aangewezen op het sluiten van een particuliere verzekering op de vrije markt. De Zorgverzekeringswet zal bij de Europese Commissie worden aangemeld als socialeverzekeringswet in de zin van de Europese socialezekerheidsverordening nr. 1408/71. Daaruit kan voortvloeien dat mensen die buiten Nederland wonen, onderworpen raken aan de Nederlandse socialezekerheidswetgeving en daardoor de verplichting krijgen om een zorgverzekering te sluiten. Dat betreft de categorie van personen die in Nederland werken. Deze personen zijn op grond van de Nederlandse wetgeving premie verschuldigd.

Daarnaast is er een categorie van personen die niet in Nederland werken, maar die als rechthebbende op een Nederlands pensioen als gevolg van de toepassing van de Europese socialezekerheidsverordening of een socialezekerheidsverdrag in het woonland, recht hebben op zorg ten laste van Nederland. Tegenover dit verdragsrecht op zorg is in de desbetreffende internationale regelingen bepaald dat de staat die de kosten voor de medische zorg voor zijn rekening moet nemen, daarvoor premie in rekening mag brengen. In het wetsvoorstel is de basis voor deze premieheffing gelegd. Beoogd wordt voor deze categorie een nominale premie vast te stellen, gebaseerd op de gemiddeld in Nederland in rekening gebrachte premie. De inkomensafhankelijke bijdrage van verzekeringsplichtigen wordt op dezelfde wijze geheven als het geval is bij mensen die in Nederland wonen.

De Europese socialezekerheidsverordening en de door Nederland gesloten socialezekerheidsverdragen schrijven voor dat de medische zorg waarop iemand op grond van de verordening of een verdrag recht heeft, wordt verleend overeenkomstig de regels die gelden krachtens de sociale ziektekostenverzekering van het land waar die zorg wordt verleend. Dus een Nederlandse verzekerde die woont of verblijft in bijvoorbeeld Frankrijk, krijgt van de Franse sociale ziektekostenverzekering medische zorg overeenkomstig de Franse wetgeving. De kosten van die zorg komen ten laste van de Nederlandse zorgverzekering. Voor de voormalig ziekenfondsverzekerden is dit een bekend fenomeen, voor de voormalig particulier verzekerden is dit een nieuwe situatie.

Voor mensen die in het buitenland wonen en op grond van een door Nederland met een ander land gesloten socialezekerheidsverdrag of de Europese socialezekerheidsverordening recht hebben op medische zorg ten laste van Nederland, wordt geregeld dat zij zich moeten registreren bij het CVZ. Dat College regelt vervolgens met het andere land de afwikkeling van de kosten die dat andere land maakt voor de medische verzorging van de betrokkene. Deze situatie wijkt af van de huidige situatie in de ziekenfondsverzekering, waarbij de betrokkenen de verplichting hebben zich in te schrijven bij een aangewezen ziekenfonds. Omdat een zodanige aanwijzing in de nieuwe situatie van de Zorgverzekeringswet gezien kan worden

als een verstoring van de marktverhoudingen en een zorgverzekeraar geen invloed kan uitoefenen op de zorgconsumptie en de kosten daarvan in het andere land, is gekozen voor registratie bij het CVZ. Hiermee is een «marktneutrale» oplossing gevonden waarbij, wat betreft de premie die betrokkenen moeten betalen, de winstcomponent buiten beschouwing kan blijven. Het College heeft hiertoe desgevraagd geadviseerd in het rapport «Internationale aspecten Zorgverzekeringswet» van 29 januari 2004, volgnummer 23098110.

Daarnaast is het nodig om op internationaal niveau een regeling te treffen voor de situatie waarin buitenlandse sociaal verzekerden medische zorg nodig hebben in Nederland. Ook hier geldt de regel dat die buitenlandse verzekerden in Nederland zorg krijgen volgens de Nederlandse wetgeving. De Zorgverzekeringswet biedt echter een scala van mogelijkheden aan de burger om zelf een variant van de zorgverzekering te kiezen, zodat niet zonder meer duidelijk is wat de regels zijn volgens welke de medische zorg in Nederland aan een buitenlandse verzekerde moet worden verleend. Zo zal onder meer bepaald moeten worden op welke manier de functiegericht omschreven verzekeringsrechten moeten worden geduid en of de zorg in natura moet worden verleend dan wel dat aan de betrokkene de kosten moeten worden terugbetaald voor de zorg die hij zelf heeft ingeroepen. Om te bepalen waarop de buitenlandse verzekerden in Nederland aanspraak hebben, zal Nederland aan de andere lidstaten van de Europese Unie en de landen waarmee Nederland bilaterale socialezekerheidsverdragen over het verlenen van medische zorg heeft gesloten, voorstellen om een modelovereenkomst in het kader van de met die landen geldende internationale regelingen vast te stellen. Daarbij zal worden aangesloten aan de internationale oplossingen die zijn gevonden door Zwitserland, dat een verzekeringsstelsel kent dat sterk overeenkomt met dat van de Zorgverzekeringswet.

## **VII Transparantie in het verzekeringsstelsel**

De Zorgverzekeringswet biedt de burgers een scala van keuzemogelijkheden om daarmee hun eigen verantwoordelijkheid in het zorgstelsel tot uitdrukking te brengen. Het gaat om:

- keuze voor een zorgverzekeraar;
- keuze uit premie en eigen risico;
- keuze voor natura of restitutie;
- keuze van zorgaanbieders.

Om zijn keuze bewust te kunnen maken, moet het de burger mogelijk zijn heldere afwegingen te maken. Op grond van de Zorgverzekeringswet moet een zorgverzekeraar daarom alle varianten van de zorgverzekering die hij op de markt brengt in modelovereenkomsten neerleggen, die hij aan de (aspirant) verzekerden en aan het CTZ beschikbaar stelt. Op grond van de Zorgverzekeringswet geldt bovendien, dat een verzekering pas een zorgverzekering is, indien de verzekering aan het bij of krachtens de Zorgverzekeringswet geregelde voldoet. In combinatie leiden deze twee voorwaarden ertoe, dat in de modelovereenkomsten aan alle in de hoofdstukken 2 en 3 van de Zorgverzekeringswet aan zorgverzekeringen gestelde eisen moeten voldoen (anders is een volgens zo'n model gesloten overeenkomst immers geen zorgverzekering).

Het is niet nodig om in lagere regelgeving te bepalen wat in de modelovereenkomsten moet staan. Wat er in die modellen moet staan, volgt immers al uit de wet. Bovendien zou dit, voorzover in de algemene maatregel van bestuur ook eisen zouden worden gesteld die verder gaan dan wat uit de wet volgt (eisen aan de administratieve procedures, aan de volgorde van in het model op te nemen onderwerpen, en dergelijke.) in

strijd kunnen komen met de Europese schaderichtlijnen, omdat de vrijheid van zorgverzekeraars zonder goede rechtvaardigingsgrond wordt belemmerd.

Via deze systematiek wordt gewaarborgd dat (aspirant-)verzekerden kunnen beschikken over alle op de markt gebrachte polissen. Dat sluit nog niet uit, dat er een groot aantal verschillende varianten van de zorgverzekering op de markt wordt gebracht. Dat dit kan, vloeit echter voort uit de beleidsruimte die de verzekeraar met de Zorgverzekeringwet wordt gegeven (bijvoorbeeld ten aanzien van natura/restitutie, aanbieden eigen risico, aanbieden collectiviteitskortingen). Het is echter nog maar de vraag of er werkelijk een onoverzichtelijk woud aan verschillende varianten zal ontstaan. Zou de regering, zonder af te wachten of intransparantie werkelijk zal optreden, nu al regels gaan stellen die de vrijheid in het aantal op de markt te brengen varianten zou beperken, dan zou dat in strijd komen met de Europese schaderichtlijnen.

Bovendien regelt de Zorgverzekeringwet dat er voor de verzekeringsplichtigen een vergelijkend overzicht beschikbaar komt met de kerngegevens die voor hen van belang zijn bij het bepalen van een keuze voor een zorgverzekeraar. Daarbij gaat het om aspecten van de zorgverzekeringsovereenkomst als de premie die de verschillende zorgverzekeraars voor onderscheiden varianten in rekening brengen, de snelheid waarmee ze de verzekerde zorg leveren indien er van gecontracteerde zorg sprake is dan wel de snelheid waarmee zij restitueren indien er van een restitutiepolis sprake is. Ook de publieksvriendelijkheid in algemene zin zoals telefonische bereikbaarheid, afwikkeling van klachten en bejegening van verzekerden behoort hier toe. Deze taak wordt vooralsnog opgedragen aan het CTZ en zal met de inwerkingtreding van de Wet op de Zorgautoriteit komen te berusten bij de Zorgautoriteit.

Ook particuliere initiatieven op het gebied van de consumenteninformatie zoals de *Report Card Verzekeraars* die momenteel door de Consumentenbond wordt ontwikkeld, verdienen in dit verband vermelding. Verder is de Consumentenbond nu al bezig een website op te zetten waarin verschillende ziektekostenverzekeringen met elkaar vergeleken kunnen worden. Bij het bepalen van zijn keuze kan de burger zoals gezegd steun vinden bij de vergelijkingen die door de Consumentenbond worden gemaakt van de pakketten van de zorgverzekeraars. Het Ministerie van VWS ondersteunt financieel de ontwikkeling van deze vergelijkende overzichten door de Consumentenbond. Het CTZ (later de Zorgautoriteit) heeft tot taak om, eventueel in aanvulling op particuliere initiatieven, aan de burger vergelijkende overzichten ter beschikking te stellen met betrekking tot de inhoud van de door de onderscheiden zorgverzekeraars aangeboden modelovereenkomsten.

### **VIII Gegevensuitwisseling**

Ten einde de diverse actoren die bij de uitvoering van de Zorgverzekeringwet zijn betrokken, van de benodigde informatie voor beleidsvorming en uitvoering van de wet te voorzien, is een aantal informatiebepalingen opgenomen. Hierin wordt voorgeschreven dat informatie moet worden verstrekt en wie deze informatie aan wie dient te leveren. De informatiebepalingen zijn in algemene termen gesteld. In lagere regelgeving kunnen, zo nodig, nadere specificaties worden gegeven van de noodzakelijke gegevensuitwisseling.

In de zorgsector, met een groot aantal grotere en kleinere actoren, wordt nog veel informatie uitgewisseld via papieren informatiestromen. Wel wordt steeds vaker gebruik gemaakt van elektronische gegevensuitwisseling. Het uiteindelijke streven is dat informatievoorziening binnen de zorgsector en van en naar andere sectoren zo veel mogelijk plaatsvindt door

elektronische uitwisseling van gegevens. Een bijkomend effect van elektronische gegevensuitwisseling is dat zij bijdraagt tot administratieve lastenvermindering. Niet alleen vanwege een beperkter aantal handelingen en automatisering van die handelingen, maar ook doordat gegevens die eenmaal geleverd zijn, voor meerdere doeleinden gebruikt kunnen worden.

Onderscheid dient te worden gemaakt tussen gegevens die samenhangen met de declaratie van verleende zorg en gegevens die samenhangen met de verzekering. Gegevensuitwisseling die samenhangt met verleende zorg en met de betaling ervan, doet zich met name voor tussen zorgaanbieders onderling, tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars en in het kader van de financiële verantwoording. Ook kan gegevensuitwisseling plaatsvinden tussen zorgverzekeraars onderling die samenhangt met de overstap van een verzekerde naar een andere zorgverzekeraar, zoals informatie over de hoogte van het voormalige eigen risico. Verder vindt gegevensuitwisseling plaats in het kader van financiële en beleidsmatige verantwoording aan de Minister en het CVZ, zoals bijvoorbeeld met betrekking tot de ramingen voor de zorguitgaven, de vaststelling van het EMU-saldo en de BKZ-uitgaven, de budgetcyclus en de raming van opbrengsten van budgettaire maatregelen en met actoren buiten de sector, zoals de Belastingdienst en de gemeentelijke basisadministratie (GBA).

De verschillende informatiestromen zijn bij elektronische gegevensuitwisseling naar de aard van de gegevens veelal van elkaar gescheiden. Voor de onderscheiden gegevensstromen worden verschillende infrastructuurle voorzieningen gebruikt.

#### *Intersectorale informatievoorziening*

In de Zorgverzekeringswet is geregeld dat zorgverzekeraars gebruik dienen te maken van een elektronische infrastructuur. Deze infrastructuur is noodzakelijk om (inter)sectorale (elektronische) uitwisseling van gegevens binnen het sofi-nummerdomein mogelijk te maken en is al voor de ziekenfondsverzekering opgezet. Deze infrastructuur wordt overigens ook gebruikt voor intrasectorale gegevensuitwisseling. Het CVZ kan regels stellen omtrent de aard, de omvang, de structuur en het beheer van de gegevensuitwisseling. In beginsel is het mogelijk dat voor elke verschillende gegevensuitwisseling tussen zorgverzekeraars onderling, binnen en buiten de zorgsector, regels worden gesteld. Welke gegevens tussen de verschillende actoren uitgewisseld zullen worden wordt nog nader geregeld. Uiteraard is dit onderhevig aan de noodzakelijkheid om deze gegevens uit te wisselen in het kader van de uitvoering van een wettelijke taak. Uitwisseling van gegevens buiten de zorgsector dient plaats te vinden aan de hand van het sofi-nummer van de verzekerde. Daartoe is in de Zorgverzekeringswet geregeld dat het sofi-nummer van de verzekerde in de administratie van zorgverzekeraars wordt opgenomen. Gegevens worden op basis van het sofi-nummer naar behoefte geleverd aan een centrale database, formeel onder beheer van CVZ, waaruit verschillende actoren, naargelang de noodzakelijke gegevensbehoefte en voor zover tot die gegevens gerechtigd, gegevens kunnen opvragen.

#### *De aard van de gegevens*

De intersectorale gegevensuitwisseling is in de eerste plaats nodig voor het vaststellen (en controleren) van de verzekeringsplichtigheid en ten behoeve van de financiering. Gegevens daaromtrent kunnen worden verkregen uit de polisadministratie die door het UWV beheerd wordt, van de Belastingdienst en uit de GBA. Daarnaast zullen gegevens voor beleidsmatige informatie uit de genoemde administraties verstrekt dienen te worden. Ook dienen zorgverzekeraars gegevens in het kader van financiële verantwoording en statistische gegevens te verstrekken.

### *Hergebruik van gegevens*

De infrastructuur die gebruikt wordt voor de intersectorale gegevens-uitwisseling, biedt de mogelijkheid geleverde gegevens te distribueren naar verschillende actoren, afhankelijk van de gegevensbehoefte. Bovendien is het mogelijk om gegevens die in een bepaalde administratie vastgelegd zijn, te hergebruiken. Een voorbeeld daarvan is het gebruik van gegevens uit de «polisadministratie» die door het UWV wordt beheerd en waarin gegevens zijn vastgelegd van arbeids- en uitkeringsverhoudingen. Ten behoeve van bijvoorbeeld de controle op de verzekeringsplichtigheid kunnen gegevens uit deze administratie worden geraadpleegd. Ook voor beleidsmatige informatie kunnen uit deze administratie gegevens worden verkregen. Daarnaast kunnen zorgverzekeraars reeds geverifieerde gegevens uit de polisadministratie, bijvoorbeeld het sofi-nummer en de verblijfstatus, overnemen.

Voor de gegevens van verzekerden die niet in de polisadministratie zijn opgenomen, zal daarnaast informatie-uitwisseling nodig zijn met andere gegevensleveranciers, zoals de Belastingdienst.

## **IX Financiële sturingsmogelijkheden**

Met het oog op de bestendigheid van het zorgstelsel en het gegeven dat het opbrengen van de financiële middelen voortvloeit uit een wettelijk opgelegde verplichting, heeft de overheid er belang bij dat de kosten van de gezondheidszorg zich niet buitenproportioneel ontwikkelen en binnen het Budgettair Kader Zorg (BKZ) blijven. Er is een viertal instrumenten om de uitgaven in de zorg te beheersen, te weten: eigen betalingen (risico en bijdragen), pakketmaatregelen, tariefmaatregelen alsmede doelmatigheids-prikkels zoals het ex ante systeem van risicoverevening.

Met de Zorgverzekeringswet beoogt de regering de doelmatigheid te vergroten door de positie van zorgverzekeraars ten opzichte van het totale veld van de geneeskundige gezondheidszorg te versterken en ook hun onderlinge concurrentie aan te wakkeren. Tezamen met maatregelen gericht op de zorgaanbieders moet dit uiteindelijk de meest doelmatige en vraaggerichte wijze van functioneren opleveren. Tussen de uiteindelijk beoogde situatie en de huidige werkelijkheid is naar verwachting nog een lange weg te gaan. Om te voorkomen dat de kosten van de zorg door een hogere dan geraamde toename van zorgconsumptie of prijsontwikkeling te sterk zouden groeien, biedt de Zorgverzekeringswet de overheid de mogelijkheid de grens van de no-claimteruggaveregelings te verhogen en van het opleggen van een verplichting aan zorgverzekeraars om voor bepaalde zorgvormen overeenkomsten te sluiten en daarbij financiële arrangementen overeen te komen. Verder dienen verzekerden in sommige gevallen een zorggebonden eigen bijdrage te betalen.

Ten slotte wordt het wettelijke pakket in de Zorgverzekeringswet vastgelegd. Met dit instrument is de overheid in staat haar permanente verantwoordelijkheid voor het bewaken van de doelmatigheid van het te verzekeren pakket te realiseren en kan bovendien gedurende de transitiefase via ingrepen in het pakket zondig een bijdrage aan de financiële houdbaarheid worden geleverd.

## **X De financiële gevolgen**

De overgang van het huidige pluriforme stelsel van ziektekostenverzekeringen voor geneeskundige zorg (en daarmee gepaard gaande financiering) naar een standaardverzekering met een uniforme premiestructuur heeft financiële gevolgen voor burgers en werkgevers. Deze gevolgen worden hieronder zo goed mogelijk in kaart gebracht. Daarbij wordt de financiering van de Zorgverzekeringswet in 2006 vergeleken met de financiering van het huidige stelsel, zoals deze bij ongewijzigd beleid in 2006 geweest zou zijn. Er dient te worden aangetekend dat alle cijfers geba-

seerd zijn op de huidige inzichten en daarom noodzakelijkerwijs een voorlopig karakter hebben. In onderstaande tabel staat een overzicht van de huidige financiering van de geneeskundige zorg, zoals deze er in 2006 bij ongewijzigd beleid zou uitzien. Daarbij is ook de financiering van het over te hevelen deel van de ggz, te weten de gehele extramurale ggz en het eerste jaar van de intramurale ggz, in 2006 in beeld gebracht. Deze zorg wordt nu nog vanuit de AWBZ vergoed maar zal in 2006 worden overgeheveld naar de zorgverzekering. De particuliere verzekeringen zijn een optelsom van de publiekrechtelijke regelingen voor ambtenaren, Wtz-standaardpakketpolissen en maatschappijpolissen. Uitgaven voor geneeskundige zorg die buiten het Zfw-pakket vallen (zorg verzekerd in aanvullende verzekeringen, zoals een belangrijk deel van de tandheelkundige zorg) blijven buiten beschouwing.

De uitgaven voor curatieve zorg kennen vóór de invoering van de Zorgverzekeringwet de volgende financieringsbronnen:

- verplichte premiebetalingen voor de Zfw (dit is inclusief de no-claimteruggaaf);
- particuliere verzekeringspremies;
- omslagbijdragen;
- eigen betalingen van burgers.

**Tabel 1. Financiering geneeskundige zorg in 2006 conform oude systeem (in mln euro, indicatief).**

	Zfw	Particulier	Totaal	in %
Procentuele premie (inclusief exploitatietekort)	10 771	788	11 559	
Rijksbijdragen	3 027	0	3 027	
Over te hevelen delen ggz-zorg	0	0	1 819	
Exploitatietekort Zfw	1 179		1 179	
Subtotaal inkomensafhankelijk	14 977	788	17 584	64%
Nominale premie	1 032	4 882	5 914	
Eigen betalingen	1 390	781	2 171	
Omslagbijdragen	533	1 471	2 004	
Overige baten	0	10	10	
Subtotaal inkomensonafhankelijk	2 955	7 144	10 099	36%
Totaal	17 932	7 933	27 684	100%

Uit tabel 1 blijkt dat 64% van de curatieve zorg op inkomensafhankelijke wijze wordt betaald; daarbij is het voor 2006 geraamde exploitatietekort in de Zfw aan het inkomensafhankelijke deel toegerekend. De overige 36% van de zorgkosten is nominaal gefinancierd.

Op micro-niveau zien de betalingen in 2006 er als volgt uit:

**Tabel 2. Premie ziektekostenverzekering op niveau 2006 (euro per jaar) verdeeld over de financieringsbronnen voor 2006 conform oude systeem<sup>1</sup>(indicatief).**

	Zfw
Procentuele premie werkgever	6,75%
Procentuele premie werknemer	1,25%
Nominale premie	€ 412
Gemiddelde no-claimteruggaaf	- € 83
Maatschappijpolis	
Gemiddelde premie (inclusief mooz/wtz)	€ 1595
Gemiddelde eigen bijdrage	€ 163

<sup>1</sup> De premies hebben betrekking op het huidige stelsel dus exclusief de overheveling ggz.

De overgang van het hierboven weergegeven bestaande stelsel – met uiteenlopende premiestructuren voor de onderscheiden verzekeringssoorten – naar een standaardverzekering voor geneeskundige zorg, heeft financiële effecten voor burgers en werkgevers.

Deze effecten worden veroorzaakt omdat:

- a. de premiestructuur (procentueel/nominaal) voor alle verzekerden gelijk wordt;
- b. werkgevers op uniforme wijze gaan bijdragen in de kosten;
- c. sprake is van wijziging van de rijksbijdrage;
- d. de gehele extramurale ggz en het eerste jaar van de intramurale ggz van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet wordt overgeheveld;
- e. de premies in het nieuwe stelsel lastendekkend worden;
- f. financiële reserve.

*a. premiestructuur wordt gelijk*

In het huidige stelsel betalen ziekenfondsverzekerden een procentuele en een nominale premie, medeverzekerde kinderen betalen niets en medeverzekerde partners betalen alleen een nominale premie. In de particuliere verzekeringsmarkt betalen alle verzekerden (dus ook partners en kinderen) een nominale premie.

In de Zorgverzekeringswet wordt de premiestructuur voor alle verzekerden boven de 18 jaar gelijk, terwijl kinderen geen nominale premie betalen. Ziekenfondsverzekerden met een laag inkomen en meeverzekerde gezinsleden gaan dan meer betalen en particulier verzekerden met kinderen gaan minder betalen.

*b. werkgevers gaan op uniforme wijze meebetalen*

In het huidige stelsel betalen werkgevers voor werknemers die ziekenfondsverzekerd zijn een procentuele premie die wordt afgedragen aan de Algemene Kas. Particulier verzekerde werknemers krijgen van hun werkgever veelal een tegemoetkoming voor de ziektekostenpremie. Bij elkaar belopen de werkgeversbetalingen in het huidige systeem 49% van de premielast. Dit percentage is inclusief het aandeel van burgers (zoals zelfstandigen en gepensioneerden) die geen werkgever hebben en zodoende hun eigen «werkgeversbijdrage» betalen.

In het uniforme systeem van de Zorgverzekeringswet gaan de werkgevers de helft van de totale macropremielast betalen via een verplichte vergoeding aan werknemers van de door deze werknemers verschuldigde inkomensafhankelijke bijdrage over nader aangewezen loon. Verzekeringplichtigen zonder werkgever of met inkomensbestanddelen waarover wel een inkomensafhankelijke bijdrage is verschuldigd, maar waarvoor geen recht bestaat op een vergoeding door een werkgever, ontvangen geen (volledige) tegemoetkoming van de werkgever. Deze verzekeringplichtigen betalen de inkomensafhankelijke bijdrage dus (gedeeltelijk) zelf. In de berekeningen is de door de verzekeringplichtige zelf betaalde inkomensafhankelijke bijdrage meegenomen als door de werkgevers betaalde macropremielast. Ten opzichte van de huidige situatie zal het werkgeversdeel in de lasten licht stijgen. Dit komt overigens geheel voor rekening van de hiervoor genoemde verzekeringplichtigen die geen (volledige) tegemoetkoming ontvangen voor de inkomensafhankelijke bijdrage. Werkgevers in het bedrijfsleven betalen per saldo € 0,1 miljard minder dan in het huidige stelsel het geval zou zijn.

*c. wijziging rijksbijdrage*

De rijksbijdrage in de ziekenfondsverzekering van circa € 3 mld wordt vervangen door een rijksbijdrage in de Zorgverzekeringswet. Die bedraagt vooralsnog € 1,5 mld ter financiering van de premie van kinderen tot 18 jaar.

*d. overheveling van delen van de ggz van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet*

Door de overheveling van een deel van de ggz van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet daalt de procentuele AWBZ-premie. In de premie voor de Zorgverzekeringswet is ook deze overgehevelde zorg verdisconteerd; deze premie wordt dus hoger.

*e. lastendekkende premies*

De premie voor de ziekenfondsverzekering zou in 2006 niet lastendekkend zijn. Het tekort in de Algemene Kas zou circa € 1 mld bedragen. Naar de huidige inzichten zou de premie voor werkgevers en werknemers ongeveer 0,4% te laag zijn vastgesteld. De Zorgverzekeringswet gaat uit van lastendekkende premies. Alleen al daardoor treden er inkomenseffecten op.

De totale uitgaven voor Zfw, publiekrechtelijke ziektekostenverzekeringen voor ambtenaren en particuliere verzekeringen plus het over te hevelen deel van de ggz zijn gelijk aan de uitgaven in de Zorgverzekeringswet; deze bedragen € 27 684 mln. In de uitgavenraming is rekening gehouden met een no-claimteruggaveregeling. Omdat wordt uitgegaan van een 50% bijdrage van werkgevers (inclusief burgers die hun inkomensafhankelijke bijdrage niet vergoed krijgen) betalen deze € 13 842 mln.

**Tabel 3. Financiering van de Zorgverzekeringswet in 2006 (in mln euro, indicatief).**

	Aandeel Zorg- verzekeringswet		
	Totaal	werkne- mer	werkgever
Zfw	17 932		
Particulier	7 933		
Overheveling delen ggz	1 819		
Totaal	27 684		
Fifty/fifty verdeling macrolasten		13 842	13 842
Financieringsverschuiving no-claimteruggaaf		- 2 171	
Rijksbijdrage premie kinderen		- 1 508	
Totaal nominaal te financieren		10 163	

De werkgevers betalen hun aandeel in de vorm van een vergoeding van de inkomensafhankelijke bijdrage van verzekeringsplichtigen. De definitie van de grondslag voor deze inkomensafhankelijke bijdrage is niet hetzelfde als van de grondslag die nu voor de Zfw wordt gebruikt. Aanvankelijk zal het tarief voor de inkomensafhankelijke bijdrage over inkomensbestanddelen die niet tot de grondslag voor de Zfw behoren, maar wel tot de grondslag voor de Zorgverzekeringswet, in beginsel echter op nihil worden gesteld. In deze paragraaf wordt mede om die reden uitgegaan van een gelijkblijvende grondslag. Gegeven een Zfw-grondslag van € 232 mld komt de inkomensafhankelijke bijdrage van verzekeringsplichtigen uit op 5,96%.

De verzekerden betalen een nominale premie, met het recht op een no-claimteruggaaf van € 250 per persoon. De financieringsverschuiving van de no-claimteruggaaf, te weten het bedrag dat uiteindelijk voor de eigen verantwoordelijkheid van verzekerden komt, is per verzekerde gelijk aan het verschil tussen de € 250 en de gemiddeld uitgekeerde no-claimteruggaaf (€ 75). De optelsom van deze financieringsverschuiving (macro € 2171 mln) en de rijksbijdrage ter financiering van de kinderpremie (€ 1508 mln) zijn in mindering gebracht op het rechtstreeks door de burger te financieren bedrag. Het uiteindelijk via nominale premies te



financiering bedrag is dan € 10 163 mln. Per volwassen verzekerde komt dat neer op gemiddeld € 817 per jaar.

**Tabel 4. Gemiddelde premie per volwassene (euro per jaar, 2006) en procentuele werkgeverspremie<sup>1</sup> (indicatief).**

Nominale premie (exclusief kinderen)	
– nominale rekenpremie (incl € 250 no-claim)	€ 1067
– nominale opslagpremie	€ 38
Gemiddelde no-claimteruggaaf	– € 75
Totaal gemiddelde nominale betaling	€ 1030
Door werkgever te vergoeden inkomensafhankelijke bijdragen van verzekeringsplichtigen	
	5,96%

<sup>1</sup> De premies en de gemiddelde no-claimteruggaaf zijn inclusief de overheveling van de gehele extramurale ggz en het eerste jaar van de intramurale ggz.

#### *Lastenbeeld*

De invoering van de Zorgverzekeringswet betekent een lastenverzwaring voor gezinnen van € 4,3 mld en een kleine lastenverlichting voor «echte» werkgevers (€ 0,1 mld). De lastenverzwaring is een gevolg van de overheveling van delen van de ggz (€ 1,8 mld), de terugtrekking van een deel van de rijksbijdrage (€ 1,5 mld) en het lastendeckend maken van het zorgstelsel (€ 0,8 mld).

Ter compensatie van de lastenverzwaring voor gezinnen als gevolg van de stelselherziening worden vooralsnog de volgende compensatiemaatregelen voorgesteld:

- *Zorgtoeslag*

De invoering van de nominale premie voor verzekerden wordt gecompenseerd door de gelijktijdige invoering van een zorgtoeslag. De zorgtoeslag relateert de standaard premie aan de draagkracht van mensen. Waar in het nieuwe stelsel met de nominale premie de kosten van de gezondheidszorg zichtbaar worden gemaakt, maakt de zorgtoeslag de solidariteit tussen inkomens zichtbaar. Zo ontstaat een systeem met enerzijds een grotere rol voor de eigen verantwoordelijkheid, maar tegelijkertijd ook een zichtbare waarborg voor toegankelijkheid en solidariteit.

De zorgtoeslag is gelijk aan het verschil tussen de standaard verschuldigde premie en de normpremie. De normpremie voor een meerpersoonshuishouden bedraagt 6,5% van het belastbare wettelijke minimumloon inclusief vakantietoeslag en 4% van het meerinkomen. Voor alleenstaanden en alleenstaande ouders wordt gerekend met 4% van het belastbare wettelijk minimumloon inclusief vakantietoeslag en 4% van het meerinkomen. Het relevante inkomensbegrip voor de berekeningen van het meerinkomen is, evenals bij de bestaande kinderkortingen, het gezamenlijke verzamelinkomen.

- *ggz-schuif*

De gehele extramurale ggz en het eerste jaar van de intramurale ggz wordt van de AWBZ overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet. De overheveling leidt tot € 1,8 mld minder lasten in de AWBZ en als gevolg daarvan kan de procentuele premie dalen.

- *Fiscaal pakket*

Dit pakket bestaat uit een mix van aanpassingen van de tarieven eerste en tweede schijf, de kinderkortingen, de combinatiekorting en de ouderenkorting. De definitieve vormgeving van het compensatiepakket zal zomer 2005 worden gezien op basis van het dan voorliggende koopkrachtbeeld voor 2006.

**Tabel 5. Compensatiemaatregelen 2006 (indicatief, budget 0,9 miljard euro per jaar).**

	budget
Premies zorg t.o.v. oude systeem	4,1
w.v. gezinnen	4,2
w.v. werkgevers	- 0,1
Overheveling delen ggz	- 1,8
Subtotaal lastenverzwaring	2,2
zorgtoeslag	- 2,1
fiscaal pakket	- 0,9
compensatie ambtenaren/studenten	- 0,2
algemene lastenverlichting werkgevers	0,1
Subtotaal lastenverlichting	- 3,1
Saldo	- 0,9
w.v. gezinnen	- 0,9
w.v. bedrijven	0

### *Inkomenseffecten*

De invoering van de stelselherziening leidt als gevolg van de overgang van een heterogene premiestructuur naar een homogene premiestructuur tot inkomenseffecten. De instrumenten die ter compensatie ingezet kunnen worden hebben een globaler karakter. Gevolg is dat er na compensatie plussen en minnen in de inkomenseffecten zitten.

Zoals hiervoor al aan de orde kwam zijn de in deze paragraaf gepresenteerde cijfers voorlopig van aard. In de zomer van 2005 zal het kabinet zich over het integrale inkomensbeeld voor 2006 buigen. Daarbij kijkt het kabinet niet alleen naar de effecten van de invoering van de Zorgverzekeringswet en de Wet op de Zorgtoeslag, maar bijvoorbeeld ook naar de verwachte loon- en prijsontwikkeling. Mocht het resulterende integrale inkomensbeeld daar aanleiding toe geven, dan zal het kabinet met het oog op evenwichtige inkomensverhoudingen aanvullende maatregelen treffen.

Bij het analyseren van de gevolgen van de invoering van de Zorgverzekeringswet is ook gekeken naar de effecten van bijzondere groepen. Binnen deze groepen bestaan grote verschillen in effecten. Er is een bedrag van 0,2 mld gereserveerd voor de compensatie van inkomenseffecten bij ambtenaren en studenten.

Voor chronisch zieken en personen met een handicap die voor de invoering van de Zorgverzekeringswet ziekenfondsverzekerd waren, zullen (vrijwel) geen specifieke effecten optreden. Zij betalen en betaalden als ziekenfondsverzekerde dezelfde nominale premie en dezelfde inkomensafhankelijke premie als gezonde burgers betalen. Daarnaast zullen zij dezelfde zorgtoeslag ontvangen. Ook bij de no-claimteruggaveregeling treden er bij ziekenfondsverzekerden in 2006 geen wijzigingen op. Deze regeling heeft in 2006 voor ziekenfondsverzekerden dezelfde vormgeving als in 2005, zodat daarvan geen effecten uitgaan. Daarom is deze categorie niet apart in onderstaande tabel opgenomen.

Voor chronisch zieken en personen met een handicap die voorheen een particuliere verzekering hadden zijn er wel verschillen. Deze groep kan nu vrijwel niet van verzekeraar wisselen, omdat particuliere verzekeraars hen niet hoeven te accepteren. Hun polissen zullen daardoor in een deel van de gevallen duurder zijn dan de gemiddelde particuliere polis. Daarnaast is een deel van deze personen, ook onder de 65 jaar, aangewezen op een standaardpakketpolis, die een hogere dan gemiddelde premie kent. In 2006 krijgen deze personen een polis in het kader van de Zorgverzekeringswet waarvan de premie hetzelfde is als een vergelijkbare polis voor

gezonde mensen. Hierdoor zullen de inkomenseffecten voor (een deel van) deze personen naar verwachting positiever zijn dan de effecten voor mensen in vergelijkbare sociaal economische omstandigheden en een vergelijkbaar inkomen.

In de standaard inkomenseffecten wordt geen rekening gehouden met de buitengewone uitgaven (BU) en Tegemoetkoming buitengewone uitgaven (TBU). In tabel 6 zijn de inkomenseffecten inclusief compensatiepakket weergegeven exclusief de BU en TBU en tussen haakjes de inkomenseffecten inclusief de BU en TBU. Het budgettaire beslag van de BU zal met enkele tientallen miljoenen toenemen.

**Tabel 6. Inkomenseffecten stelselherziening 2006 na compensatie (% per jaar) volgens huidige inzichten (indicatief).**

	Standaard effecten Inclusief BU en TBU	Standaard effecten
Actieven:		
Alleenverdiener mk		
Minimum	- 0,40%	(- 0,80%)
Modaal	- 0,20%	(- 0,20%)
2x modaal	3,00%	(3,00%)
Tweeverdiener mk		
modaal+½modaal mk	- 0,30%	(- 0,30%)
2x modaal+½modaal mk	2,00%	(2,00%)
modaal+modaal zk	0,30%	(0,30%)
2x modaal+modaal zk	- 0,50%	(- 0,50%)
Alleenstaande		
Minimumloon	0,40%	(0,40%)
Modaal	0,30%	(0,30%)
2x modaal	- 1,00%	(- 1,00%)
Alleenstaande ouder		
Minimumloon	- 1,00%	(- 1,00%)
Modaal	2,20%	(2,20%)
Inactieven		
Sociale minima		
paar mk	1,20%	(0,90%)
Alleenstaande	- 0,80%	(- 0,80%)
alleenstaande ouder	1,30%	(1,30%)
AOW (alleenstaand)		
Sociaal minimum	0,90%	(0,80%)
AOW + 5000	1,10%	(1,00%)
AOW + 10 000	0,50%	(0,10%)
AOW (paar zk)		
Sociaal minimum	- 0,80%	(- 1,00%)
AOW + 5000	- 0,10%	(- 0,20%)
AOW + 10 000	6,50%	(8,00%)

#### *f. financiële reserves*

De overgang naar een nieuw verzekeringsstelsel heeft verschillende consequenties op het vlak van de financiële reserves van ziekenfondsen, particuliere en publiekrechtelijke verzekeraars en toekomstige zorgverzekeraars. Hierbij onderscheiden zich de vragen:

- Welk reserveniveau dienen de toekomstige zorgverzekeraars aan te houden opdat deze in overeenstemming zijn met de voorschriften van de Europese schaderichtlijnen en
- Kunnen de huidige ziekenfondsen hun opgebouwde reserves behouden zonder dat daarbij een situatie ontstaat van ontoelaatbare staatssteun?

De regering is ervan uitgegaan dat de zorgverzekeraars bij de uitvoering van de Zorgverzekeringswet een adequate reserve dienen aan te houden die niet op hetzelfde niveau hoeft te liggen als die welke een particuliere ziektekostenverzekeraar thans moet aanhouden. De Europese schade-richtlijnen bieden hiertoe mogelijkheden.

De eerste mogelijkheid betreft een verlaging van de solvabiliteitsmarge tot een derde als de zorgverzekering wordt beheerd als een levensverzekering. Belangrijke voorwaarde hierbij is dat leeftijdsrisico's voldoende zijn afgedekt, zodat er geen vergrijzingsreserve hoeft te worden aangehouden. De regering gaat in de Zorgverzekeringswet uit van een ex-ante risico-vereveningssysteem. Dit systeem corrigeert voor leeftijd en geslacht. Uit de nominale premie die zorgverzekeraars vragen hoeft dan geen voorziening voor vergrijzingseffecten te worden gecreëerd.

Ook speelt het volgende. In de huidige Zfw is sprake van een systeemkenmerk dat er toe leidt dat het financiële risico waaraan ziekenfondsen zijn blootgesteld, wordt beperkt. Ziekenfondsen lopen immers alleen risico over die uitgaven waarop zij invloed kunnen uitoefenen met de instrumenten waarover zij beschikken. Ziekenfondsen kunnen de hoogte van sommige uitgaven niet door onderhandelingen in betekenende mate beïnvloeden. Het betreft in het bijzonder de uitgaven voor de in de ziekenhuistarieven opgenomen vergoeding van de zogenaamde vaste kosten van de ziekenhuizen. Die kosten komen immers tot stand als gevolg van door de overheid genomen beslissingen inzake de planning en bouw van ziekenhuisvoorzieningen. Het vereveningssysteem dat bij de budgettering van de ziekenfondsen wordt toegepast voorziet in verband hiermee in nacalculatie op de uitgaven van de ziekenfondsen die verband houden met dergelijke niet-beïnvloedbare kosten. Deze nacalculatie heeft als effect dat de ziekenfondsen niet over hun totale uitgaven risico lopen, maar slechts over het als beïnvloedbaar aangemerkte deel daarvan. Ook onder de Zorgverzekeringswet zullen niet alle uitgaven van de zorgverzekeraars door henzelf beïnvloedbaar zijn. De overheid zal nog altijd regels stellen met betrekking tot de capaciteit van en de investeringen in bepaalde typen (bijzondere) zorgvoorzieningen en het gebruik dat zorgverzekeraars van die voorzieningen moeten maken (contracteerplicht). Voor zover en naar de mate waarin dat het geval is, zullen zorgverzekeraars geen financiële risico's lopen over de voor hen daaruit voortvloeiende uitgaven. Het onder de Zfw geldende systeem van nacalculatie zal ook worden toegepast in het vereveningssysteem onder de Zorgverzekeringswet. Ook onder die wet zal dus sprake zijn van een financieel risico over minder dan de volledige schade van een zorgverzekeraar. Naar de mening van de regering dient de aan de zorgverzekeraars op te leggen minimumsolvabiliteitseis hiermee rekening te houden. Met de PVK wordt daarom overleg gevoerd om aan het bestaan van het verschijnsel nacalculatie in het vereveningssysteem consequenties te verbinden vergelijkbaar met wat zou worden gedaan in het geval van beperking van het financiële risico indien sprake was van herverzekering. Uiteraard is hiervoor vereist dat de nacalculatie juridisch voldoende is verankerd. Dit zal in een algemene maatregel van bestuur worden uitgewerkt.

Het door de zorgverzekeraars gedragen risico afwegende is de regering tot het oordeel gekomen dat het aanhouden van een reserve en voorziening tot aan het totale niveau dat thans voorgeschreven is in de ziekenfondsverzekering voldoende moet worden geacht om bij de overgang te voldoen aan de regels die hieromtrent in Europees verband zijn gesteld. Deze lijn vloeit voort uit het overleg dat tot dusverre met de PVK is gevoerd.<sup>1</sup>

In 1991 is in het kader van de destijds voorgenomen invoering van een basisverzekering verplichte reservevorming voor ziekenfondsen ingevoerd. Bij die introductie van een wettelijk voorgeschreven reserve (de minimaal vereiste solvabiliteitsmarge) speelden twee overwegingen een

---

<sup>1</sup> PVK, brief van 17 juni 2004.

rol. In de eerste plaats moesten ziekenfondsen gaan beschikken over reserves, omdat zij financiële risico's zouden gaan lopen bij het uitvoeren van de Zfw. In de tweede plaats moesten ziekenfondsen met het oog op de invoering van een basisverzekering in een met particuliere ziektekostenverzekeraars vergelijkbare financiële uitgangspositie worden gebracht (creëren van een «level playing field»). Destijds bestond immers het voor-nemen om ziekenfondsen, particuliere ziektekostenverzekeraars en uitvoerders van publiekrechtelijke ziektekostenregelingen voor ambte-naren in staat te stellen om de beoogde basisverzekering in onderlinge concurrentie te gaan uitvoeren. De basisverzekering is er uiteindelijk niet gekomen, maar de verzekering die de regering met dit wetsvoorstel beoogt tot stand te brengen schept opnieuw de noodzaak van het creëren van vergelijkbare financiële uitgangsposities tussen de verschillende soorten verzekeraars die de in dit wetsvoorstel geregelde zorgverzekering gaan uitvoeren. In dat kader is de regering van mening dat ziekenfondsen die besluiten tot uitvoering van de Zorgverzekeringswet, de inmiddels opgebouwde wettelijke reserve moeten kunnen inbrengen bij de start van de uitvoering van de Zorgverzekeringswet. Hiermee wordt naar de opvatting van de regering het beoogde «level playing field» voor de huidige ziekenfondsen ten opzichte van de huidige particuliere ziektekostenverze- raars bewerkstelligd. De regering gaat er vanuit dat bij het inbrengen van bestaande wettelijke reserves er geen sprake is van ontoelaatbare staats- steun. Overeenkomstig de hiervoor geldende procedures zal dit punt overigens worden gemeld bij de Europese Commissie.

De regering verbindt overigens wel een belangrijke voorwaarde aan de mogelijkheid om de bestaande wettelijke reserves in te brengen bij de start van de uitvoering van de privaatrechtelijke zorgverzekering. Die voorwaarde houdt in dat het inbrengen van bestaande wettelijke reserves alleen kan zolang de betreffende ziekenfondsen ervoor kiezen de Zorg- verzekeringswet zonder winstoogmerk uit te voeren. Indien bij de start van de zorgverzekering of binnen tien jaar daarna alsnog wordt gekozen voor uitvoering van de zorgverzekering met winstoogmerk, dan wel het bedrijf wordt beëindigd, moeten de oude wettelijke reserves worden afgerekend. Zou dit niet worden bepaald, dan zouden in de publieke sfeer opgebouwde reserves op het moment van inwerkingtreding van de Zorg- verzekeringswet worden omgezet in private middelen, zonder dat op enigerlei wijze zou zijn gegarandeerd dat de betreffende middelen bestemd zouden blijven voor de doeleinden waarvoor ze in het kader van de publiekrechtelijke ziekenfondsverzekering waren opgebouwd.

## **XI De administratieve lasten**

De Zorgverzekeringswet vervangt een drietal wetten: de Zfw, de Wtz 1998 en de Wet MOOZ. Van deze drie wetten en van de daaraan gekoppelde uitvoeringsregelingen vervallen de administratieve lasten. De Wet MOOZ valt onder de verantwoordelijkheid van de Minister van Financiën en wordt hier niet verder genoemd. De Zorgverzekeringswet en de hierop geënte uitvoeringsregelingen veroorzaken echter «nieuwe» administra- tieve lasten. Daarnaast is er in het transitieproces sprake van een omzet- tingsinspanning die gepaard gaat met incidentele administratieve lasten. Op 17 mei 2004 heeft het Adviescollege toetsing administratieve lasten zijn advies uitgebracht over de Zorgverzekeringswet wat betreft de admi- nistratieve lastendruk.

### *Bedrijfsleven*

In het kader van de administratieve lasten vinden er in de Zorgverzeke- ringswet twee belangrijke verschuivingen plaats. Ten eerste treedt een verschuiving op van directe regulering van het zorgaanbod door de centrale overheid naar regulering van markten waarop verzekerden/ zorgvragers, zorgverzekeraars en aanbieders van zorg elkaar ontmoeten.

Ten tweede vindt er een verschuiving plaats van sturing van het administratieve proces en daarop gerichte informatie naar verantwoording over behaalde resultaten. Door deze verschuivingen verminderen de informatieverplichtingen die de overheid oplegt aan het bedrijfsleven en daardoor dus de administratieve lasten. Vooral op de onderdelen toezicht/verantwoording en verzekerdadministratie vinden besparingen plaats. Een aantal van de besparingen heeft geen relatie met de Zorgverzekeringswet, maar met andere reeds bij de Tweede Kamer ingediende wetsvoorstellen, zoals de Wet toelating zorginstellingen en de Wet herziening overeenkomstenstelsel zorg.

Het Adviescollege toetsing administratieve lasten constateert dat een aantal recente wetsvoorstellen die gevolgen hebben voor de administratieve lasten, niet bij de kwantificering betrokken is. Er is volgens het college geen rekening gehouden met de toename van het aantal verzekerden in de Zorgverzekeringswet.

Besparingen op de administratieve lasten die door andere wetten ontstaan, zijn niet aan de Zorgverzekeringswet toegerekend. Als dat wel zou zijn gedaan zou dat leiden tot een dubbeltelling. Verder is bij de kwantificering van de administratieve lasten in het kader van de Zorgverzekeringswet, anders dan het college verondersteld, wel rekening gehouden met een groter aantal verzekerden en verzekeraars, dan er waren in de Zfw en de Wtz 1998.

Door het schrappen van een wettelijke verplichting kunnen, conform de definitie, de administratieve lasten voor het bedrijfsleven weliswaar verminderen, terwijl dit niet hoeft te betekenen dat zorgverzekeraars geen administratieve handelingen hoeven te verrichten. Een verzekeraar zal immers zijn verzekerdadministratie op orde willen hebben om goed te functioneren. Ook al verplicht de regering een zorgverzekeraar op grond van de Zorgverzekeringswet bijvoorbeeld niet meer een financieel jaarverslag op te stellen, de verzekeraar zal deze handeling voor andere doeleinden moeten blijven uitvoeren en zijn administratie daarop blijven inrichten. Het Adviescollege toetsing administratieve lasten heeft in zijn advies opgemerkt dat op dit punt afgeweken wordt van de kabinetsdefinitie. De handelingen worden bewust en consequent als «gemengde functie» weergegeven. Wanneer wel was uitgegaan van de kabinetsdefinitie voor administratieve lasten, zou een aanzienlijk grotere, maar naar de mening van de regering, niet reële besparing worden ingeboekt. Ook het omgekeerde kan zich voordoen. Bij de risicoverevening onder de Zfw wordt de benodigde informatie door de ziekenfondsen op vrijwillige basis geleverd. In de Zorgverzekeringswet wordt de informatieverstrekking wettelijk voorgeschreven. Dit betekent dus voor de ziekenfondsen geen toename van de lasten.

Om zicht te krijgen op de wijziging van de administratieve lasten, die samenhangt met het vervallen van de Zfw en de Wtz 1998 en de invoering van de Zorgverzekeringswet, zijn de administratieve lasten in de huidige situatie geclusterd en vervolgens per cluster vergeleken met die van de Zorgverzekeringswet. In totaal betekent dit een verlaging met € 28 mln. Door het overhevelen van een deel van de onder de AWBZ vallende zorg nemen de administratieve lasten echter met € 17 mln toe. Per saldo resteert een daling met € 11 mln per jaar. De incidentele lasten die samenhangen met de Invoerings- en aanpassingswet zullen in die wet worden weergegeven.

Het is op dit moment nog niet duidelijk welk bedrag aan administratieve lasten rechtstreeks voortvloeit uit de Zorgverzekeringswet en welk deel voortvloeit uit lagere regelgeving. Dit wordt pas duidelijk bij de invulling van de nadere regelgeving. Het Adviescollege toetsing administratieve lasten heeft hierover in zijn advies opgemerkt dat het van belang is om inzicht te hebben in de gevolgen voor de administratieve lasten. Dit inzicht

kan verkregen worden door te werken met scenario's. De Zorgverzekeringswet geeft de structuur aan wat betreft maatregelen die administratieve lasten veroorzaken. In lagere regelgeving worden deze maatregelen nader ingevuld. Door deze nadere invulling komen de administratieve lasten nader in beeld. Hoe de verdeling van administratieve lasten tussen wet, algemene maatregel van bestuur, ministeriële regeling en beleidsregels er exact uit komt te zien, zal bij die nadere regelgeving worden aangegeven. Bij de invulling hiervan wordt de raming van de administratieve lasten aan het Adviescollege toetsing administratieve lasten voorgelegd.

Onderstaande tekst geeft een toelichting op de gehanteerde clusters. Per cluster is beschreven wat de oorzaak is van de toe- of afname van de administratieve lasten.

#### *Verzekeraarsadministratie*

In de Zfw is de verzekeraarsadministratie wettelijk voorgeschreven. In die wet zijn bepalingen opgenomen over de inrichting van de administratie in het kader van het toezicht en verantwoording op de doelmatigheid en de rechtmatigheid van de uitvoering van de wet. In de Zorgverzekeringswet wordt voor de verantwoording slechts rechtmatigheidsinformatie verlangd van de zorgverzekeraars. Hoe de administratie wordt ingericht, wordt overgelaten aan de zorgverzekeraars en is ingevolge de Zorgverzekeringswet niet meer wettelijk voorgeschreven.

Met de invoering van de Zorgverzekeringswet verdwijnt het onderscheid tussen ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden. In de gemeten administratieve lasten kwamen slechts de lasten voortvloeiende uit de Zfw en de Wtz 1998 tot uitdrukking. Onder de Zorgverzekeringswet zijn onder meer alle ingezetenen van Nederland verzekeringsplichtig. Hierdoor gelden de administratieve verplichtingen voortvloeiende uit de Zorgverzekeringswet voor meer mensen en nemen de administratieve lasten voor het bedrijfsleven toe.

De besparing van de administratieve lasten vanwege geautomatiseerde gegevensverwerking, te denken valt aan de declaratiecasus en het traject voor intersectorale gegevensuitwisseling via het netwerk van het Routeringsinstituut (inter)Nationale Informatie Stroom (RINIS-traject), levert wel een feitelijke daling van de kosten op, maar deze wordt niet aan de Zorgverzekeringswet toegerekend.

#### *Verevening*

In de Zorgverzekeringswet hebben de zorgverzekeraars een acceptatieplicht ten aanzien van verzekeringsplichtigen. Dit kan ertoe leiden dat zij een groot aantal mensen met een slecht verzekeringsrisico in hun verzekeringsportefeuille krijgen. Omdat hieruit financieel nadeel voortvloeit voor de zorgverzekeraar, is een goed systeem van risicoverevening noodzakelijk.

In de Zfw is het verstrekken van de informatie die nodig is voor de uitvoering van de risicoverevening verplicht. Om voor de vereveningsbijdrage in aanmerking te komen moeten ziekenfondsen opgave doen van de aantallen verzekerden, de kenmerken die ze hebben en de kosten die ze declareren. Om de tijdigheid van aanlevering en de betrouwbaarheid en kwaliteit van de gegevens te waarborgen is in de Zorgverzekeringswet de wijze van risicoverevening wettelijk vastgelegd.

De benodigde informatie voor de verevening in de Zorgverzekeringswet is dezelfde als die onder de Zfw, maar zoals eerder aangegeven, betreft de verzekerdenpopulatie de gehele Nederlandse bevolking. Dit betekent derhalve een beperkte stijging van de administratieve lasten.

#### *Toezicht en verantwoording*

In de Zfw is voorgeschreven hoe de administratie van een ziekenfonds

ingericht dient te worden om zodoende toezicht op de doelmatigheid en de rechtmatigheid van de uitvoering van de wet te houden. In de Zfw vindt al een vermindering van administratieve lasten plaats door het stellen van voorschriften over de te hanteren procedures en het toezien op het hebben en toepassen van procedures. Niet de administratie zelf wordt gecontroleerd, maar het administratieve proces (single audit). In de Zorgverzekeringswet staan regels over de verantwoording van de resultaten. Het wettelijk verplicht voorschrijven van het administratieve proces is daarom niet meer nodig. Er vindt een verschuiving plaats van toezicht naar verantwoording; van input naar output. Voor de toekomst wordt gestreefd naar een verdere besparing op de administratieve lasten door het volstaan met de verantwoording via de jaarrekening.

In de private setting van de Zorgverzekeringswet vindt geen verantwoording meer plaats over de doelmatigheid van het handelen, maar alleen over het rechtmatig uitvoeren van de wet.

Er vindt een besparing van de administratieve lasten plaats vanwege geautomatiseerde gegevensuitwisseling.

Dit cluster valt onder de zogenaamde «gemengde functie».

#### *Transparantie*

In de Zorgverzekeringswet krijgt de verzekerde de mogelijkheid geboden om zelf bepaalde keuzes te maken. Hij kan zijn keuze voor een zorgverzekeraar laten bepalen door de verschillende modelovereenkomsten die de zorgverzekeraar biedt: natura of restitutie of een mengvorm daarvan, en daarbij behorende premie, alsmede een eigen risico. Om een heldere afweging te kunnen maken verplicht de Zorgverzekeringswet de zorgverzekeraars om de varianten van de zorgverzekering die zij aanbieden vast te leggen in openbaar te maken modelovereenkomsten. Deze verplichting maakt het de verzekeringsplichtige makkelijker om te kiezen voor een zorgverzekeraar en voor een van de geboden modelovereenkomsten als ze de overstap naar een andere zorgverzekeraar overwegen. Verder moeten de zorgverzekeraars aan de Zorgautoriteit gegevens aanleveren voor een vergelijkend overzicht met de kerngegevens die voor de verzekeringsplichtigen van belang zijn bij het bepalen van een keuze voor een zorgverzekeraar. In de Zorgverzekeringswet wordt erop toegezien dat de zorgverzekeraar de betreffende informatie voldoende verschaft. In de Zfw keek de toezichthouder bij het oordelen over het functioneren van het ziekenfonds daar ook naar.

#### *Rechtsbescherming van de verzekerde*

In de Zorgverzekeringswet gaat het niet langer om een publiekrechtelijke verzekering, zoals in de Zfw, maar om een privaatrechtelijke. Daarom is de Algemene wet bestuursrecht met de regels van bezwaar en beroep zoals die gelden bij geschillen tussen een ziekenfondsverzekerde en het ziekenfonds, niet langer van toepassing. Op geschillen tussen een verzekerde en de zorgverzekeraar zijn de normale regels van civiel recht van toepassing. In de Zorgverzekeringswet wordt zorgverzekeraars de verplichting opgelegd om aangesloten te zijn bij een onafhankelijke geschillencommissie, die de klachten van de verzekerden over de uitvoering van de Zorgverzekeringswet in behandeling neemt.

#### *Evaluatie*

De Zorgverzekeringswet bevat een evaluatiebepaling waarbij de Minister binnen vijf jaar na inwerkingtreding van de wet een verslag zendt aan de Staten-Generaal over de doeltreffendheid en de effecten van deze wet in de praktijk. Op advies van het Adviescollege toetsing administratieve lasten wordt het aspect van de administratieve lasten uitdrukkelijk meegenomen in de evaluatie.



## **XII Overgangssituatie**

De rechtsgevolgen die voortvloeien uit de invoering van de Zorgverzekeringswet, de daarmee samenhangende intrekking van de Zfw, de Wtz 1998 en de Wet MOOZ, alsmede de noodzakelijke overgangsregelingen worden geregeld in een afzonderlijke Invoerings- en aanpassingswet Zvw.

## **XIII Inwerkingtreding en voorlichting**

De regering streeft ernaar de Zorgverzekeringswet in werking te doen treden met ingang van 1 januari 2006. Ter voorbereiding hiervan zal een uitgebreide voorlichtingscampagne in gang worden gezet waarbij de vertegenwoordigende organisaties van de huidige ziekenfondsen, particuliere ziektekostenverzekeraars en publiekrechtelijke ziektekostenregelingen voor ambtenaren intensief zullen worden betrokken. Daarbij zal tevens een belangrijke rol worden toebedeeld aan vertegenwoordigende organisaties van consumenten en patiënten. Ruim voor de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet zullen verzekeraars hun verzekerden aanschrijven met de mededeling dat er een nieuw verzekeringsstelsel komt, hetgeen ertoe leidt dat hun bestaande verzekering komt te vervallen. Indien de verzekeraar of zijn rechtsopvolger aan de uitvoering van de Zorgverzekeringswet gaat deelnemen, bericht hij zijn verzekerde welke polissen hij in het kader van de Zorgverzekeringswet voert en welke daarvan het meest overeenkomt met de verzekering die de betrokken verzekerde op dat moment heeft. De verzekerde kan worden voorgelegd dat, bij het uitblijven van een andersluidende reactie, voor hem de meest met zijn bestaande verzekering overeenkomende zorgverzekeringspolis zal gelden. Indien een verzekeraar niet voornemens is de Zorgverzekeringswet te gaan uitvoeren, zal hij zijn verzekerden hiervan op de hoogte stellen en hen verwijzen naar andere verzekeringsmogelijkheden. Aldus kan worden voorkomen dat bij de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet veel mensen min of meer onbewust onverzekerd zouden raken.

## B. ARTIKELSGEWIJZE TOELICHTING

### Vooraf

Bij het schrijven van voorliggend wetsvoorstel is ervan uitgegaan dat de volgende wetsvoorstellen in werking zijn getreden voordat deze wet (verder afgekort als: Zvw) in werking treedt:

- a. het wetsvoorstel tot Vereenvoudiging van het stelsel van overheidsbemoeienis met het aanbod van zorginstellingen (Wet toelating zorginstellingen; Kamerstukken II, 27 659, nrs. 1 t/m 3 e.v.);
- b. het wetsvoorstel tot Vaststelling van titel 7.17 (verzekering) en titel 7.18 (lijfrente) van het nieuwe Burgerlijk Wetboek (Kamerstukken I 2002/03, 19 529, nr. 206) alsmede de nog bij de Tweede Kamer in te dienen wet waarmee de inwerkingtreding van die wet zal worden geregeld;
- c. het wetsvoorstel tot Wijziging van de Coördinatiewet Sociale Verzekering en andere wetten in verband met een administratieve lastenverlichting inzake de vaststelling van het premieloon en het uitkeringsloon (Wet administratieve lastenverlichting en vereenvoudiging in socialeverzekeringswetten, Stb. 2004, 311; ook wel «Walvis» genoemd), alsmede het wetsvoorstel tot Wijziging van de Wet op de loonbelasting 1964 in het kader van administratieve lastenverlichting en vereenvoudiging in socialeverzekeringswetten (Aansluitingswet Walvis; Stb. 2004, 312), wat betreft het loonbegrip voor de zogenoemde «collecterende functie»;
- d. het wetsvoorstel «Wet financiering sociale verzekeringen» (Wfsv; Kamerstukken I 2003/04, 29 529, A), alsmede de bijbehorende Invoeringswet Wet financiering sociale verzekeringen (Invoeringswet Wfsv; Kamerstukken I 2003/04, 29 531, A).

Het onder b genoemde wetsvoorstel kent nog geen doorlopende artikelnummering. Nadat de doorlopende nummering in die wetsvoorstellen is opgenomen, zullen de verwijzingen in voorliggend wetsvoorstel worden aangepast.

Het wetsvoorstel «Bepalingen in verband met de fusie van De Nederlandse Bank N.V. en de Stichting Pensioen- & Verzekeringkamer», (Kamerstukken II 2003/04, 29 411, nrs. 1 t/m 3) dat op 30 januari 2004 bij de Tweede Kamer is gediend, regelt de fusie van de PVK en De Nederlandse Bank (DNB). De gekozen constructie is, dat de PVK zo spoedig mogelijk opgaat in de DNB, zonder echter in de diverse wetten verwijzingen naar de PVK te wijzigen in verwijzingen naar DNB. Dit laatste zal pas geschieden met het wetsvoorstel «Wet op het financieel toezicht» (Kamerstukken II 2003/04, 29 708) en met de herziening van de Pensioen- en spaarfondsenwet. Hierbij aansluitend, is besloten ook in dit wetsvoorstel nog te spreken van de PVK.

Het wetsvoorstel «Wet op het financieel toezicht» zal vijf delen tellen (algemeen deel, prudentieel toezicht, gedragstoezicht, toezicht infrastructuur, en aanpassings-, overgangs- en slotbepalingen) en zal naar verwachting op 1 juli 2005 de inhoud van het toezicht op de financiële markten, waaronder de verzekeringsmarkt, wijzigen. De Wtv 1993 zal tegelijkertijd worden ingetrokken. Bij het schrijven van voorliggend wetsvoorstel was de tekst van dit wetsvoorstel nog niet beschikbaar. Via de invoeringswetgeving, behorende bij dit wetsvoorstel, bij het wetsvoorstel Wet op het financieel toezicht, of via de Wet op de Zorgautoriteit zullen verwijzingen in voorliggend wetsvoorstel naar de Wtv 1993 en de PVK worden vervangen door verwijzingen naar de Wet op het financieel toezicht en DNB. Voorts zullen via deze invoeringswetgeving of via de Wet op de Zorgautoriteit waar nodig de toezichtsbepalingen van voorliggend wetsvoorstel op het in de Wet op het financieel toezicht geregeld toezicht worden afgestemd.

## Hoofdstuk 1. Algemene bepaling

### Artikel 1 (begripsbepaling)

#### *onderdeel a. verzekeraar*

Deze wet draagt verzekeringsplichtigen (zie onderdeel e) op zich privaatrechtelijk tegen het risico van behoefte aan zorg te (laten) verzekeren bij een zorgverzekeraar. Een zorgverzekeraar is allereerst een verzekeraar. Een verzekeraar is een verzekeringsonderneming als bedoeld in de eerste richtlijn schadeverzekering (zie onderdeel p). Zo'n verzekeringsonderneming mag op de Europese markt slechts schadeverzekeringen aanbieden indien zij een vergunning heeft tot het uitoefenen van het schadeverzekeringsbedrijf. Het uitoefenen van het schadeverzekeringsbedrijf wordt in artikel 1, onderdeel c, van de Wtv 1993, met welke wet de drie richtlijnen schadeverzekeringen zijn geïmplementeerd, gedefinieerd als: «het als bedrijf sluiten van overeenkomsten van schadeverzekering voor eigen rekening, met inbegrip van het afwickelen van de in dat bedrijf gesloten overeenkomsten van schadeverzekering, ook al wordt daarmee niet beoogd het maken van winst». Vergunningen tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf worden per branche verleend (zie voor de branches de bijlage bij de eerste richtlijn schadeverzekering, of artikel 15 van Wtv 1993).

#### *onderdeel b. zorgverzekeraar*

Een verzekeraar wordt zorgverzekeraar zodra hij aspirant verzekeringsnemers aanbiedt met hem een zorgverzekering te sluiten. Hij blijft zorgverzekeraar zolang hij ten minste één verzekerde op basis van een zorgverzekering verzekerd houdt – en dus de zorgverzekering voor ten minste één verzekerde uitvoert – ook al biedt hij inmiddels geen nieuwe zorgverzekeringen meer aan.

Zoals bij onderdeel a, aangegeven, dient een verzekeraar die bepaalde soorten schadeverzekeringen wil aanbieden, over een vergunning voor de juiste branches te beschikken. Een rechtspersoon die zorgverzekeringen wil afsluiten, dient een vergunning te hebben voor «branche 1. ongevallen (inclusief arbeidsongevallen en beroepsziekten)» alsmede voor «branche 2. ziekte». Onder branche 2 vallen namelijk geen beroepsziekten, terwijl de zorgverzekering zorgbehoeften bij dergelijke ziekten wel dient te dekken. Dit sluit overigens niet uit, dat de vergunning van de verzekeraar daarnaast ook geldt voor het uitoefenen van andere branches van schadeverzekering. In dat geval kan de verzekeraar naast zorgverzekeringen ook andere schadeverzekeringen aanbieden. In Nederland worden de vergunningen tot het uitoefenen van het (schade)verzekeringsbedrijf verleend door de PVK (art. 24 Wtv 1993). Ook schadeverzekeraars met zetel of bijkantoor in een andere lid-staat van de EU kunnen echter zorgverzekeraar worden. Zij dienen dan wel een vergunning tot uitoefening van (ten minste) «branche 1. ongevallen (inclusief arbeidsongevallen en beroepsziekten)» en «branche 2. ziekte» te hebben van het toezichthoudende orgaan dat in hun lid-staat de vergunningen tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf verstrekt.

Een verzekeraar is slechts zorgverzekeraar voor zover hij zorgverzekeringen aanbiedt of uitvoert. Voert hij naast zorgverzekeringen ook andere verzekeringen uit, dan wordt hij voor die werkzaamheden niet als zorgverzekeraar beschouwd.

#### *onderdeel c. verzekeringnemer*

De verzekeringnemer is de persoon die met een zorgverzekeraar een zorgverzekering sluit. Omdat zorgverzekeringen slechts kunnen worden gesloten ten behoeve van verzekeringsplichtigen (onderdeel e), zal de

verzekeringnemer slechts verzekeringsplichtigen voor een zorgverzekering kunnen verzekeren. Vaak zal de verzekeringnemer zichzelf verzekeren. Iemand kan echter ook op eigen naam een andere verzekeringsplichtige persoon – bijvoorbeeld zijn partner, kind, huisgenoot of werknemer – verzekeren. In dat geval is de verzekeringnemer een ander dan de verzekerde.

Handelingsonbekwamen (minderjarigen, onder curatele gestelden) of handelingsonbevoegden (onder bewind of mentorschap gestelde meerderjarigen als bedoeld in de titels 19 en 20 van boek 1 van het Burgerlijk Wetboek (BW)) in wier naam de wettelijke vertegenwoordiger een zorgverzekering sluit, worden zelf verzekeringnemer (artt. 1:253i, 337, 386, 441 BW juncto artt. 3:78 en 3:66, eerste lid, BW). Hetzelfde geldt indien een vertegenwoordiger op basis van een volmacht iemand verzekert die wél handelingsbekwaam en handelingsbevoegd is (art. 3:66 BW). Deze situatie verschilt derhalve van de in de vorige alinea beschreven situatie, waarin een verzekeringnemer een derde verzekert zonder dat die derde verzekeringnemer wordt.

#### *onderdeel d. zorgverzekering*

##### *een zorgverzekering is een overeenkomst van schadeverzekering*

«De zorgverzekering is een tussen een zorgverzekeraar en een verzekeringnemer ten behoeve van een verzekeringsplichtige, gesloten schadeverzekering, die voldoet aan hetgeen daarover bij of krachtens deze wet is geregeld, en waarvan de verzekerde prestaties het bij of krachtens deze wet geregelde niet te boven gaan», zo bepaalt onderdeel d. Aangezien artikel 10 van voorliggend wetsvoorstel regelt dat het te verzekeren risico is «de behoefte aan zorg van de verzekerde», is de benaming «zorgverzekering» voor de schadeverzekeringen die op grond van de Zvw gesloten moeten worden, toepasselijk.

Wat een schadeverzekering is, is geregeld in artikel 7.17.2.1 BW: «Schadeverzekering is de verzekering strekkende tot vergoeding van vermogensschade die de verzekerde zou kunnen leiden». Het begrip verzekering is gedefinieerd in het eerste lid van artikel 7.17.1.1 BW: «Verzekering is een overeenkomst waarbij de ene partij, de verzekeraar, zich tegen het genot van premie jegens haar wederpartij, de verzekeringnemer, verbindt tot het doen van een of meer uitkeringen, en bij het sluiten der overeenkomst voor partijen geen zekerheid bestaat, dat, wanneer of tot welk bedrag enige uitkering moet worden gedaan, of ook hoe lang de overeengekomen premiebetaling zal duren.»

Kortom, de zorgverzekering is een bijzondere vorm van de schadeverzekering, en de schadeverzekering is een bijzondere vorm van de verzekering, die op zich weer een overeenkomst is. Daarmee staat tevens vast, dat de zorgverzekering een overeenkomst is.

De Zvw gaat ervan uit dat er per verzekeringsplichtige een zorgverzekering wordt gesloten. Gezinspolissen passen niet goed bij het elders in deze wet bepaalde. Een en ander sluit natuurlijk niet uit, dat een zorgverzekeraar bevoegd is onnodige administratieve lasten te voorkomen. Heeft een vrouw voor zichzelf, haar partner en haar twee kinderen vier keer voor een zorgverzekering volgens eenzelfde modelovereenkomst gekozen, dan zou de verzekeraar bijvoorbeeld kunnen volstaan met het verzenden van vier polisbladen, met daaraan toegevoegd éénmaal de gehele zorgpolis (inclusief de algemene voorwaarden en dergelijke).

*een overeenkomst van schadeverzekering is geen zorgverzekering indien deze niet met of ten behoeve van een verzekeringsplichtige is gesloten*  
Een zorgverzekering is geen schadeverzekering indien deze niet met of ten

behoefte van een verzekeringsplichtige (zie onderdeel e) is gesloten. De Zvw verbiedt de zorgverzekeraar niet om andere personen te verzekeren op basis van een pakket dat geheel gelijk is aan dat van de zorgverzekering. De definitie, in onderdeel d, van «zorgverzekering» leidt er echter toe, dat een dergelijke privaatrechtelijke schadeverzekering dan geen zorgverzekering in de zin van de Zvw is. Dergelijke verzekeringsovereenkomsten dienen volgens het commune privaatrecht te worden afgewikkeld, zij doen niet mee in de risicoverevening en er wordt dus ook geen bijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds voor gegeven.

*een overeenkomst van schadeverzekering is geen zorgverzekering indien de verzekeringsvoorwaarden niet voldoen aan hetgeen bij of krachtens deze wet geregeld is*

Een verzekeringsovereenkomst is geen zorgverzekering indien de verzekeringsvoorwaarden niet voldoen aan hetgeen daarover bij of krachtens deze wet is geregeld. Hetgeen bij of krachtens deze wet is geregeld, geeft de zorgverzekeraars echter ruimte tot nadere invulling. Zij kunnen – binnen de grenzen bij of krachtens de wet bepaald – meerdere varianten van de zorgverzekering aanbieden. De Zvw verplicht de zorgverzekeraars, alle varianten in modelovereenkomsten neer te leggen. Een aspirant-verzekeringnemer kan vervolgens de zorgverzekeraar verzoeken een zorgverzekering volgens één van de door de verzekeraar aangeboden modellen te sluiten. De zorgverzekeraar legt de inhoud van de gesloten zorgverzekeringsovereenkomst neer in de zorgpolis (zie onderdeel h). Het vereiste dat een verzekeringsovereenkomst slechts een zorgverzekering is indien de verzekeringsvoorwaarden voldoen aan het bij of krachtens de Zvw geregelde, betekent derhalve dat niet alleen eenmaal gesloten zorgverzekeringen aan deze bepalingen dienen te voldoen, maar ook de modelovereenkomsten waarop deze zijn gebaseerd, alsmede de zorgpolissen die de schriftelijke neerslag van de individuele zorgverzekering vormen.

De eis dat een verzekeringsovereenkomst pas een zorgverzekering is indien deze aan het gestelde bij of krachtens de Zvw voldoet betekent voorts, dat niet alleen de bepalingen over de te verzekeren prestaties en de premie in de zorgverzekering (en derhalve ook in de modelovereenkomsten en de zorgpolissen) verwerkt dienen te zijn (hoofdstuk 3), maar ook alle in hoofdstuk 2 genoemde bepalingen die voor opname in aanmerking komen. Zo zullen de daar genoemde gronden waarop de zorgverzekering van rechtswege eindigt of door opzegging kan eindigen, in de overeenkomst moeten staan. Een overeenkomst waarin dat niet gebeurt, is geen zorgverzekering, maar een gewone schadeverzekering.

Het voorgaande brengt met zich dat een zorgverzekeraar die verzekeringsplichtigen en -gerechtigden verzekeringen aanbiedt die minder verzekeren dan het bij en krachtens artikel 11 (juncto 10) geregelde Zvw-pakket, geen zorgverzekeringen aanbiedt. Als gezegd is zo'n verzekeringsovereenkomst geen zorgverzekering, geldt er slechts het commune privaatrecht voor, en valt zij buiten de risicoverevening. Voor zover het gaat om een verzekering die de uit de zorgverzekering voortvloeiende prestaties slechts aanvult, zal dit geen enkel probleem opleveren. Anders wordt het indien de verzekeringnemer met de verzekeringsovereenkomst meende een zorgverzekering af te sluiten. Aangezien de gesloten verzekeringsovereenkomst de verzekerde niet ontslaat van zijn wettelijke verplichting een zorgverzekering te hebben, dient voor hem naast deze verzekeringsovereenkomst alsnog een zorgverzekering te worden gesloten. De verzekeringnemer kan dan komen te staan voor dubbele premiebetaling, terwijl hij (of de verzekerde) bij het zich voordoen van het verzekerd risico, geen dubbele prestatie krijgt (dit is in het geval van een naturazorgverzekering fysiek niet mogelijk, en volgt voor een restitutieverzekering uit de artt. 7.17.2.24 en 7.17.2.24a BW).

De zorgverzekeraar zal deze situatie door middel van het opstellen van modelovereenkomsten die aan het bij en krachtens deze wet geregelde voldoen, dienen te voorkomen. Overigens bepaalt artikel 25 dat een verzekeraar voorafgaande aan het aanbieden van zorgverzekeringen zijn modelovereenkomsten aan het CTZ dient over te leggen. Hetzelfde geldt voor wijzigingen in die overeenkomsten. Het CTZ verstrekt deze modellen in afschrift aan het CTZ. Indien de verzekeraar zijn modelovereenkomsten tijdig overlegt, zal het CTZ de verzekeraar kunnen waarschuwen indien hij een modelovereenkomst op de markt wil brengen die naar zijn oordeel geen zorgverzekering op zal leveren. Een verzekeraar die een dergelijke waarschuwing in de wind slaat of kort na de overlegging, zonder de reactie van het CTZ af te wachten, modelovereenkomsten op de markt brengt die achteraf geen zorgverzekeringen blijken te genereren, komt voor op grond van het desbetreffende modellen gesloten verzekeringen niet in aanmerking voor vereveningsbijdragen uit het Zorgverzekeringsfonds en is voorts op grond van artikel 27 schadeplichtig jegens de verzekeringsplichtige of degene die een verzekeringsplichtige op basis van zo'n model heeft verzekerd. Deze personen gingen er immers van uit een zorgverzekering te hebben gesloten. Een verzekeraar die voldoende klanten wil behouden, zal daarnaast naar verwachting open staan voor omzetting – met terugwerkende kracht – van de eerder gesloten verzekeringsovereenkomst in een zorgverzekering. Dit zal veelal ook uit het vereiste van redelijkheid en billijkheid (art. 6:248 BW) voortvloeien.

Het is ook mogelijk dat een verzekeraar een overeenkomst aanbiedt die meer verzekert dan op grond van de Zvw verzekerd moet worden. De clausule «en waarvan de verzekerde prestaties het bij of krachtens deze wet geregelde niet te boven gaan» in de definitie van «zorgverzekering» leidt ertoe, dat ook zo'n verzekering geen zorgverzekering in de zin van de Zvw is. De reden voor deze uitsluiting is niet zozeer, dat via het gedeelte dat het verplichte Zvw-pakket aan zou vullen, risicoselectie zou kunnen plaatsvinden. Artikel 3, tweede lid, Zvw, zou daar immers aan in de weg staan. Echter, de premie die voor een dergelijke verzekeringsovereenkomst zou worden gevraagd, zou door de bank genomen hoger zijn dan de premie die zou moeten worden gevraagd voor een zorgverzekering die zich tot verzekering van het wettelijke pakket beperkt. Gezien de macrokoppeling tussen de premie en de inkomensafhankelijke bijdragen, inhoudende dat de werkgevers en bepaalde andere groepen (zie hoofdstuk 5) de helft van de totale macropremielast dienen te dragen, zou het toestaan van zorgverzekeringen die meer verzekeren dan het wettelijke pakket, betekenen dat werkgevers en die andere personen indirect zouden gaan bijdragen in de kosten van dit meerdere. Omdat het hier gaat om zorg waarvan de regering opname in het wettelijke pakket niet noodzakelijk acht, is dit ongewenst. Voorts zou het meer verzekeren dan het wettelijk verplichte pakket tot een stijging van de (nominale) premie<sup>1</sup>, en – omdat deze premie tot de collectieve lasten wordt gerekend – daarmee van de collectieve lasten leiden. Ook dat vindt de regering niet wenselijk.

De Zvw verbiedt de zorgverzekeraar echter niet om op andere punten dan de verzekerde prestaties meer te regelen. Zo bevat de Zvw geen bepalingen over de administratieve afhandeling van claims. Het is derhalve aan de verzekeraar om hierover regels te stellen. Hetzelfde geldt bijvoorbeeld voor het geval de zorgverzekeraar meer opzeggings- of ontbindingsgronden wil regelen dan in de Zvw zijn geregeld (de in de Zvw geregelde gronden zullen in ieder geval in de zorgverzekeringsovereenkomst moeten worden opgenomen) en voor de vraag of, en voor welke vormen van zorg de verzekerde, op straffe van verlies van het recht op een verzekerde prestatie, vooraf een verwijzing van een arts of een toestemming van zijn zorgverzekeraar dient te hebben. Dergelijke bijkomende onderwerpen zal de verzekeraar zelf in de zorgverzekeringsovereenkomst (en

<sup>1</sup> In het algemene deel van deze toelichting wordt de aan de zorgverzekeraar te betalen premie aangeduid als «nominale premie». Aldus wordt aangesloten bij het in de praktijk levende begrippenkader. In de wetsartikelen en in deze artikelsgewijze toelichting, wordt de vanuit wetgevingsoptiek iets betere term «premie» gebruikt. Het woord «nominale» voor «premie» wordt weggelaten omdat de inkomensafhankelijke bijdragen geen premies zijn, zodat een onderscheid tussen nominale en inkomensafhankelijke premies niet aan de orde is.

derhalve in de zorgpolis alsmede in de modelovereenkomst) kunnen regelen. Natuurlijk mogen deze regels niet in strijd zijn met hetgeen op grond van deze wet en de daarop gebaseerde regelgeving in de zorgverzekeringen opgenomen dient te worden.

*onderdeel e. verzekeringsplichtige*

Een verzekeringsplichtige is een natuurlijke persoon die op grond van artikel 2 verplicht is zich door middel van het (laten) sluiten van een zorgverzekering te (laten) verzekeren.

*onderdeel f. verzekerde*

De verzekerde is degene wiens behoefte aan geneeskundige zorg door de zorgverzekering wordt gedekt. Vaak zal de verzekerde dezelfde persoon zijn als de verzekeringnemer. Dit hoeft echter niet altijd het geval te zijn. Zie voor meer hierover de toelichting op onderdeel c.

*onderdeel g. eigen risico*

In artikel 19 wordt de verzekeraars de mogelijkheid gegeven om verzekeringnemers te laten kiezen tussen bepaalde tranches eigen risico. In onderdeel g wordt «eigen risico» gedefinieerd als: een door de verzekeringnemer met de zorgverzekeraar als onderdeel van de zorgverzekering overeengekomen bedrag aan kosten van zorg of overige diensten, als bedoeld bij of krachtens artikel 11, dat de verzekerde voor zijn rekening zal nemen.

*onderdeel h. zorgpolis*

Artikel 9, eerste lid, verplicht de zorgverzekeraar de verzekeringnemer zo spoedig mogelijk na het tot stand komen van een zorgverzekering en vervolgens voorafgaande aan ieder kalenderjaar, een zorgpolis af te geven. In aansluiting op artikel 7.17.1.8, eerste lid, BW regelt onderdeel h dat de zorgpolis een akte is, waarin de tussen een verzekeringnemer en de zorgverzekeraar afgesloten zorgverzekering is vastgelegd. Een akte is een ondertekend geschrift, bestemd om tot bewijs te dienen (art. 156 Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering).

Een zorgpolis is dus een schriftelijk stuk, waaruit de rechten en plichten van de zorgverzekeraar, de verzekeringnemer en, indien dit een ander dan de verzekeringnemer is, de verzekerde, blijken. Het vereiste van het zijn van akte brengt met zich, dat de zorgverzekeraar het document dient te ondertekenen. Onder zorgpolis is ook begrepen de akte waarin de overeenkomst niet volledig is omschreven, maar die naar een of meer bijbehorende documenten verwijst, bijvoorbeeld algemene voorwaarden, een reglement of een mantelpolis bij een collectieve verzekering.

Zorgverzekeringen kunnen regelen dat de verzekerde de zorg slechts van bepaalde (door de zorgverzekeraar gecontracteerde) zorgaanbieders mag betrekken (zie het algemeen deel van deze toelichting, en de toelichting op artikel 11). In dat geval behoort de lijst van zorgaanbieders waar de verzekerde terecht kan tot de zorgverzekeringsovereenkomst. Indien deze lijst niet zo lang is of slechts met ingang van het kalenderjaar wijzigt, is het meezenden van de lijst niet zo'n probleem. Echter, bij lange lijsten of lijsten die vaak wijzigen (bijvoorbeeld voor naturacontracten krachtens welke de verzekerde voor alle vormen van zorg bij zorgaanbieders in het hele land terecht kan) is het voor de verzekeraar niet te doen, om alle wijzigingen telkens toe te zenden. De verzekerde zou daar overigens ook weinig aan hebben. In zo'n geval vloeit uit de redelijkheid en billijkheid waarmee overeenkomsten moeten worden uitgevoerd (artt. 6:2 en 6:248 BW) voort, dat de zorgverzekeraar in zijn polis mag verwijzen naar op zijn website vindbare lijsten, en dat hij – bijvoorbeeld voor verzekerden die geen computer hebben – desgevraagd een uitdraai maakt en verzendt.

#### *onderdeel i. sociaal-fiscaalnummer*

Het sociaal-fiscaalnummer (sofi-nummer) van de verzekerden speelt in deze wet een belangrijke rol. Zo zal op zorgdeclaraties het sofi-nummer van de patiënt moeten worden aangegeven (artt. 117 juncto 86), en zal een zorgverzekeraar, wil hij een bij hem verzekerde persoon mee laten tellen voor zijn vereveningsbijdrage, het sofi-nummer van die verzekerde aan het CVZ dienen door te geven (artt. 32 juncto 35).

#### *onderdeel j. Inhoudingsplichtige*

De inhoudingsplichtige wordt op grond van artikel 46 verplicht de inkomensafhankelijke bijdrage die een verzekeringsplichtige over door de Minister van VWS aan te wijzen loon in de zin van de Wet op de loonbelasting 1964 (Wet LB 1964) verschuldigd is, aan die verzekeringsplichtige te vergoeden. Inhoudingsplichtige is de inhoudingsplichtige in de zin van de Wet LB 1964 dan wel in de zin van de Wfsv, dat wil, samengevat, zeggen: werkgevers en instanties die bepaalde uitkeringen verstrekken.

#### *onderdeel k. instelling*

Eén van de mogelijkheden voor zorgverzekeraars om aan hun uit de zorgverzekering voortvloeiende verplichtingen te voldoen, is om zorgverleners te contracteren die voor hun rekening aan hun verzekerden de verzekerde zorg of andere verzekerde dienst leveren waar die verzekerden behoefte aan hebben. Artikel 12 van deze wet bevat de mogelijkheid om met het oog op het algemeen belang bij algemene maatregel van bestuur (amvb) vormen van zorg of andere diensten aan te wijzen, waarvoor een dergelijke contractsluiting de enige toegestane wijze is waarop de verzekeraar aan zijn verplichtingen kan voldoen. Daarnaast kunnen in die amvb vormen van zorg of andere diensten worden aangewezen waarvoor niet alleen geldt dat deze via een contract worden geleverd, maar waarvoor tevens geldt dat de zorgverzekeraar alle zorginstellingen die om zo'n overeenkomst verzoeken, dient te contracteren (ook wel «contracteerplicht» genoemd) en, andersom, dat bepaalde zorginstellingen desgevraagd zo'n overeenkomst met een zorgverzekeraar moeten sluiten (ook wel «omgekeerde contracteerplicht» genoemd). Onderdeel k definieert met het oog daarop het begrip «zorginstelling». Allereerst gaat het om instellingen die op grond van de Wet toelating zorginstellingen zijn toegelaten. Dit zijn in Nederland gevestigde rechtspersonen en in het buitenland gevestigde rechtspersonen die in Nederland zorg verlenen. Daarnaast kunnen ook buitenlandse rechtspersonen die aldaar zorg verlenen zorginstelling zijn. Zij dienen dan echter wel in het kader van het in hun vestigingsland geldende socialezekerheidsstelsel dan wel aan specifieke groepen van publieke functionarissen zorg te verlenen. Aldus wordt gewaarborgd dat de zorg van een buitenlandse instelling waarmee een contract wordt gesloten in ieder geval het kwaliteitsniveau heeft dat in het desbetreffende land acceptabel is.

#### *onderdeel l. Onze Minister*

In deze wet wordt met «Onze Minister» de Minister van VWS bedoeld.

#### *onderdeel m. College toezicht*

Het CTZ houdt toezicht op de uitvoering van deze wet door de zorgverzekeraars, voor zover althans dit toezicht niet door de PVK wordt uitgeoefend.

#### *onderdeel n. College zorgverzekeringen*

Het CVZ vervult zowel in de ABWZ als in deze wet een belangrijke rol. De belangrijkste Zvw-taken van het CVZ betreffen bevordering van een eenduidige uitleg van de inhoud en omvang van de op grond van deze wet te verzekeren prestaties, beheer van het Zorgverzekeringsfonds en toekenning van vereveningsbijdragen. Daarnaast krijgt het CVZ op grond



van deze wet nog enkele andere taken, zoals het opleggen van boeten aan verzekeringsplichtigen die zich niet tijdig (laten) verzekeren.

#### *onderdeel o. Zorgverzekeringsfonds*

De financiering van de uitvoering van de Zvw geschiedt gedeeltelijk vanuit het Zorgverzekeringsfonds. Het CVZ beheert dit fonds.

#### *onderdeel p. eerste richtlijn schadeverzekering*

In onderdeel p wordt geregeld wat in deze wet onder de «eerste richtlijn schadeverzekering» wordt verstaan. Gekozen is voor dynamische verwijzing.

## **Hoofdstuk 2. De plicht tot het sluiten van een zorgverzekering**

### *Algemeen*

De zorgverzekering is een bijzondere, op grond van voorliggend wetsvoorstel gereguleerde vorm van de schadeverzekering. Op de zorgverzekering zijn dan ook niet alleen de bij en krachtens deze wet te stellen regels van toepassing, maar tevens de artikelen van de afdelingen 1 (algemene bepalingen) en 2 (schadeverzekering) van titel 7.17 (verzekering) van het BW, voor zover daarvan althans niet via deze wet wordt afgeweken. Voorts zijn de bepalingen van boek 6 (algemeen gedeelte van het verbintenissenrecht) BW van toepassing, voor zover daarvan niet op grond van titel 7.17 BW of voorliggende wet wordt afgeweken, terwijl, ten slotte, boek 3 (vermogensrecht in het algemeen) BW van toepassing is voor zover daarvan niet in boek 6 BW, titel 7.17 BW of voorliggende wet van wordt afgeweken. Uiteraard zullen in de hiernavolgende artikelsgewijze toelichting afwijkingen van het BW worden gemotiveerd. Om het beeld van de voorliggende verzekering compleet te maken, zullen echter ook de meest relevante bepalingen van het BW worden aangestipt, die, zonder dat er in voorliggend wetsvoorstel aan wordt gerefereerd, hun invloed op voorliggende verzekering doen gelden.

### *Paragraaf 2.1 De verzekeringsplicht*

#### **Artikel 2 (verzekeringsplichtigen)**

##### *eerste lid*

In artikel 2 wordt bepaald welke natuurlijke personen krachtens een zorgverzekering verzekerd dienen te zijn, oftewel wordt bepaald wie «verzekeringsplichtig» zijn. De kring van verzekeringsplichtigen is gelijk aan de kring van verplicht verzekerden voor de AWBZ: is men verplicht AWBZ-verzekerd, dan dient men derhalve een zorgverzekering te (laten) sluiten. De verzekeringsplichtige is niet verplicht zichzelf te verzekeren. Hij kan ook een ander vragen, dit te doen. De verzekeringsplicht houdt derhalve in, dat de verzekeringsplichtige ervoor zorg dient te dragen dat hij verzekerd is. Verzekert een ander de verzekeringsplichtige in naam van die laatste, dan wordt de verzekeringsplichtige niet alleen verzekerde maar ook verzekeringnemer. Verzekert de ander de verzekeringsplichtige echter op eigen naam, dan wordt de verzekeringsplichtige verzekerde, maar wordt de ander verzekeringnemer.

Hoofddregel ingevolge artikel 5 van de AWBZ (en overigens ook ingevolge de overige volksverzekeringen) is dat verplicht AWBZ-verzekerd zijn:

- a. ingezetenen;
- b. niet-ingezetenen die ter zake van in Nederland in dienstbetrekking verrichte arbeid aan de loonbelasting zijn onderworpen.

Op deze hoofdregel zijn bij en krachtens de AWBZ diverse uitzonderingen getroffen. Ten eerste zijn op grond van de AWBZ niet verzekerd en derhalve op grond van de Zvw niet verzekeringsplichtig vreemdelingen, tenzij zij rechtmatig in Nederland verblijf hebben als bedoeld in artikel 8, onder a tot en met e of l, van de Vreemdelingenwet 2000 (art. 5, tweede lid, AWBZ). Het gaat in eerdergenoemde onderdelen van artikel 8 van de Vreemdelingenwet 2000 om onderdanen van de overige lidstaten van de Europese Unie (EU), van de Europese Economische Ruimte (EER) of om Turken die op grond van het Associatiebesluit 1/80 van de Associatieraad EEG/Turkije in Nederland mogen verblijven, alsmede om andere vreemdelingen die op grond van een verblijfsvergunning «regulier» of «asiel» voor bepaalde of onbepaalde tijd in Nederland mogen verblijven.

Ten tweede zijn in het op artikel 5, derde en vierde lid, AWBZ gebaseerde Besluit uitbreiding en beperking kring verzekerden volksverzekeringen 1999 (BUBKVV 1999) zowel uitbreidingen als beperkingen op de in de AWBZ geregelde kring van verplicht verzekerden geregeld. Door gebruik van de woorden «die ingevolge de AWBZ en de daarop gebaseerde regeling verzekerd is» in artikel 2, eerste lid, wordt bereikt dat deze uitbreidingen en beperkingen ook gelden voor de verzekeringsplicht ingevolge de Zvw.

Ten slotte kan men op grond van toepassing van een verdrag, van de Overeenkomst betreffende de EER of van een besluit van een internationale organisatie, zonodig in afwijking van de AWBZ-hoofdregels, wel (of juist niet) verzekerd zijn. Dat wordt in artikel 5b AWBZ nog eens bevestigd, zodat gesteld kan worden dat ook een ingevolge dit internationale recht voor de verplichte AWBZ-verzekering in aanmerking komende persoon (mede) ingevolge de AWBZ verzekerd is, en derhalve ingevolge artikel 2 voor de Zvw verzekeringsplichtig is.

#### *tweede lid*

Er zijn twee afwijkingen van de in het eerste lid opgenomen regel dat diegenen verzekeringsplichtig zijn, die behoren tot de kring van verplicht AWBZ-verzekerden. Allereerst gaat het om militairen in werkelijke dienst (onderdeel a). Zij zijn wel AWBZ-verzekerd, maar niet verzekeringsplichtig op grond van voorliggende wet. Militairen in werkelijke dienst zijn namelijk aangewezen op de zorgverlening door of vanwege de militair geneeskundige diensten. Dit geldt niet alleen bij inzet in binnen- en buitenland maar ook binnen en buiten werktijd in de vredessituatie. Deze specifieke zorgverlening door de militair geneeskundige diensten, alsmede de plicht van de militairen in werkelijke dienst om hier gebruik van te maken, dient in stand te worden gehouden. Dit is nodig, omdat de krijgsmacht voor het uitvoeren van haar grondwettelijke taak te allen tijde moet kunnen beschikken over voldoende aantallen direct inzetbaar personeel. Vanuit geneeskundig oogpunt betekent dit, dat de militair geneeskundige diensten inzicht moeten kunnen hebben in de gezondheidstoestand van de individuele militair, om diens operationele inzetbaarheid te kunnen beoordelen. In het kader van de zorgverlening door of vanwege de militair geneeskundige diensten beschikt het ministerie van Defensie dan ook over een eigen zorgverlenersapparaat van onder meer eerstelijns-artsen, verpleegkundigen, fysiotherapeuten, medisch specialisten, een revalidatiecentrum, alsmede een ziekenhuis. De zorgverlening omvat al de maatregelen, voorzieningen en geneeskundige verstrekkingen in het belang van de bescherming, het behoud, het herstel en de bevordering van de gezondheid van de militair, alsmede in het belang van het behoud, het herstel en de bevordering van de geschiktheid van de militair voor de dienst. Een en ander houdt ook in dat militairen zich te allen tijde voor het verkrijgen van zorg dienen te wenden tot de militaire eerstelijns-arts. Het

uitgangspunt is derhalve het volledig in eigen beheer verlenen van zorg van een zodanige omvang, dat onder alle omstandigheden optimale voorzieningen ter beschikking staan zowel in het belang van de gezondheid als van de inzetbaarheid van de militair. Dat kan binnen deze wet, die uitsluitend is gericht op het verzekeren van alle ingezetenen voor een basispakket aan zorg, niet worden gerealiseerd. Om die reden zijn militairen niet verzekeringsplichtig ingevolge deze wet.

Daarnaast gaat het om personen die op grond van de AWBZ en de Wfsv door de Sociale Verzekeringsbank (SVB) wegens gemoedsbezwaren op hun verzoek zijn ontheven van de verplichtingen, voortvloeiende uit de AWBZ (art. 32 AWBZ juncto hoofdstuk 5 Wfsv). Omdat deze personen desalniettemin wel van rechtswege AWBZ-verzekerd zijn, dienen ze voor de Zvw van de kring van verzekeringsplichtigen te worden uitgezonderd. Dat gebeurt in het tweede lid, onderdeel b.

Het staat een persoon met een ontheffing overigens te allen tijde vrij om de SVB te vragen de ontheffing in te trekken. Nadat dat is gebeurd, heeft hij op grond van het eerste lid van voorliggend artikel weer de plicht tot – en op grond van artikel 3 vervolgens het recht op – het (laten) sluiten van een zorgverzekering. Hij zal dan overigens ook weer aan zijn uit de AWBZ voortvloeiende verplichtingen moeten voldoen.

#### *derde lid*

Ook kinderen en onder curatele, bewind of mentorschap gestelde meerderjarigen zijn verzekeringsplichtig. Van hen kan echter niet worden verwacht, dat zij zichzelf verzekeren of ervoor zorgen dat hun wettelijke vertegenwoordigers dat doen. Daarom legt het derde lid deze wettelijke vertegenwoordigers de plicht op, ervoor te zorgen dat degene die zij vertegenwoordigen verzekerd is. Dat kan op drie manieren. Allereerst kan de wettelijke vertegenwoordiger namens degene die hij vertegenwoordigt een zorgverzekering sluiten. De verzekerde wordt daarmee automatisch verzekeringnemer (zie ook de toelichting op het eerste lid). Dat wil overigens niet zeggen dat de verzekerde de rechtshandelingen kan verrichten die een verzekeringnemer op grond van deze wet kan of moet verrichten. De verzekerde zal immers doorgaans handelingsonbekwaam of handelingsonbevoegd zijn. Ook laatstbedoelde rechtshandelingen worden in dit geval derhalve door de wettelijke vertegenwoordiger verricht. Dit volgt uit het Burgerlijk Wetboek, en hoeft derhalve in deze wet niet afzonderlijk geregeld te worden. Ten tweede kan de wettelijke vertegenwoordiger zelf als verzekeringnemer degene die hij vertegenwoordigt, verzekeren. Verzekerde en verzekeringnemer zijn dan niet dezelfde persoon (zie ook de toelichting op het eerste lid). Ten slotte is het mogelijk, dat de wettelijke vertegenwoordiger degene die hij vertegenwoordigt zelf een verzekeringsovereenkomst laat sluiten, waarbij hij indien de verzekerde handelingsonbekwaam is, de rechtshandeling bevestigt of afziet van een beroep op vernietigbaarheid (zie onder andere de artt. 3:32, tweede lid, en 3:49 tot en met 3:55 BW), als de verzekerde onder bewind staat, de medewerking, bedoeld in artikel 1:438, tweede lid, BW verleent, en als hij mentor is, de toestemming, bedoeld in artikel 1:453, tweede lid, genoemde toestemming geeft. Net als in het eerste geval, is in dit derde geval de verzekeringnemer dezelfde persoon als de verzekerde. Of de verzekeringnemer in dit geval rechtshandelingen kan verrichten, hangt af van de ruimte die de wettelijke vertegenwoordiger hem hiervoor geeft.

Kinderen die nog geen achttien jaar zijn, zullen meestal minderjarig zijn. Dit lijdt echter uitzondering voor kinderen die gehuwd of geregistreerd zijn, gehuwd of geregistreerd zijn geweest dan wel op grond van artikel 1:253ha BW door de kinderrechter meerderjarig zijn verklaard omdat zij hun kinderen wensen te verzorgen en op te voeden (art. 1:233 BW). Artikel

2, derde lid, Zvw geldt niet voor kinderen jonger dan achttien jaar die op grond van een van deze uitzonderingen meerderjarig zijn.

Ten slotte het volgende. Er zullen ook meerderjarigen zonder curator, bewindvoerder of voogd zijn die niet in staat zijn om zichzelf tijdig te (laten) verzekeren. Hebben deze verzekeringsplichtigen op enig moment zorg nodig, dan zullen zij zich bij de zorgaanbieder voevoegen. Een zorgaanbieder die constateert dat zijn patiënt niet verzekerd is, zal er verstandig aan doen de patiënt er op te wijzen dat hij zich met onmiddellijke ingang alsnog moet verzekeren of, indien de patiënt hier naar zijn oordeel echt niet toe in staat is, familieleden of instanties moeten verzoeken de patiënt per direct te verzekeren. Uit artikel 3 volgt dat de zorgverzekeraar zo'n verzekeringsplichtige niet mag weigeren. Indien het feit dat de verzekeringsplichtige zich niet (tijdig) verzekerd heeft, niet aan de (alsnog) verzekerde te verwijten is (bijvoorbeeld omdat hij hiertoe al jaren geestelijk niet in staat was), wordt er geen boete wegens te laat verzekeren (art. 95) opgelegd.

#### *Paragraaf 2.2 De acceptatieplicht*

### **Artikel 3 (de acceptatieplicht van de zorgverzekeraar)**

#### *eerste lid*

Artikel 3, eerste lid, regelt, als spiegelbeeld van verzekeringsplicht, de acceptatieplicht van de zorgverzekeraar: desgevraagd dient hij voor alle personen wier behoefte aan zorg overeenkomstig artikel 2 verzekerd dient te worden – dat wil zeggen alle verzekeringsplichtigen – die in zijn werkgebied wonen, een zorgverzekering te sluiten. Selectie op medisch risico of andere verzekerdenkenmerken is niet toegestaan, en ook personen die op het moment dat het verzoek de verzekeraar bereikt reeds zorg nodig hebben, dienen voor de zorgverzekering geaccepteerd te worden. De acceptatieplicht geldt voor alle zorgverzekeraars die werken in de provincie waar de verzekeringsplichtige woont, waardoor de verzekeringnemer een vrije keuze tussen die zorgverzekeraars krijgt.

Vaak zal een verzekeringsplichtige zichzelf willen verzekeren. Het is echter ook mogelijk dat iemand anders de verzekeringsplichtige verzekert. Voor de situaties waarin dat het geval kan zijn, en de positie die de verzekerde dan binnen de gesloten zorgverzekering inneemt, wordt verwezen naar de toelichting op artikel 2. Omdat derhalve niet altijd de verzekeringsplichtige de verzekeringnemer is, is in artikel 3, eerste lid geregeld dat «met of ten behoeve van» in plaats van «met» iedere verzekeringsplichtige desgevraagd een zorgverzekering wordt gesloten.

Het eerste lid van artikel 3 brengt met zich dat een zorgverzekeraar alle personen die in zijn werkgebied wonen, dient te accepteren. Het werkgebied van zorgverzekeraars is in principe heel Nederland, maar als een zorgverzekeraar minder dan 850 000 verzekerden heeft, mag hij zijn werkgebied beperken tot één of meer gehele provincies van Nederland (art. 29).

In het buitenland wonende personen die ter zake van in Nederland in dienstbetrekking verrichte arbeid aan de loonbelasting zijn onderworpen (te denken valt onder meer aan grensarbeiders) zijn van rechtswege AWBZ-verzekerd en derhalve verzekeringsplichtig. Gezien het relatief geringe aantal van deze verzekeringsplichtigen, is het mogelijk commercieel onaantrekkelijk hen te verzekeren. Om te voorkomen dat zij geen zorgverzekeraar kunnen vinden, is in het eerste lid bepaald dat iedere

zorgverzekeraar in het buitenland wonende verzekeringsplichtigen moet accepteren. Deze personen kunnen derhalve kiezen uit alle zorgverzekeraars.

Zoals reeds in de toelichting op artikel 1, onderdeel d, is aangegeven, kunnen zorgverzekeraars schadeverzekeringen sluiten voor niet verzekeringsplichtige personen. Deze verzekeringen kunnen wat betreft de verzekerde prestaties gelijk zijn aan de zorgverzekering; het is aan de verzekeraar en degene die zo'n verzekering sluit om dat desgewenst af te spreken. Dergelijke overeenkomsten dienen echter buiten de bescherming van de Zvw – en met name buiten het recht op een bijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds en de risicoverevening – te blijven. De definitie van «zorgverzekering» in artikel 1, onderdeel d, zorgt daar voor: een zorgverzekering kan slechts worden gesloten voor een verzekeringsplichtige persoon. Het is daarom niet nodig in artikel 3 te bepalen dat de zorgverzekeraar geen zorgverzekeringen sluit met andere personen dan personen die zich op grond van de Zvw moeten verzekeren.

Samengevat kunnen zorgverzekeraars geen zorgverzekering sluiten voor:

- niet-verzekeringsplichtigen;
- personen die in een andere provincie van Nederland wonen dat de provincie(s) waarover hun werkgebied zich uitstrekt (dit kan slechts aan de orde zijn voor «kleine» verzekeraars).

Voor de beoordeling van de vragen of de aspirant-verzekerde wel verzekeringsplichtig is en of hij in het werkgebied van de verzekeraar woont – en dus dient te worden geaccepteerd – heeft de zorgverzekeraar bepaalde informatie nodig. Het is niet nodig daarvoor in voorliggende wet regels te stellen, aangezien een en ander reeds afdoende wordt geregeld in afdeling 1 van titel 7.17 BW.

Artikel 7.17.1.4, eerste lid, BW verplicht een (aspirant-)verzekeringnemer vooraf aan de verzekeraar alle hem betreffende feiten mee te delen die van belang zijn voor het sluiten van de verzekeringsovereenkomst. Verzekert hij derden tegen hun behoefte aan geneeskundige zorg, dan dient hij, indien die derden ouder zijn dan vijftien jaar, ook de relevante feiten over die derden aan de verzekeraar te melden, zo kan op grond van het derde lid van dat artikel worden geconcludeerd. Medische gegevens of andere kenmerken van de aspirant-verzekerden zijn voor de acceptatie niet van belang. De verzekeraar mag daar in het kader van de acceptatie, wil hij niet in strijd komen met het privacyrecht, dan ook niet naar te vragen. Zoals gezegd, is echter wel van belang dat de zorgverzekeraar de gegevens binnenkrijgt op grond waarvan hij kan beoordelen of de aspirant verzekerde verzekeringsplichtig is en in zijn werkgebied woont. Gezien de tweede volzin van het vierde lid, alsmede het zesde lid, van artikel 7.17.1.4 BW doet een zorgverzekeraar er verstandig aan, een vragenlijst op te stellen waarin de daartoe strekkende vragen expliciet worden gesteld, en om aanvulling te vragen indien de aspirant-verzekeringnemer bepaalde vragen niet beantwoordt. Het risico van afsluiten van een verzekering op basis van een onvolledig ingevuld vragenformulier komt namelijk voor rekening van de verzekeraar.

Indien een zorgverzekeraar, òf omdat de (aspirant-)verzekeringnemer onjuiste informatie heeft verschaft òf omdat hij zelf onvoldoende heeft opgelet, een overeenkomst heeft gesloten voor een niet-verzekeringsplichtige of een overeenkomst heeft gesloten voor een verzekeringsplichtige die niet in zijn werkgebied woont, is een geldige verzekeringsovereenkomst ontstaan, zij het geen zorgverzekering. Alle zorgverzekeraars zullen dergelijke overeenkomsten willen beëindigen, aangezien de premie die is overeengekomen veelal te laag zal zijn. Bij het vaststellen van de premie ging de verzekeraar er immers – naar later bleek: ten onrechte – van uit

dat hij een bijdrage zou ontvangen uit het Zorgverzekeringsfonds. Ook de meeste verzekeringnemers zullen van de verzekering af willen. De verzekeringsovereenkomst ontslaat degenen die zij verzekerd hebben immers, nu deze geen zorgverzekering is, niet van de plicht alsnog een zorgverzekering te sluiten. Gevolg zal zijn: dubbele premie (behalve voor kinderen jonger dan achttien jaar), maar geen dubbele uitkering (zie de toelichting op artikel 1, onderdeel d). De artikelen 7.17.1.5 en 7.17.1.6 BW regelen wie in welke gevallen de verzekeringsovereenkomst mag opzeggen indien de verzekeringnemer niet aan zijn mededelingsplicht heeft voldaan, en wat de gevolgen zijn indien het verzekerd risico zich in de periode gelegen tussen het sluiten van de overeenkomst en de opzegging heeft voorgedaan. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen de situatie waarin de verzekeringnemer de zorgverzekeraar met opzet heeft misleid, en andere situaties waarin onjuiste mededelingen zijn gedaan. Indien het aan de zorgverzekeraar te wijten is dat er een verzekering is gesloten die achteraf geen zorgverzekering blijkt te zijn, heeft hij in principe geen opzeggingsrecht. Echter, als gezegd zullen veelal ook de verzekerden belang bij beëindiging hebben, zodat in dit geval veelal met wederzijds goedvinden zal kunnen worden beëindigd. Slechts niet-verzekeringsplichtige personen (en in theorie ook ouders van kinderen jonger dan achttien jaar) kunnen belang hebben bij het voortbestaan van de verzekeringsovereenkomst. Ook hier bieden de artikelen 7.17.1.5 en 7.17.1.6 BW echter uitkomst.

#### *tweede en derde lid*

Met voorliggend wetsvoorstel krijgen de zorgverzekeraars de mogelijkheid om verschillende varianten van de zorgverzekering aan te bieden. Deze varianten kunnen allereerst op het punt van de verzekerde prestaties van elkaar verschillen: de zorgverzekeraar kan zelf per verzekerde vorm van zorg of daarmee verband houdende andere dienst, bepalen of hij deze levert of laat leveren (natura) dan wel of hij de kosten daarvan vergoedt (restitutie), waarbij hij ook mag besluiten op dit onderdeel meerdere varianten aan te bieden (art. 11). Daarnaast kunnen deze varianten verschillen naar het aantal zorgaanbieders waarbij de verzekerde terecht kan. Is sprake van restitutie zonder overeenkomsten tussen de zorgverzekeraar en zorgaanbieders, dan zal een verzekerde een vrije keuze tussen zorgaanbieders hebben. Heeft de zorgaanbieder daarentegen contracten met bepaalde zorgaanbieders gesloten, dan zal de zorgverzekeraar doorgaans eisen dat de verzekerde zijn zorg van die zorgaanbieders betreft. De verzekeraar mag de premie zelf vaststellen, en mag deze af laten hangen van de verhouding tussen natura en restitutie of van de mate van keuzevrijheid, van de verzekerde, tussen zorgaanbieders (zo zal de premie indien een verzekerde slechts naar bepaalde gecontracteerde zorgaanbieders mag gaan – de zogenoemde «preferred providerpolis» – lager kunnen zijn dan indien de verzekerde een vrije keuze tussen alle of tussen alle gecontracteerde zorgaanbieders heeft). Daarnaast mag de verzekeraar besluiten aan deelnemers van collectiviteiten een premiekorting te verstrekken (art. 18) en kan hij besluiten tranches eigen risico, met daartegenoverstaande premiekortingen aan te bieden (artt. 19 tot en met 21). Zo kan hij een zorgverzekering aanbieden waarvan de verzekerde prestaties volledig in natura zijn en de verzekerde bij bepaalde zorgaanbieders terecht kan, zonder eigen risico, alsmede een zelfde natura-verzekering waarbij de verzekerde bij de zelfde zorgaanbieders terecht kan, maar dan met een eigen risico van € 300. Dit zijn twee varianten van de zorgverzekering.

Uit het tweede lid van artikel 3 blijkt allereerst, dat de zorgverzekeraar de vrijheid krijgt in de ene provincie een andere set varianten aan te bieden, dan in de andere. Aldus kan een zorgverzekeraar – bijvoorbeeld omdat hij

meer dan 850 000 verzekerden heeft – besluiten in bepaalde provincies, bijvoorbeeld daar waar de meeste van zijn verzekerden wonen, zorgaanbieders te contracteren en met een naturastelsel te werken, en in de overige provincies slechts verzekeringen op restitutiebasis aan te bieden, zonder dat verzekerden daarbij naar een gecontracteerde zorgaanbieder toe hoeven te gaan. Aldus kan de zorgverzekeraar de voor hem meest efficiënte manier van werken kiezen.

Tegenover deze vrijheid voor de zorgverzekeraar, staat de vrijheid van de aspirant-verzekeringnemer, om uit alle varianten te kiezen die alle zorgverzekeraars in de woonprovincie van de verzekeringsplichtige aanbieden. Ook dat volgt uit het tweede lid. Niet alleen is hiervoor gekozen met het oog op de bevordering van de concurrentie tussen verzekeraars, maar ook zouden zorgverzekeraars op risico kunnen selecteren indien zij bepaalde varianten van de zorgverzekering zouden kunnen voorbehouden aan bepaalde groepen verzekeringsplichtigen. Spiegelbeeld van deze keuzevrijheid van de aspirant-verzekeringnemer is, dat de verzekeraar de verzekeringsplichtige voor alle varianten dient te accepteren die hij in diens woonprovincie aanbiedt. (Indien de verzekeringnemer niet dezelfde persoon is als de verzekeringsplichtige, is de woonplaats van deze laatste, als verzekerde en derhalve potentieel op zorg aangewezen persoon voor wie de verzekeraar mogelijk zorg moet inkopen, bepalend.)

Het tweede lid zal niet het gewenste effect hebben indien de aspirant-verzekeringnemers niet op de hoogte zijn van de varianten waaruit zij kunnen kiezen. Het derde lid van artikel 3 verplicht de zorgverzekeraars daarom hun varianten van de zorgverzekering neer te leggen in modelovereenkomsten, waaruit de aspirant-verzekeringnemer kan kiezen. De verzekeraar dient alle modellen die hij in de woonprovincie van de verzekeringsplichtige aanbiedt, aan de aspirant-verzekeringnemer ter beschikking te stellen. Aldus wordt voorkomen, dat bepaalde voor de aspirant-verzekeringnemer mogelijk interessante modelovereenkomsten, buiten zijn blikveld komen te vallen (bijvoorbeeld omdat de verzekeraar slechts voor andere modelovereenkomsten reclame maakt).

De wijze waarop de modelovereenkomsten beschikbaar worden gesteld, wordt door de verzekeraar bepaald. Een voor de hand liggende vorm is plaatsing van alle modelovereenkomsten op een website, met toezending via de post aan degenen die daar om vragen.

Overigens betekent het voorgaande niet dat voor iedere variant een aparte modelovereenkomst hoeft te worden ingericht. Voor varianten die op het punt van de verhouding natura/restitutie van elkaar verschillen of die van elkaar verschillen wat betreft de keuzevrijheid van de verzekerde tussen zorgaanbieders (wel/niet beperkt tot gecontracteerde zorg) zal dit, wil een en ander voor de verzekeringnemer voldoende transparant blijven, waarschijnlijk niet vermeden kunnen worden. Het is echter heel goed mogelijk om in een modelovereenkomst die – bijvoorbeeld – regelt dat de intramurale zorg in natura zal worden verleend en de extramurale zorg zal worden vergoed, aan te geven dat de verzekerde niet alleen voor een dergelijk model zonder eigen risico kan kiezen, maar ook kan kiezen voor een eigen risico van € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500. Aldus kan één modelovereenkomst in wezen zes door de zorgverzekeraar aangeboden varianten bevatten.

Een modelovereenkomst is een model voor een individuele zorgverzekering en dient daarom alle bepalingen te bevatten die op grond van het bij of krachtens deze wet geregelde voor de zorgverzekering moeten gelden en, aangezien de zorgpolis de schriftelijke neerslag van een gesloten zorgverzekering is, in de zorgpolis moeten staan. Anders gezegd: de modelovereenkomst moet een volledig beeld geven van de rechten en

plichten van de verzekeringnemer en verzekerde indien zij voor (een variant binnen) dat model kiezen.

Het na onderhandeling met een individuele aspirant-verzekeringnemer afsluiten van een op de persoon van de verzekerde toegesneden verzekeringsovereenkomst is – zelfs als het resultaat binnen de grenzen van het bij of krachtens de Zvw geregelde zou blijven – niet toegestaan. Hiermee zou immers een voor de overige verzekeringnemers niet kenbare verzekeringsovereenkomst tot stand komen, hetgeen de kans op risico-selectie teveel zou vergroten. Wel kunnen organisaties die de belangen van bepaalde groepen aspirant-verzekerden vertegenwoordigen, de verzekeraar vragen een overeenkomst met bepaalde kenmerken aan te gaan bieden. Doordat deze dan in de vorm van een modelovereenkomst aan alle aspirant-verzekeringnemers in de desbetreffende provincie(s) bekend moet worden gemaakt, zal ook voor andere verzekerden dan de verzekerden wier belangen eerderbedoelde organisatie behartigt, vervolgens voor deze overeenkomst kunnen worden gekozen.

Ook de personen die reeds bij een zorgverzekeraar verzekerd zijn, dienen te kunnen profiteren van nieuwe of gewijzigde verzekeringsproducten. De tekst van het tweede lid leidt ertoe, dat ook verzekeringnemers die reeds een zorgverzekering met de zorgverzekeraar hebben gesloten, voor een nieuwe variant in het assortiment van de zorgverzekeraar kunnen kiezen. De laatste zinsnede van het derde lid zorgt ervoor dat zij van nieuwe varianten of wijziging in bestaande varianten op de hoogte worden gesteld.

#### *vierde lid*

Is een zorgverzekering wegens fraude door de verzekeringnemer of de verzekerde dan wel wegens het niet betalen van de premie opgezegd of ontbonden, dan is de zorgverzekeraar waar de zorgverzekering liep, bevoegd een binnen vijf jaar na de opzegging of ontbinding ingediend verzoek tot het sluiten van een nieuwe zorgverzekeringsovereenkomst (volgens welke door die verzekeraar aangeboden variant dan ook), te weigeren. De reden hiervoor is dat in dit soort gevallen de vertrouwensrelatie tussen de zorgverzekeraar en de betrokkene zodanig geschonden kan zijn, dat het niet realistisch is de verzekeraar te verplichten die betrokkene binnen een periode van vijf jaar na de opzegging of de ontbinding opnieuw te accepteren. Overigens geldt het artikellid niet alleen indien de zorgverzekeraar de zorgverzekering wegens fraude of het niet betalen van premie heeft opgezegd, maar ook als de verzekeringnemer dit heeft gedaan. Aldus wordt voorkomen dat een verzekeringnemer op het moment dat hij vermoedt dat de verzekeraar de verzekering op zal zeggen of zal ontbinden (zie bijvoorbeeld het toekomstige artikel 7.17.1.5, eerste lid, BW), zelf snel opzegt of ontbindt (zie het derde lid van laatstgenoemd BW-artikel en artikel 7.17.1.13, derde lid, BW) om aan de gevolgen van artikel 3, vierde lid, te ontkomen.

De acceptatieplicht van de andere verzekeraars blijft bestaan. Gedurende die periode zal de verzekeringsplichtige derhalve bij een andere verzekeraar verzekerd moeten worden.

#### *vijfde en zesde lid*

Ook voor in het buitenland wonende verzekeringsplichtigen dient tussen de verschillende varianten van de zorgverzekering van een zorgverzekeraar gekozen te kunnen worden. Zonder nadere bepaling is dat echter niet mogelijk, aangezien het tweede en derde lid slechts gelden voor inwoners van een Nederlandse provincie die behoort tot het werkgebied van de



zorgverzekeraar. Het vijfde lid regelt daarom dat voor hen uit alle modelovereenkomsten gekozen kan worden die de zorgverzekeraars aanbieden, terwijl het zesde lid ervoor zorgt dat de (aspirant-)verzekeringnemer deze keuzemogelijkheid ook werkelijk zal kunnen benutten. Opgemerkt wordt dat met het eerste en vijfde lid voor in het buitenland wonende personen een ruimere keuze wordt gecreëerd dan voor in Nederland wonende verzekeringsplichtigen. Dit valt echter niet te vermijden, aangezien andere oplossingen het risico in zich dragen dat de regering aangesproken wordt op (mogelijke) discriminatie van inwoners van andere EU-lidstaten.

Overigens geven de artikelen 19 en 20 van de Europese socialezekerheidsverordening nr. 1408/71 (Vo. 1408/71) de in een andere EU-lidstaat wonende personen soms ook de mogelijkheid te kiezen voor de prestaties van hun woonland.

#### **Artikel 4 (sofi-nummer, vaststellen identiteit verzekerde)**

Het eerste lid legt op de aspirant-verzekeringnemer de plicht het sofi-nummer van de te verzekeren persoon te melden. Op grond van artikel 85 dient de zorgverzekeraar dit nummer ook te registreren en te verifiëren. Het tweede tot en met vijfde lid leiden ertoe, dat de zorgverzekeraar waar hij dat nodig acht de identiteit van de te verzekeren persoon vaststelt.

##### *vijfde lid*

Met de inwerkingtreding op 1 juli 1998 van de Wet tot wijziging van de Vreemdelingenwet en enige andere wetten teneinde de aanspraak van vreemdelingen jegens bestuursorganen op verstrekkingen, voorzieningen, uitkeringen, ontheffingen en vergunningen te koppelen aan het rechtmatig verblijf van de vreemdeling in Nederland (Stb. 1998, 203) (hierna te noemen: Koppelingswet) heeft de regering uitwerking gegeven aan het uitgangspunt dat vreemdelingen die niet onvoorwaardelijk tot Nederland zijn toegelaten, in beginsel geen toegang hebben tot de collectieve sociale voorzieningen, waaronder de sociale ziektekostenverzekeringen. Op grond van dit koppelingsbeginsel geldt als hoofdregel bij verblijf in Nederland dat vreemdelingen die hier geen rechtmatig verblijf genieten, geen aanspraak hebben op verstrekkingen, voorzieningen of uitkeringen.

In afzonderlijke materiewetten, waaronder de Zfw, AWBZ en Wtz 1998, is uitgewerkt welke concrete aanspraken de verschillende categorieën vreemdelingen hebben. De belangrijkste consequentie van de Koppelingswet voor de sociale ziektekostenverzekeringen is dat sinds juli 1998 de verzekeringsgerechtigdheid mede afhankelijk is van de verblijfsrechtelijke status van een betrokkene. Voor de Zvw, een sociale ziektekostenverzekering, is het koppelingsbeginsel ook van toepassing.

Zoals hiervoor bij de toelichting op artikel 2, eerste lid, van deze wet is aangegeven is voor de kring van verzekeringsplichtigen voor de Zvw aangesloten bij de kring van verplicht verzekerden voor de AWBZ. Hierdoor is de verzekeringsplichtigheid op grond van de Zvw voor vreemdelingen beperkt tot degenen die hier verblijven op grond van een besluit tot toelating op grond van de Vreemdelingenwet of op grond van toelating als EU of EER-onderdaan dan wel vreemdelingen die verblijfsrecht ontleen aan het Associatiebesluit 1/80 van de Associatieraad EEG/Turkije.

Artikel 4, vijfde lid, van de Zvw regelt dat een zorgverzekeraar indien hem wordt verzocht voor een vreemdeling een zorgverzekering te sluiten, een kopie vraagt van het document of de schriftelijke verklaring, bedoeld in artikel 9, eerste lid, van de Vreemdelingenwet 2000. Deze kopie kan hij gebruiken bij de vaststelling van de verzekeringsplicht.

Voor vaststelling van de verzekeringsgerechtigdheid voor de verplichte verzekering ingevolge de AWBZ is een AWBZ-uitvoeringsorgaan gehouden te controleren of de desbetreffende persoon rechtmatig in Nederland verblijft. Degene die ingevolge de AWBZ verplicht verzekerd is, is verzekeringsplichtig voor de Zorgverzekeringswet. Is een zorgverzekeraar tevens uitvoeringsorgaan voor de AWBZ, dan kan hij beide controles combineren. In de uitvoeringspraktijk is geregeld dat met betrekking tot de controle van rechtmatig verblijf van EU- of EER-onderdanen een AWBZ-uitvoeringsorgaan overigens (in eerste instantie) kan worden volstaan met het opvragen van een kopie van het paspoort of van de Europese identiteitskaart. Deze lijn zal worden doorgetrokken bij de Zorgverzekeringswet.

Vreemdelingen die niet in Nederland wonen doch die ter zake van in Nederland in dienstbetrekking verrichte arbeid aan de Nederlandse loonbelasting zijn onderworpen, zijn op die grond AWBZ-verzekerde en daarom verzekeringsplichtig voor de Zvw. Deze zogeheten grensarbeiders hebben ingevolge het Vreemdelingenbesluit geen verblijfsvergunning voor bepaalde tijd nodig. Daarom is het bepaalde in artikel 4, vijfde lid, van de Zvw niet op hen van toepassing.

#### *Paragraaf 2.3 Begin en einde van de zorgverzekering*

### **Artikel 5 (ingangsdatum van de zorgverzekering)**

#### *eerste en tweede lid*

De zorgverzekering gaat in principe in op de dag waarop de zorgverzekeraar het verzoek ontvangt een zorgverzekering te sluiten. Indien de zorgverzekeraar in de woonprovincie van de aspirant-verzekerde meerdere varianten van de zorgverzekering aanbiedt of indien de aspirant-verzekerde in het buitenland woont en de zorgverzekeraar meer dan één variant aanbiedt, zal de aspirant-verzekeringnemer hem ook kenbaar moeten maken welke variant hij kiest.

Vaak zal het verzoek vergezeld gaan van een ingevulde vragenlijst. Zijn de vragen naar het oordeel van de zorgverzekeraar voldoende beantwoord, dan gaat de zorgverzekering in met ingang van de dag waarop het verzoek is ontvangen. Het risico van een trage afhandeling van het verzoek komt aldus bij de zorgverzekeraar te berusten. Voor de verzekerde is dit van belang, omdat tijdig gesloten zorgverzekeringen terugwerken (zie hierna), terwijl te laat afgesloten zorgverzekeringen tot een boete leiden. Gaat het verzoek niet vergezeld van een ingevulde vragenlijst, of zijn de vragen naar de mening van de zorgverzekeraar zo onvolledig beantwoord, dat hij niet kan vaststellen of de te verzekeren persoon verzekeringsplichtig is of binnen zijn werkgebied woont, dan kan hij de verzekeringnemer om aanvulling vragen. De zorgverzekering gaat dan pas in op het moment waarop de zorgverzekeraar de noodzakelijke aanvullende informatie heeft ontvangen.

De vraag zou kunnen worden gesteld, of de zorgverzekering ook ingaat indien de zorgverzekeraar op basis van de antwoorden op zijn vragen tot de conclusie komt dat betrokkene niet verzekerd kan worden. Dat is niet het geval. Uit artikel 3 volgt in welke gevallen een zorgverzekeraar geen zorgverzekering kan afsluiten. Als geen zorgverzekering kan worden afgesloten, kan deze ook niet op een ingevolge artikel 5 bepaalde datum ingaan.

#### *derde lid*

Omdat de datum waarop het verzoek een verzekering te sluiten, respectie-

velijk de datum waarop (voldoende) nadere gegevens ontvangen zijn, bepalend is voor de datum met ingang waarvan de verzekering ingaat, schrijft het derde lid de zorgverzekeraar voor, de ontvangst van het verzoek respectievelijk van de nadere gegevens onverwijld te bevestigen, onder vermelding van de datum van ontvangst. Een verzekeringnemer die enkele dagen na verzending van zijn verzoek of van de nadere gegevens niets van zijn zorgverzekeraar hoort, doet er verstandig aan bij de zorgverzekeraar te informeren of zijn documenten wel zijn ontvangen.

De ontvangstbevestigingen zeggen niets over de vraag óf de verzekering tot stand komt. Daarvoor zijn het eerste en tweede lid bepalend. Komt de zorgverzekering echter tot stand, dan kan de ontvangstbevestiging dienen als bewijsmiddel voor de datum met ingang waarvan deze tot stand is gekomen. Daarnaast laat artikel 5, derde lid, uiteraard onverlet dat de zorgverzekeraar de informatie op het bewijs vrijwillig uit kan breiden. Zou hij op het bewijs, bedoeld in artikel 5, derde lid, onderdeel a, bijvoorbeeld vermelden dat hij weliswaar een verzoek heeft ontvangen, maar dat hij de aspirant-verzekeringnemer om nadere informatie heeft gevraagd, dan kan de aspirant-verzekeringnemer daaruit afleiden dat de verzekering nog niet tot stand is gekomen.

#### *vierde lid*

Het vierde lid ziet op de situatie waarin een verzekeringnemer aansluitend op het einde van een oude zorgverzekering, een nieuwe zorgverzekering wenst te sluiten. Het verzoek hiertoe zal hij veelal doen op een moment waarop de oude zorgverzekering nog niet is afgelopen (hij dient de zorgverzekeringen immers, indien hij een boete wegens te laat verzekeren wenst te voorkomen, op elkaar aan te laten sluiten). Om een periode van dubbele verzekering (en derhalve dubbele premiebetaling) te voorkomen, geeft het vierde lid hem de mogelijkheid de verzekering in te laten gaan op een door hem te bepalen latere datum dan de datum waarop hij de zorgverzekeraar verzoekt een zorgverzekering te sluiten.

#### *vijfde lid*

Het vijfde lid bepaalt dat zorgverzekeringen afgesloten binnen vier maanden na het ontstaan van de verzekeringsplicht, terugwerken tot en met de dag waarop die verzekeringsplicht ontstond. Dit heeft twee gevolgen: ten eerste is de verzekeringnemer tot en met laatstbedoelde dag premie verschuldigd, en ten tweede is hij tot en met die dag verzekerd. Heeft een verzekerde in de periode waarover de zorgverzekering terugwerkt derhalve zorg of overige diensten genoten die tot het krachten de zorgverzekering te verzekeren pakket behoren, dan bestaat jegens zijn zorgverzekeraar recht op vergoeding van die kosten.

Het sociale karakter van de zorgverzekering brengt met zich, dat dit zelfs geldt indien een verzekeringnemer op het moment waarop hij een zorgverzekeraar verzoekt een zorgverzekering te sluiten, reeds weet dat over de periode waarover de verzekering moet terugwerken te vergoeden zorgkosten zijn gemaakt. Dit is bijvoorbeeld voor ouders met kinderen die al bij de geboorte op zorg zijn aangewezen, van belang. In juridische zin werpt deze terugwerkende kracht echter wel de vraag op, of, indien op het moment van het sluiten van de verzekering reeds duidelijk is dat met terugwerkende kracht recht op een verzekerde prestatie bestaat, er over die periode nog wel sprake is van een verzekeringsovereenkomst. Het voor een verzekeringsovereenkomst kenmerkende element van onzekerheid ontbreekt over die periode immers in ieder geval voor zover het die prestatie betreft. Artikel 7.17.1.1, eerste lid, BW waarin het begrip «verzekering» in het algemeen wordt gedefinieerd, sluit terugwerkende kracht op zich niet uit, mits op het moment van het sluiten van de verzekering

nog onzekerheid bestaat of over de periode waarover de verzekering terugwerkt, moet worden uitgekeerd. De regering is van mening dat het feit dat artikel 5, vijfde lid, de zorgverzekeraar verplicht ook reeds op het moment van het sluiten van de zorgverzekering bekende, over de periode waarover deze terugwerkt opgekomen zorgbehoeften te dekken, in casu in het geheel van de verzekering van dusdanig ondergeschikt belang is, dat deze niet aan het verzekeringskarakter van de zorgverzekering afdoet. De clausule «zonodig in afwijking van artikel 7.17.1.1, eerste lid, van Boek 7 BW» brengt dit tot uitdrukking.

Verzekeringsplichtigen die later dan vier maanden na het ontstaan van de verzekeringsplicht verzekerd worden, of die een nieuwe zorgverzekering niet laten aansluiten op een oude, krijgen op grond van artikel 95 een boete over de periode gelegen tussen het ontstaan van de verzekeringsplicht respectievelijk het einde van de eerdere zorgverzekering en de datum waarop hun (nieuwe) zorgverzekering ingaat. Hun zorgverzekering werkt niet terug, zodat zij over eerderbedoelde periode niet – althans, niet op grond van een zorgverzekering – verzekerd zijn geweest.

### **Artikelen 6 tot en met 8**

De artikelen 6 tot en met 8 bevatten regels over het eindigen van de zorgverzekering. Omdat de zorgverzekering een bijzondere vorm van schadeverzekering is en slechts in bij of krachtens de Zvw omschreven gevallen gesloten kan worden, is het noodzakelijk om ook bij of krachtens de Zvw te omschrijven wanneer deze verzekeringen (in ieder geval) eindigen. Artikel 6 voorziet hier in. Artikel 7 bepaalt in welke gevallen de verzekerde (in ieder geval) de mogelijkheid heeft om de zorgverzekering op te zeggen. (Naast deze mogelijkheden kennen ook het BW en de Wtv 1993 nog opzeggingsmogelijkheden, zie daarover de toelichting op artikel 6). Artikel 8 leidt ertoe dat een zorgverzekeraar bij het uitblijven van premiebetaling de zorgverzekering slechts voor de toekomst mag ontbinden.

De artikelen 6 tot en met 8 sluiten niet uit, dat de zorgverzekeraar en de verzekeringnemer in hun zorgverzekering nog andere opzeggings- of ontbindingsmogelijkheden opnemen.

Op dergelijke andere opzeggings- of ontbindingsmogelijkheden zijn dan wel de artikelen 7.17.1.10, 7.17.1.12a en 7.17.1.13, eerste, derde, vierde en vijfde lid BW van toepassing. Deze artikelen bepalen, kort gezegd, dat:

- het niet betalen van de vervolgpremie pas kan leiden tot beëindiging of schorsing van de verzekeringsovereenkomst of de dekking, indien de verzekeringnemer na de premievervaldag tot betaling is aangevraagd (onder vermelding van de gevolgen van het verder uitblijven van de betaling), en desondanks niet binnen veertien dagen na die aanmaning heeft betaald (art. 7.17.1.10).
- bij tussentijdse opzegging de lopende premie naar billijkheid wordt verminderd (art. 7.17.1.12a).
- bij opzegging tegen het einde van een verzekeringsperiode teneinde verlenging van de overeenkomst te verhinderen, een opzegtermijn van twee maanden in acht wordt genomen (art. 7.17.1.13, eerste lid). Dit artikel heeft slechts gevolg voor het geval de zorgverzekeraar zich deze opzeggingsmogelijkheid zou voorbehouden, nu de opzegging, tegen het einde van een kalenderjaar voor de verzekeringnemer wordt gerekend in artikel 7, eerste lid, van voorliggend wetsvoorstel.
- indien de zorgverzekeraar een tussentijdse opzeggingsmogelijkheid heeft bedongen, de verzekeringnemer een gelijke bevoegdheid toekomt. Daarbij wordt, tenzij de verzekeringnemer heeft gehandeld met het opzet tot misleiding, een termijn van twee maanden in acht genomen (art. 7.17.1.13, derde lid).
- indien de zorgverzekeraar de voorwaarden van de zorgverzekering ten

nadele van de verzekeringnemer of de verzekerde wijzigt, de verzekeringnemer gerechtigd is de overeenkomst op te zeggen tegen de dag waarop de wijziging ingaat, en in ieder geval gedurende één maand nadat de wijziging hem is meegedeeld (art. 7.17.1.13, vierde lid). Artikel 7, derde lid, van voorliggend wetsvoorstel, regelt echter enkele afwijkingen op dit artikellid.

- een verzekeraar een persoonsverzekering – en de uit de Zvw voortvloeiende verzekering is zo'n verzekering! – niet kan beëindigen of wijzigen op grond van verzwaring van gezondheidsrisico van de verzekerde (7.17.1.13, vijfde lid).

Artikel 7.17.1.13, tweede lid, BW kan, gezien artikel 7, eerste lid, Zvw, op de zorgverzekering niet van toepassing zijn. Van de artikelen 7.17.1.12a en 7.17.1.13 BW mag niet ten nadele van de verzekeringnemer of verzekerde worden afgeweken, zo volgt uit artikel 7.17.1.16 BW.

Het voorgaande betekent onder andere, dat de zorgverzekeraar die zijn verzekerden een goed overzicht van hun opzeggingsmogelijkheden wil geven, ook de inhoud van artikel 7.17.1.13, vierde lid, BW, in de modelovereenkomst, in de zorgverzekering en derhalve in de zorgpolis zal opnemen (voorzover daar althans niet in artikel 7, derde lid, van wordt afgeweken; waar dit laatste het geval is, zal in de zorgpolis, op straffe van verlies van het karakter van zorgverzekering, de inhoud van laatstgenoemd artikellid moeten worden weergegeven).

Wat betreft de wijze van opzeggen of ontbinden van de overeenkomst: gaat het initiatief uit van de zorgverzekeraar, dan dient dit schriftelijk te gebeuren. Dat volgt uit artikel 7.17.1.9, eerste volzin, BW. De wijze waarop de verzekeringnemer kan opzeggen of ontbinden, wordt in de Zvw niet geregeld. Het staat de zorgverzekeraar derhalve vrij hier desgewenst zelf iets over in de modelovereenkomst en daarmee ook in de zorgverzekering en in de zorgpolis op te nemen.

## **Artikel 6 (einde van rechtswege van de zorgverzekering)**

### *eerste en tweede lid*

In artikel 6, eerste en tweede lid, worden de gevallen geregeld waarin de zorgverzekering van rechtswege eindigt. De eerste twee onderdelen van het eerste lid betreffen het eindigen ten gevolge van wijzigingen in de sfeer van de zorgverzekeraar; de laatste twee leden van het eerste lid alsmede het tweede lid het eindigen ten gevolge van wijzigingen in de sfeer van de verzekerde.

Onderdeel a bepaalt dat de zorgverzekering van rechtswege eindigt indien een vergunning tot het uitoefenen van het schadeverzekeringsbedrijf wordt ingetrokken of zodanig wordt gewijzigd, dat de verzekeraar geen zorgverzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren. De zorgverzekering is immers een bijzondere vorm van een schadeverzekering, en de richtlijnen schadeverzekeringen (zoals voor in Nederland zetelende verzekeraars geïmplementeerd in artikel 24, eerste lid, Wtv 1993) brengt met zich dat het directe verzekeringsbedrijf zonder een vergunning voor de branches waarin de verzekeraar werkzaam wil zijn, niet mag worden uitgeoefend. Overigens zullen zorgverzekeraars wier vergunning wordt ingetrokken of zodanig wordt gewijzigd, dat zij geen zorgverzekeringen meer mogen aanbieden in de praktijk veelal hun rechten en plichten uit de zorgverzekering, met inachtnaam van hetgeen daarover bij of krachtens hoofdstuk V van de Wtv 1993 is bepaald, voordien aan een andere zorgverzekeraar overdragen. In dat geval eindigt de zorgverzekering niet, maar loopt hij bij de zorgverzekeraar waaraan is overgedragen verder, tenzij de

verzekeringnemer gebruik heeft gemaakt van zijn in artikel 123 Wtv 1993 geregelde opzegingsmogelijkheid.

In artikel 29 is geregeld dat een zorgverzekeraar die minder dan 850 000 verzekerden heeft, zijn werkterrein kan beperken tot één of meer gehele provincies van Nederland. Zo'n zorgverzekeraar kan besluiten zijn werkterrein te verplaatsen of te verkleinen. Daarnaast in het mogelijk dat een zorgverzekeraar die gezien zijn grootte in eerste instantie landelijk moest werken, besluit op provinciaal niveau te gaan werken nadat zijn verzekerdenaantal beneden de 850 000 is gedaald. In beide gevallen kan het gebeuren, dat verzekerden buiten het werkgebied van de verzekeraar komen te wonen. Zorgverzekeringen gesloten voor verzekerden die in de provincie(s) wonen waar de verzekeraar besluit niet meer te werken, zullen van rechtswege komen te vervallen met ingang van de dag volgende op de dag waarop het werkterrein wordt gewijzigd (onderdeel b).

Uiteraard eindigt de zorgverzekering de dag na de dag waarop de verzekerde overlijdt (onderdeel c). Door het overlijden komt immers de verzekerde persoon aan de zorgverzekering te ontbreken. Premies betaald voor periodes na het eindigen van de verzekering dient de zorgverzekeraar als onverschuldigd betaald terug te storten, met dien verstande dat hij op grond van artikel 7.17.1.12, eerste lid, BW, een billijk bedrag voor administratiekosten mag aftrekken. Overigens eindigt de zorgverzekering niet van rechtswege indien de verzekeringnemer een ander is dan de verzekerde en niet de verzekerde, maar de verzekeringnemer overlijdt. Indien een gezin door één van de ouders is verzekerd, zou dat namelijk het ongewenste gevolg hebben, dat de verzekering van de partner en kinderen zou eindigen zodra de ouder die verzekeringnemer was, zou overlijden. De positie van de verzekeringnemer zal in dit geval doorgaans overgaan op de partner. Dit laat onverlet dat verzekeringnemer en verzekeraar wel zelf kunnen afspreken dat de verzekeringsovereenkomst bij overlijden van de verzekeringnemer eindigt.

Onderdeel d, ten slotte, bepaalt dat de zorgverzekering eindigt met ingang van de dag waarop de verzekerde niet meer verzekeringsplichtig is. Dit is bijvoorbeeld het geval indien hij buiten Nederland gaat wonen, zonder alhier in dienstbetrekking te blijven werken.

#### *tweede lid*

Ook indien een verzekerde, zonder dat zijn verzekeringsplicht eindigt, gaat wonen in een provincie waar zijn zorgverzekeraar de voor die verzekerde gesloten variant van de zorgverzekering niet aanbiedt of uitvoert, eindigt die zorgverzekering van rechtswege, zo bepaalt het tweede lid. Dit lid kan in twee soorten gevallen van toepassing zijn. Allereerst is het mogelijk dat de verzekerde verhuist naar een provincie waarin zijn verzekeraar in het geheel niet werkzaam is. In artikel 29 is immers neergelegd dat een zorgverzekeraar met minder dan 850 000 verzekerden zijn werkgebied mag beperken tot één of meerdere provincies. Indien een bij zo'n zorgverzekeraar verzekerde verhuist naar een provincie waar zijn verzekeraar niet werkt, zal hij zich bij een andere zorgverzekeraar moeten (laten) verzekeren. Daarnaast is het mogelijk dat een verzekerde verhuist naar een provincie waarin zijn zorgverzekeraar wél werkt, maar niet de verzekeringsvariant aanbiedt of uitvoert die voor de verzekerde gesloten is. In dat geval kan met dezelfde zorgverzekeraar een nieuwe zorgverzekering – naar een variant die hij wél in de nieuwe woonprovincie van de verzekerde aanbiedt – worden gesloten, maar natuurlijk kan ook besloten worden naar een andere zorgverzekeraar over te stappen.

Het gaat te ver om te bepalen dat in de hier genoemde gevallen de zorgverzekering eindigt met ingang van de dag volgende op de dag van verhuizing. Soms wordt er plotseling verhuisd, en dan dient de verzekeringnemer daarna enige tijd te worden gegund om een nieuwe zorgverzekeraar te zoeken. Met het oog daarop bepaalt het tweede lid, dat de zorgverzekering bij verhuizing eindigt met ingang van de eerste dag van de tweede maand, volgende op de dag van verhuizing. Dit staat er overigens niet aan in de weg, dat de verzekeraar in zijn polis de mogelijkheid voor de verzekeringnemer opneemt om eerder op te zeggen, bijvoorbeeld met ingang van de dag van verhuizing.

Omdat verzekeraar al zijn verzekeringsvarianten aan in het buitenland wonende verzekeringsplichtigen dient aan te bieden (art. 3, eerste en vijfde lid), eindigt de zorgverzekering niet van rechtswege indien de verzekerde naar het buitenland verhuist, mits hij verzekeringsplichtig blijft.

#### *derde lid*

Het is van belang dat de verzekeringnemer tijdig op de hoogte wordt gesteld van het naderende einde van de zorgverzekering op grond van de in onderdeel a of b genoemde redenen. Voor de verzekerde zal immers aansluitend een nieuwe zorgverzekering met een andere zorgverzekeraar moeten worden afgesloten. Met het oog hierop legt het tweede lid de zorgverzekeraar de plicht op de verzekeringnemer van het einde van de zorgverzekering op de hoogte te stellen, en wel uiterlijk twee maanden voor dat einde. Gezien het belang van de zorgverzekering dient de zorgverzekeraar iedere verzekeringnemer persoonlijk op de hoogte te stellen. De zorgverzekeraar kan dus niet volstaan met een algemene mededeling in dagbladen, tijdschriften of op een website. Het niet nakomen van de in het derde lid geregelde verplichting, maakt de zorgverzekeraar (onderdeel b) dan wel de overblijvende verzekeraar of een eventuele rechtsopvolger (onderdeel a) jegens de verzekeringnemer of de verzekerde schadeplichtig wegens het niet nakomen van een (door de wet voorgeschreven) contractuele verplichting (art. 6:74 BW; de inhoud van art. 6, tweede lid, dient immers in de zorgverzekeringsovereenkomst te zijn verwerkt). Indien derhalve de zorgverzekering van rechtswege is geëindigd zonder dat de verzekeringnemer daarvan tijdig op de hoogte is gesteld, en de verzekerde daarna zorg nodig heeft gehad, kunnen de kosten daarvan op de zorgverzekeraar of diens rechtsopvolger worden verhaald. Slechts indien de zorgverzekeraar failliet is gegaan, is dit niet mogelijk. Faillissement zal echter, gezien de uit de Wtv 1993 voortvloeiende solvabiliteits-eisen en het toezicht van de PVK, nauwelijks voorkomen.

#### *vierde lid*

De in het eerste lid, onderdelen c en d, en in het tweede lid genoemde gronden voor het einde van de zorgverzekering liggen in de sfeer van de verzekerde. Omdat de verzekeringnemer de wederpartij is van de zorgverzekeraar, dient deze dergelijke wijzigingen tijdig aan de zorgverzekeraar mede te delen. (Heeft een werkgever zijn werknemers verzekerd, dan zal hij derhalve van die werknemers dienen te verlangen, dat zij een verhuizing aan hem opgeven.) Hij dient dit zowel uit eigen initiatief te doen, als op basis van een verzoek daartoe van zijn zorgverzekeraar. Overigens zal de mededelingsplicht van de verzekeringnemer ter zake van het overlijden van de verzekerde natuurlijk alleen dan vervuld kunnen worden, indien de verzekeringnemer een ander dan de verzekerde was. Was de verzekeringnemer tevens de – overleden – verzekerde, dan zullen de nabestaanden de melding doen. Omdat zij geen belang bij voortzetting van de verzekering hebben zodat zij altijd wel snel zullen melden, is afge-

zien van het regelen van een afzonderlijke mededelingsplicht voor nabestaanden.

Het niet voldoen aan de in het derde lid geregelde verplichting, maakt de verzekeringnemer schadeplichtig. Overigens is het uiteraard wel wenselijk dat de zorgverzekeraar in de zorgpolis een indicatie geeft van de feiten en omstandigheden die tot het van rechtswege eindigen van de verzekering kunnen leiden en dus gemeld moeten worden.

#### *vijfde lid*

Soms zal de verzekeringnemer, gezien de inhoud van de gegevens die hij op grond van het vierde lid doorgeeft (bijvoorbeeld het overlijden van de verzekerde, of een verhuizing), wel weten dat de zorgverzekering geëindigd is of zal eindigen. Dit hoeft echter niet altijd het geval te zijn. Een verzekeringnemer kan een verhuizing doorgeven zonder dat hij weet of hij hiermee buiten het werkgebied van zijn zorgverzekeraar komt te wonen. En het is, gezien de complexiteit van de uit internationale regelgeving voortvloeiende regels, heel goed mogelijk dat een verzekeringnemer wijziging in zijn omstandigheden doorgeeft zonder dat hij weet of dat tot het eindigen van de verzekeringsplicht leidt. Daarom dient de zorgverzekeraar zodra hij een mededeling als bedoeld in het vierde lid binnenkrijgt, na te gaan of dit tot het van rechtswege eindigen van de zorgverzekering leidt. Zo ja, dan meldt de zorgverzekeraar dit onverwijld aan de verzekeringnemer, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt.

### **Artikel 7 (wettelijke opzeggingsmogelijkheden van de verzekeringnemer)**

#### *eerste lid*

Het wetsvoorstel laat in het midden of de zorgverzekering een overeenkomst voor bepaalde of onbepaalde tijd is. (De huidige particuliere ziektekostenverzekeraars sluiten overeenkomsten voor bepaalde tijd, die steeds stilzwijgend met een jaar worden verlengd.) Of de zorgverzekering nu een overeenkomst voor onbepaalde tijd is of voor bepaalde tijd, steeds heeft de verzekerde het recht tegen het eind van ieder kalenderjaar op te zeggen. Artikel 7, eerste lid, lijkt hetzelfde te regelen als artikel 7.17.1.13, eerste lid, BW, maar dat is niet zo. Artikel 7.17.1.13, eerste lid, BW regelt wat geldt *indien* de mogelijkheid tot opzegging tegen het einde van een verzekeringsperiode is overeengekomen, teneinde (automatische) verlenging te verhinderen. Artikel 7, eerste lid, gaat verder: het regelt dat de verzekeringnemer het recht heeft om tegen het einde van zo'n periode op te zeggen, waarbij de periode op een kalenderjaar wordt bepaald. De mogelijkheid om tegen het eind van ieder kalenderjaar op te zeggen in combinatie met de in artikel 3 geregelde acceptatieplicht, zal er overigens in de praktijk toe leiden dat zorgverzekeraars die meerdere varianten van de zorgverzekering aanbieden, hun verzekeringnemers de mogelijkheid geven de zorgverzekering met ingang van het begin van ieder kalenderjaar in een andere variant om te zetten. Aldus zal een formele opzegging met vervolgens een nieuwe acceptatie (maar dan voor een andere variant) bij dezelfde zorgverzekeraar voorkomen kunnen worden.

#### *tweede, vierde en vijfde lid*

Zoals in de toelichting op artikel 2 is aangegeven, kan het voorkomen dat een verzekeringsplichtige die met zijn medeweten door een ander verzekerd is, later voor zichzelf een verzekering wenst af te sluiten (dan wel zich door een ander dan de bestaande verzekeringnemer wenst te laten verze-



keren). Te denken valt aan gevallen van echtscheiding, het uit huis gaan van kinderen of, indien een werkgever zijn werknemers heeft verzekerd, het eindigen van de dienstbetrekking. De verzekeringsplichtige kan er altijd voor kiezen, zelf een zorgverzekering te (laten) afsluiten. Indien zijn oorspronkelijke verzekering doorloopt, zal hij vervolgens tweemaal verzekerd zijn. Deze wet verbiedt dubbele verzekering van dezelfde verzekerde niet. Verzekert de verzekeringsplichtige zich opnieuw of laat hij dat doen, dan verschaft dit zijn oorspronkelijke verzekeringnemer echter wel een opzeggingsbevoegdheid, zo bepaalt artikel 7, tweede lid. Voor die oorspronkelijke verzekeringnemer is dit van belang, omdat hij anders de premie moet blijven doorbetalen terwijl in de praktijk waarschijnlijk zelden aanspraak op de door hem gesloten zorgverzekering zal worden gedaan. De verzekerde zal immers de neiging hebben de nieuwe zorgverzekeraar aan te spreken. En voor de zorgverzekeraars is dit van belang, omdat zij anders de kosten (art. 7.17.2.24a, derde lid, BW) en de voor de verzekerde geldende vereveningsbijdrage zullen moeten delen. Constateert het CVZ dat een verzekerde meerdere malen verzekerd is, dan zal het de betrokken verzekeraars daarvan op de hoogte brengen (art. 35, vierde lid). Deze kunnen vervolgens de oorspronkelijke verzekeringnemer op de hoogte brengen van het feit, dat zijn verzekerde inmiddels nogmaals verzekerd is, en hem wijzen op zijn opzeggingsmogelijkheid.

Artikel 7, tweede lid, geeft de oorspronkelijke verzekeringnemer de mogelijkheid de zorgverzekering op te zeggen indien de verzekerde een andere zorgverzekering heeft. In de praktijk zal een verzekeringnemer echter bij het opzeggen veelal niet afhankelijk willen zijn van het moment waarop zijn verzekerde zich opnieuw verzekert of laat verzekeren. Heeft de ene partner de andere verzekerd en komt het tot een echtscheiding, dan zal de verzekeringnemer waarschijnlijk niet willen doorbetalen totdat zijn ex-partner opnieuw verzekerd is. En een werkgever zal niet willen doorbetalen totdat zijn ex-werknemer opnieuw verzekerd is. Bij een kind dat uit huis gaat, zal de situatie echter weer anders liggen en is de ouder-verzekeringnemer mogelijk bereid in ieder geval door te betalen tot het eind van het kalenderjaar. Het is niet mogelijk om bij wet alle gevallen te regelen waarin de verzekeringnemer die een ander heeft verzekerd mag opzeggen, indien in zijn relatie tot de verzekerde wijzigingen optreden of deze relatie geheel vervalt. Het is derhalve aan de verzekeraar om hier desgewenst clausules voor op te stellen. Artikel 7, tweede lid, regelt slechts dat de oorspronkelijke verzekeringnemer het contract in ieder geval kan opzeggen indien de verzekerde een nieuwe zorgverzekering krijgt. De dag met ingang waarvan kan worden opgezegd is de dag waarop de nieuwe zorgverzekering ingaat, indien de opzegging voor die ingangsdatum bij de zorgverzekeraar binnen is (vijfde lid). In andere gevallen (bijvoorbeeld indien de verzekeringnemer pas van de tweede verzekering op de hoogte komt nadat deze reeds gesloten is) is de dag waarop de eerste verzekering eindigt gelijk aan de eerste dag van de tweede maand volgende op de opzegging (vierde lid). Daarnaast kan de verzekeringnemer uiteraard, tegen de daar genoemde data, gebruik maken van de andere wettelijke opzegmogelijkheden.

#### *derde en vierde lid*

Artikel 7.17.1.13, vierde lid, BW bepaalt: «Indien de verzekeraar de voorwaarden van de overeenkomst ten nadele van de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde wijzigt, is de verzekeringnemer gerechtigd de overeenkomst op te zeggen tegen de dag waarop de wijziging ingaat, en in ieder geval gedurende één maand nadat de wijziging hem is meegedeeld.» Van dit lid kan niet ten nadele van de verzekeringnemer of verzekerde worden afgeweken (art. 7.17.1.16, derde lid BW). Dit artikel is, met twee in artikel 7, derde lid, opgenomen afwijkingen, ook van toepassing

op de zorgverzekering. De eerste afwijking betreft het regelen van een andere opzegtermijn, voor het geval de grondslag van de premie – en daarmee ook onmiddellijk de werkelijk te betalen premie; zie artikel 17 – wordt verhoogd. Artikel 7.17.1.13, vierde lid, BW sluit niet uit dat een wijziging ten nadele van de verzekeringnemer – waaronder een premieverhoging valt – uiterlijk op de datum waarop deze ingaat aan de verzekeringnemer wordt medegedeeld. In dat geval kan de verzekerde nog gedurende een maand daarna opzeggen. De regering acht zowel de mogelijkheid van een zo late mededeling, als een zo korte opzegtermijn ongewenst. In artikel 17, zevende lid, staat dat wijzigingen in de grondslag van de premie niet eerder in werking treden dan met ingang van de eerste dag van de tweede kalendermaand volgende op de maand waarin deze aan de verzekeringnemers is medegedeeld. Dat artikel verplicht de zorgverzekeraar dus al om premieverhogingen ruim van te voren bekend te maken. In aansluiting hierop is in artikel 7, derde lid, onderdeel a, juncto het vierde lid, geregeld dat de verzekeringnemer in de periode tussen de mededeling en de inwerkingtreding van de verhoging kan opzeggen, en wel met ingang van de eerste dag van de tweede kalendermaand volgende op de dag waarop de verzekerde opzegt.

De tweede afwijking van artikel 7.17.1.13, vierde lid, BW betreft beperkingen in het verzekerde pakket. Indien deze louter het gevolg zijn van overheidsingrijpen, heeft de verzekerde geen opzeggingsrecht. Een dergelijk recht zou ook niet zoveel zin hebben, daar alle zorgverzekeraars naar aanleiding van dergelijke regelgeving hun pakket zullen moeten beperken.

### **Artikel 8 (beperking ontbindings- en opzeggingsmogelijkheden zorgverzekeraar)**

#### *eerste lid*

De belangrijkste verplichting die voor de verzekeringnemer uit de zorgverzekering voortvloeit, is het tijdig betalen van de premie. Als een verzekeringnemer een vervolgpremie niet heeft voldaan, kan de zorgverzekeraar, indien hij zich deze mogelijkheid in de zorgverzekering heeft voorbehouden, zijn plichten uit de overeenkomst (het leveren van de verzekerde prestatie indien het verzekerde risico zich voordoet) opschorten of de overeenkomst opzeggen of ontbinden.

Ontbinding heeft geen terugwerkende kracht (art. 6:259 BW), maar partijen dienen de over en weer ontvangen prestaties wel ongedaan te maken (art. 6:271 BW). Het spreekt voor zich, dat deze ongedaanmakingsplicht bij het ontbinden van zorgverzekeringen ongewenst is: zij zou betekenen dat verzekerde de waarde van de hem verleende zorg aan de zorgverzekeraar zou moeten terugbetalen, en dat de zorgverzekeraar de premies – voor zover in het verleden wél betaald – zou moeten restitueren. Hoewel beargumenteerd zou kunnen worden dat in dit geval artikel 6:265 BW reeds met zich brengt dat slechts gedeeltelijke ontbinding (namelijk slechts voor de toekomst) gerechtvaardigd is, wordt, gezien het grote belang ervan voor de verzekeringnemer en de verzekerde, in artikel 8 toch met zoveel woorden geregeld dat wegens het niet betalen van premies de zorgverzekering slechts voor de toekomst kan worden ontbonden. Dit betekent derhalve dat de overeenkomst om eerdergenoemde redenen slechts gedeeltelijk kan worden ontbonden, dat de verzekeringnemer gehouden blijft de achterstallige premies over de periode dat de zorgverzekering nog bestond alsnog te voldoen, en dat de zorgverzekeraar zorgkosten over die periode – behalve eventueel over de in de volgende alinea bedoelde periode – alsnog zal moeten vergoeden.

Artikel 7.17.1.10, eerste lid, BW regelt onder welke voorwaarden en op welke termijn opgezegd, ontbonden of opgeschort kan worden: «Het niet

nakomen van de verplichting tot betaling van de vervolgpremie kan eerst leiden tot beëindiging of schorsing van de verzekeringsovereenkomst of de dekking, nadat de schuldenaar na de vervaldag onder vermelding van de gevolgen van het uitblijven van betaling vruchteloos is aangemaand tot betaling binnen een termijn van 14 dagen, aanvangende de dag na aanmaning.» Derhalve kan de zorgverzekering op zijn vroegst veertien dagen na een aanmaning door middel van opzegging of ontbinding worden beëindigd. Dat sluit echter niet uit, dat de opzegging of ontbinding terugwerkende kracht wordt gegeven tot en met de dag waarop de meest recente niet-betaalde premie betaald had moeten worden. Op grond van artikel 8 wordt echter ook het opzeggen of ontbinden met terugwerkende kracht over deze relatief korte periode verboden. De reden daarvan is niet zozeer, dat het alsnog teruggeven van (de waarde van) gedurende deze periode genoten zorg onwenselijk wordt geacht. Over deze periode is immers in ieder geval geen premie is betaald, en voorts zou de verzekerde bij de aanmaning, bedoeld in artikel 7.17.1.10 BW, ervoor kunnen worden gewaarschuwd dat de verzekering bij het niet alsnog voldoen van de premie met terugwerkende kracht beëindigd wordt. De reden om terugwerkende kracht te verbieden is echter, dat in dat geval voor de verzekerde niet aansluitend een nieuwe verzekering zou kunnen worden gesloten. Derhalve zou de verzekerde (of de persoon, bedoeld in artikel 2, derde lid) bij de volgende zorgverzekeraar altijd met een boete wegens te laat verzekeren (art. 95) worden geconfronteerd.

Is opzegging of ontbinding met terugwerkende kracht verboden, opschorten van de dekking is dat niet. Een verzekeraar kan derhalve in zijn aanmaning melden dat hij de zorgverzekeraar zal opzeggen of ontbinden indien niet binnen veertien dagen alsnog alle openstaande premies zijn voldaan, en dat hij de dekking van de verzekering voor dat geval met terugwerkende kracht tot en met de meest recente premievervaldag opschort. (Opschorten tot een eerdere premievervaldag – bijvoorbeeld omdat de verzekerde al een half jaar zijn premies niet heeft voldaan – is gezien artikel 7.17.1.10 BW echter niet mogelijk. Van de verzekeraar wordt een actieve opstelling verwacht. Hij mag derhalve niet maandenlang wachten met het verzenden van een aanmaning, om vervolgens, indien de openstaande premies niet alsnog binnen veertien dagen na de uiteindelijk verzonden aanmaning worden voldaan, met terugwerkende kracht over al die maanden de dekking op te schorten.)

Overigens zal de zorgverzekeraar in zijn modelovereenkomst moeten opnemen wat hij bij het niet tijdig betalen van premies met ingang van wanneer zal doen.

#### *tweede lid*

Voor een toelichting op het tweede lid wordt verwezen naar de toelichting op artikel 24.

### **Artikel 9 (de inhoud van de zorgpolis; bewijs van einde van de zorgverzekering)**

#### *eerste lid*

Aansluitend bij artikel 7.17.1.8, eerste lid, BW, bepaalt artikel 9, eerste lid, dat de zorgverzekeraar de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, de verzekerde zo spoedig mogelijk na het sluiten van een zorgverzekering een zorgpolis verstrekt. Dat deze verplichting hier toch wordt herhaald, hangt samen met het feit dat het, met het oog op de transparantie voor de verzekeringnemers (en de verzekerden), wenselijk is dat ieder jaar een bijgewerkte polis wordt verstrekt. Dat

laatste wordt in titel 7.17 BW niet, en in artikel 9, eerste lid, wel, voorgeschreven. De zorgpolis geeft de inhoud weer van de met de verzekeringnemer gesloten zorgverzekering. Indien de zorgverzekeraar in de provincie waar de verzekerde woont meerdere varianten van de zorgverzekering aanbiedt, zal derhalve de inhoud van de gekozen variant in de polis moeten worden opgenomen, naast de persoonlijke gegevens van de verzekerde en – indien dit een ander is dan de verzekeringnemer. Uit de polis – waarvan, zoals in de toelichting op artikel 1, onderdeel h, reeds is aangegeven – ook algemene voorwaarden, een reglement of een mantelpolis deel uit kunnen maken – dient de verzekeringnemer al zijn rechten en plichten uit de zorgverzekering af te kunnen leiden. Hetzelfde geldt voor de verzekerde, indien dit niet dezelfde persoon als de verzekeringnemer is. Indien de verzekeraar voor sommige vormen van zorg het naturasysteem hanteert, en voor andere het restitutie-systeem dient dan ook uit de polis te blijken welke vormen van zorg in natura worden geleverd, en voor welke vormen rekeningen vergoed worden. Voorts dient in principe uit de polis te blijken voor welke vormen van zorg de verzekerde naar gecontracteerde zorgaanbieders moet, en voor welke hij uit alle zorgaanbieders kan kiezen (zie ook de artt. 11 e.v.), al kan in geval van lange lijsten met zorgaanbieders in de zorgpolis naar een website worden verwezen. Indien de verzekeringnemer van mening is dat de hem verstrekte zorgpolis niet overeenstemt met de zorgverzekering waar hij voor gekozen heeft, dient hij dit zo spoedig mogelijk aan de zorgverzekeraar te melden. De zorgpolis dient immers voor hem, voor de verzekerde en voor de zorgverzekeraar als bewijsstuk van de inhoud van de zorgverzekering.

Verliest de verzekeringnemer of de verzekerde zijn zorgpolis, dan verstrekt zijn zorgverzekeraar tegen vergoeding van de kosten een nieuwe, zo regelt artikel 7.17.1.8, derde lid, BW. Overigens bepaalt artikel 7.17.1.9, eerste volzin, BW dat alle mededelingen waartoe de bepaling van titel 7.17 BW of de overeenkomst de verzekeraar aanleiding geven, schriftelijk moeten geschieden, terwijl op grond van artikel 7.17.1.8, tweede lid, wijzigingen in de zorgverzekering altijd via een wijzigingspolis (of, klantvriendelijker, een nieuwe, geconsolideerde polis zoals op grond van artikel 9, eerste lid, in ieder geval wordt voorgeschreven tegen ieder nieuw kalenderjaar) aan de verzekeringnemer dienen te worden verstrekt.

Uit artikel 2:10 BW volgt, dat zorgverzekeraars de polis zeven jaar dienen te bewaren. Dat is mede van belang met het oog op het toezicht op de rechtmatigheid van uit het Zorgverzekeringsfonds aan de zorgverzekeraars verstrekte bijdragen.

#### *tweede lid*

Titel 7.17 BW regelt niets over het verstrekken van bewijzen van het einde van een verzekeringsovereenkomst. Dat is begrijpelijk, want die titel is niet met het oog op verplichte verzekeringen geschreven. Voor de uitvoering van de Zvw is een dergelijk bewijs echter wenselijk. Daarom schrijft het tweede lid van artikel 9 voor dat de zorgverzekeraar bij het einde van de zorgverzekering een eindigingsbewijs afgeeft, en wat daar in dient te staan. Het bewijs dient te worden verstrekt aan de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, daarnaast ook aan de verzekerde. Het bewijs is niet alleen nodig met het oog op de duidelijkheid voor de verzekeringnemer en verzekerde (zij weten uit het bewijs dat en met ingang van wanneer de zorgverzekering bij de desbetreffende zorgverzekeraar afloopt, en kunnen er, indien de verzekerde verzekeringsplichtig blijft, vervolgens rekening mee houden bij het tijdig sluiten van een nieuwe zorgverzekering), maar is ook van belang voor de zorgverzekeraars en voor het CVZ (respectievelijk, in zijn rol van toezichthouder op de juistheid van de voor de verevening verstrekte gegevens, het CTZ). De door het CVZ aan de zorgverzekeraars toegekende vereve-

ningsbijdrage is immers afhankelijk van het aantal bij een zorgverzekeraar ingeschreven verzekerden. Daarom bepaalt artikel 35, tweede lid, dat de zorgverzekeraar daarnaast het CVZ een afschrift van het eindigingsbewijs zendt. Uit artikel 2:10 BW volgt voorts, dat de zorgverzekeraar gedurende zeven jaren een kopie van het bewijs van eindiging in zijn administratie dient te bewaren.

Ten slotte is ook voor de zorgverzekeraar aan wie vervolgens gevraagd wordt voor de desbetreffende verzekeringsplichtige een zorgverzekering te sluiten, het eindigingsbewijs van de vorige zorgverzekering van belang. De nieuwe zorgverzekeraar kan er namelijk allereerst uit afleiden of en zo ja, met ingang van wanneer de zorgverzekering met de eerdere zorgverzekeraar ten einde zal komen of is gekomen. Dit is van belang voor de beantwoording van de vraag of de vorige en de nieuwe zorgverzekering op elkaar aansluiten. Is dat niet het geval en is dit aan de verzekeringsplichtige te verwijten, dan dient de nieuwe verzekeraar een boete op te leggen over de tussentijdse periode (zie art. 95; anders dan na aanvang van de verzekeringsplicht geldt bij overstap van een verzekeringsplichtige van de ene naar de andere zorgverzekeraar geen termijn van vier maanden). Voorts kan de nieuwe zorgverzekeraar uit het bewijs afleiden, of de zorgverzekering bij de vorige zorgverzekeraar geëindigd was wegens het niet meer verzekeringsplichtig zijn van de verzekerde. Dat vloeit voort uit artikel 9, derde lid. Is dat het geval, dan zal hij er verstandig aan doen extra zorgvuldig te onderzoeken of de verzekerde op het moment dat hij een nieuwe zorgverzekering wil afsluiten, opnieuw verzekeringsplichtig is geworden.

Een verzekeringnemer die ondanks het gerichte verzoek daartoe een bewijs van het einde van een overeenkomst niet aan een nieuwe zorgverzekeraar overlegt, voldoet niet aan zijn mededelingsplicht, met alle bij artikel 3 omschreven gevolgen van dien.

De bepaling, in artikel 9, tweede lid, onderdeel e, dat op het bewijs van uitschrijving de hoogte van het eigen risico wordt aangetekend, hangt samen met het feit dat een zorgverzekeraar voor een verzekerde bij overgang van een hoog naar een laag eigen risico een wachttijd kan hanteren (zie artikel 20). Hanteert zowel de oude als de nieuwe verzekeraar zo'n wachttijd, dan wordt via onderdeel e voorkomen dat een verzekerde aan een wachttijd kan ontkomen door naar een nieuwe zorgverzekeraar over te stappen.

### **Hoofdstuk 3. De inhoud van de zorgverzekering**

#### *Paragraaf 3.1 Het te verzekeren risico*

#### **Artikel 10 (het verzekerde risico)**

Artikel 10 regelt het in de zorgverzekering op te nemen, derhalve het te verzekeren risico: de behoefte aan bepaalde vormen van zorg of met die zorg verband houdende diensten (verpleging, verzorging, verblijf en vervoer). Onder «geneeskundige zorg» wordt in dit verband zowel algemene geneeskundige zorg, als medisch-specialistische zorg verstaan. Ook medisch onderzoek en paramedische zorg vallen daar onder. Door opname in de polis wordt het te verzekeren risico het verzekerde risico. Alleen indien een in artikel 10 genoemd, verzekerd risico zich bij de verzekerde voordoet, kan de verzekeringnemer of de verzekerde rechten aan de zorgverzekering ontnemen. Daarmee staat echter nog niet vast, dat recht bestaat op een prestatie waarmee de behoefte aan zorg of de overige diensten vervuld kan worden. De inhoud en de omvang van de prestaties die op grond van de zorgverzekering dienen te worden geleverd, wordt bij en krachtens de artikelen 11 tot en met 14 bepaald. Anders gezegd: het

zich voordoen van het verzekerde risico is wél een noodzakelijke, maar geen voldoende voorwaarde voor het recht op een verzekerde prestatie.

Het te verzekeren pakket wordt bij en krachtens artikel 11 geregeld. Artikel 12 geeft de mogelijkheid bij amvb te bepalen dat bepaalde te verzekeren vormen van zorg of overige diensten slechts mogen worden verstrekt of vergoed indien daaraan overeenkomsten tussen de zorgverzekeraars en de desbetreffende zorgaanbieders of de aanbieders van de overige diensten ten grondslag liggen. Tevens kan op grond van laatstgenoemd artikel voor aangewezen vormen van zorg of diensten de plicht voor de zorgverzekeraar en de aanbieder van die zorg of dienst worden ingevoerd, om met elkaar te contracteren. Artikel 13 geeft de verzekerde de mogelijkheid om, zelfs als hij krachtens zijn zorgverzekering zorg van een gecontracteerde aanbieder dient te betrekken, de zorg van een niet gecontracteerde aanbieder te betrekken. Daar staat dan wel tegenover, dat zijn kosten slechts gedeeltelijk zullen worden vergoed. Artikel 14 ten slotte, geeft een regel waarmee rekening moet worden gehouden bij de beantwoording van de vraag of een verzekerde wel op een verzekerde prestatie is aangewezen. De andere twee leden regelen welke zorg of andere diensten bij te late verzekering zijn uitgesloten.

### *Paragraaf 3.2 De te verzekeren prestaties*

#### **Artikel 11 (de te verzekeren prestaties)**

Bij en krachtens artikel 11, wordt geregeld in welke prestaties de zorgverzekering dient te voorzien (de te verzekeren prestaties, na opname ervan in de zorgpolis zijn dit tevens de «verzekerde» prestaties). Artikel 11 is daarmee één van de kernbepalingen van de Zvw: het regelt de zorgplicht van de zorgverzekeraar, zoals deze in de verzekerde prestaties tot uitdrukking dient te komen. Gezien het grote belang van deze wijzigingen, is een veelomvattende toelichting op artikel 11 geboden.

#### *de te verstrekken of te vergoeden zorg: algemeen*

De hoofdregel voor het te verzekeren pakket staat in artikel 11, eerste lid. Doet het verzekerd risico zich bij de verzekerde voor en heeft deze derhalve behoefte aan een bepaalde vorm van zorg of een andere dienst, dan dient hem deze zorg of deze dienst door of namens de zorgverzekeraar geleverd te worden (natura), dan wel heeft de verzekerde jegens de zorgverzekeraar recht op vergoeding – restitutie – van de rekening voor de genoten zorg of dienst alsmede, desgevraagd, recht op activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten («zorgbemiddeling»).

Voor de zorg of andere diensten die voor verstrekking of vergoeding in aanmerking komen, wijst artikel 11, eerste lid, terug naar de in artikel 10 opgesomde vormen van zorg en de (daarmee samenhangende) overige diensten<sup>1</sup>. Daarbij dient overigens hier al te worden aangetekend, dat dit zeker niet betekent dat alle behoeften aan de in artikel 10 genoemde zorg volledig worden gedekt. Allereerst niet, omdat bij of krachtens de in het derde lid bedoelde amvb beperkende regels zullen worden gesteld aan de inhoud maar vooral ook aan de omvang van de te verstrekken of te vergoeden zorg. Zo zullen mondzorg voor volwassenen of fysiotherapie slechts in zeer beperkte mate vergoed worden. Ten tweede niet, omdat voor sommige vormen van zorg eigen bijdragen zullen worden gevraagd. En ten derde niet, omdat een verzekeringnemer, indien de zorgverzekeraar dat aanbiedt, kan kiezen voor een eigen risico. Gesteld kan derhalve worden, dat met artikel 11, eerste lid, juncto artikel 10, de aard van de te verzekeren prestaties volledig is bepaald, maar niet de inhoud of de omvang van die prestaties.

<sup>1</sup> Te weten: verzorging, verpleging, verblijf en vervoer. Voor de leesbaarheid zal in het vervolg van deze toelichting niet telkens apart naar deze «overige diensten» worden verwezen. Spreekt de toelichting derhalve bijvoorbeeld over «verzekerde zorg», «te verstrekken of te vergoeden zorg» of «te verlenen zorg», dan vallen daaronder, tenzij iets anders is aangegeven, tevens de verzekerde overige diensten, de te verstrekken of te vergoeden overige diensten of de te verlenen overige diensten.

De totale omvang van het pakket verzekerde zorg en overige diensten dat de zorgverzekeraar op grond van de Zvw zal moeten verzekeren, verschilt weinig van de omvang van het pakket dat op grond van de Zfw of de Wtz 1998 verzekerd is.

De enige afwijking betreft een uitbreiding. Onder de Zvw zullen, anders dan onder de Zfw of Wtz 1998, ook de ambulante geestelijke gezondheidszorg (ggz) en het eerste jaar klinische ggz vallen. Dit zal nader worden geregeld in de in artikel 11, derde lid, bedoelde amvb, en gelijktijdig zullen die onderdelen van de ggz-zorg, die van de AWBZ naar de Zvw worden overgeheveld, uit het Besluit zorgaanspraken AWBZ (BZA) worden gehaald.

Is er derhalve ten opzichte van de Zfw en de Wtz 1998 weinig verschil in de totale omvang van het pakket («de buitengrenzen van het pakket»), veel verschil is er in de wijze waarop de diverse onderdelen van het pakket omschreven worden.

De Zfw en het daarop gebaseerde Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering beschrijven de verzekerde zorg nog veelal als zorg die door een in die wet of dat besluit genoemde hulpverlener moet worden verleend. Krachtens de Zvw zal echter zoveel mogelijk worden afgezien van het aanduiden van de hulpverlener of instelling die de zorg dient te verlenen. Artikel 11, eerste lid, juncto artikel 10 bevat dan ook «functiegerichte» rechten, en ook in de amvb die op grond van artikel 11, derde lid, getroffen zal worden, zal deze functiegerichte omschrijving zoveel mogelijk aangehouden worden.

De tweede belangrijke wijziging is, dat het recht op verpleging of verblijf (Zfw: verzorging) is losgekoppeld van door of vanwege een ziekenhuis te verlenen medisch-specialistische zorg.

Ten slotte zal een instelling of hulpverlener, wil deze door een zorgverzekeraar gecontracteerd kunnen worden, niet meer alle zorg binnen een bepaalde basisvorm van zorg – of, in Zfw-terminologie, binnen een gehele verstrekking – hoeven te kunnen leveren. (Voor die zorgaanbieders, die op grond van de Wet toelating zorginstellingen over een toelating dienen te beschikken, volgt dat overigens al uit die wet.) Anders gezegd: wil een huisarts op dit moment door een ziekenfonds gecontracteerd kunnen worden, dan moet hij alle huisartsenzorg kunnen leveren. In de toekomst is het niet nodig dat een hulpverlener of instelling die voor rekening van de zorgverzekering «geneeskundige zorg» wil verlenen, het gehele gebied van die zorg bestrijkt.

*de te verstrekken of te vergoeden zorg: nadere regeling bij amvb*

Zoals in het voorgaande reeds is aangestipt, zullen de rechten op zorg of andere diensten zoals deze uit artikel 11, eerste lid, juncto artikel 10 voortvloeien, via de in het derde lid bedoelde amvb wat betreft inhoud en omvang nader worden omschreven, waarbij, met uitzondering van de ambulante ggz en het eerste jaar klinische ggz, de buitengrenzen van het Zfw-pakket aangehouden zullen worden. Zo zullen, conform hetgeen reeds onder de Zfw geldt, het recht op mondzorg voor volwassenen of het recht op fysiotherapie (als onderdeel van algemene geneeskundige zorg) een beperkte omvang krijgen. Ook in de amvb en de daarop mogelijk weer te baseren ministeriële regelingen zal zoveel mogelijk aan de functiegerichte omschrijving van de rechten worden vastgehouden.

De artikelen 64, tweede lid en 89, tweede lid, Wtv 1993 bepalen dat verzekeraars met zetel in Nederland of buiten de EU geen «oorlogsmolest» (gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer of muiterij) mogen verzekeren. Hetzelfde geldt op grond van de

Noodwet financieel verkeer voor de schaden ten gevolge van terrorisme, voor zover althans de Minister van Financiën heeft bepaald dat deze niet vergoed mogen worden (artt. 18b t/m 18d van die wet). De Minister van Financiën kan overigens ook bepalen dat schaden ten gevolge van terrorisme gedeeltelijk worden vergoed. In de amvb op grond van artikel 11, derde lid, Zvw zal hierbij worden aangesloten: bepaald zal worden dat geen (dan wel geen volledige) rechten bestaan indien de behoefte aan zorg of aan de overige in artikel 10 genoemde diensten is ontstaan ten gevolge van oorlog of, indien de Minister van Financiën tot eerderbedoelde regeling is overgegaan, terrorisme. Wel wordt in artikel 55 van deze wet geregeld dat in geval van dergelijk molest bij ministeriële regeling een bedrag uit het Zorgverzekeringsfonds beschikbaar kan worden gesteld, dat door de zorgverzekeraars aan de personen die zorg nodig hebben gehad, uitgekeerd kan worden. Aldus kan in geval van dergelijke rampen gebruik worden gemaakt van het bestaande netwerk van zorgverzekeraars, zonder dat eerst een noodwet getroffen hoeft te worden. Aangezien verzekeraars hierbij geen risico zullen lopen, is het uitkeren van dergelijke gelden niet te zien als een verboden nevenactiviteit als bedoeld in artikel 64, eerste lid, Wtv 1993 of artikel 8, eerste lid, onderdeel b, van de eerste richtlijn schadeverzekering. Schaden ten gevolge van kernexplosies of natuurrampen vallen wel onder de zorgverzekering. Voor het geval dit zou leiden tot een onacceptabel hoge schadelast voor een of meerdere zorgverzekeraars, bestaat de mogelijkheid van een extra bijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds (art. 33).

Zonder nadere maatregelen zal er enige overlapping dreigen tussen de Zvw-rechten en de AWBZ-aanspraken. Ook de AWBZ kent bijvoorbeeld een recht op verpleging en verblijf. In de in het derde lid bedoelde amvb zal de grens tussen de aanspraken op grond van de Zvw enerzijds en de AWBZ anderzijds getrokken worden. Leidende gedachte daarbij zal zijn dat de krachtens de Zvw te verzekeren zorg en diensten op herstel of genezing zijn gericht.

Bij of krachtens de in artikel 11, derde lid, bedoelde amvb zullen ook zorggebonden eigen bijdragen kunnen worden geregeld. Eigen bijdragen zullen blijven gelden voor kraamzorg, hulpmiddelen, geneesmiddelen en ziekenvervoer alsmede voor de uit de AWBZ over te hevelen psychotherapie.

De amvb, bedoeld in het derde lid, geeft de mogelijkheid niet alleen regels te stellen over de inhoud en omvang van de te verstrekken of te vergoeden zorg, maar over de inhoud en de omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties in het algemeen. Dit betekent dat het ook mogelijk is de mate van restitutie te beperken zonder dat daar regels over de inhoud of de omvang van de zorg aan ten grondslag liggen. Zo zou kunnen worden geregeld dat in geval van restitutie slechts een deel van de door de verzekeringnemer gemaakte kosten worden vergoed. Nu is het, gezien de beoogde nevenstelling van de prestatiewijzen «natura» en «restitutie» niet de bedoeling ten algemene van deze mogelijkheid gebruik te maken. Het recht op restitutie zal (behalve in het in artikel 13 bedoelde geval) derhalve in principe zijn een recht op volledige vergoeding van de voor het halen van de verzekerde zorg gemaakte kosten. Voor zover voor de desbetreffende vorm van zorg geen Wtg-(maximum)tarief meer zal gelden, en de zorgverleners derhalve zelf hun prijs kunnen bepalen, zou dat echter kunnen leiden tot een vergoedingsplicht van onredelijk hoge rekeningen. Daarom zal in de hier bedoelde amvb worden bepaald, dat recht op vergoeding van kosten van zorg slechts bestaat voor zover het door de verlener van de zorg in rekening gebrachte bedrag in verhouding tot de door de overige zorgaanbieders voor gelijksoortige activiteiten



berekende bedrag niet onredelijk hoog is. Er wordt derhalve een markt-conform bedrag vergoed. Het is aan een zorgverzekeraar om aan te tonen dat een voor vergoeding ingediende rekening in een individueel geval onredelijk hoog is.

*natura en restitutie versus gecontracteerde en niet gecontracteerde zorg*  
Artikel 11, eerste lid, bepaalt dat de verzekerde recht heeft op de verzekerde zorg of dienst waarop hij is aangewezen («zorg in natura»), dan wel op vergoeding van de kosten voor de verzekerde zorg of dienst die hij nodig heeft gehad (restitutie) plus, desgevraagd, bemiddeling. Een combinatie van beide (bijvoorbeeld voor de ene vorm van zorg natura, en voor de andere restitutie met bemiddeling) is ook mogelijk, zo volgt uit het tweede lid. Op welke verzekerde prestatie een verzekerde bij een bepaalde zorgbehoefte precies recht heeft («zorg» of «vergoeding en bemiddeling») hangt af van de inhoud van de zorgverzekeringsovereenkomst, zoals deze in de zorgpolis tot uitdrukking komt (en overigens ook reeds in de aan de zorgverzekeringsovereenkomst ten grondslag liggende modelovereenkomst tot uitdrukking dient te komen).

Is een vorm van zorg in natura verzekerd, dan betekent dit, dat de zorgverzekeraar de desbetreffende zorg aan die verzekerden dient te laten leveren, die daarop zijn aangewezen. Hij zal daartoe zorgaanbieders contracteren of zelf hulpverleners in dienst nemen. Ook in het laatste geval is sprake van gecontracteerd zorgaanbod: er is immers sprake van een arbeidsovereenkomst tussen de zorgverzekeraar en de hulpverlener. In principe is de keuze van de verzekerde tussen zorgaanbieders bij in natura verzekerde prestaties beperkt tot deze gecontracteerde zorgaanbieders (zie voor een uitzondering op dat principe artikel 13).

Is een vorm van zorg op basis van restitutie verzekerd, dan zal de verzekerde doorgaans zelf een vrije keuze hebben tussen alle aanbieders die de desbetreffende vorm van zorg kunnen leveren. Echter, een wet van Meden en Perzen is dit niet. Het is namelijk mogelijk dat de zorgverzekeraar met aanbieders afspraken over de omvang en de prijs van de te leveren zorg heeft gemaakt, en in de zorgverzekering is overeengekomen (en dus in de zorgpolis heeft opgenomen), dat de verzekerde de zorg bij die zorgaanbieders dient te betrekken. De verzekerde heeft dan een beperkte keuze en dient toch de rekening in eerste instantie (tenzij er een betalingsafpraak is, zie onder) zelf te betalen, waarna vergoeding door de zorgverzekeraar volgt.

Geconstateerd kan worden dat de vraag of een verzekerde vrij kan kiezen tussen zorgaanbieders niet zozeer samenhangt met het antwoord op de vraag of de verzekerde prestatie «zorg in natura» of «kostenvergoeding» is, maar meer met de vraag of hij krachtens zijn zorgverzekering de zorg dient te betrekken van zorgaanbieders met wie de verzekeraar een contract omtrent omvang en prijs heeft gesloten, of niet. Het onderscheid tussen natura en restitutie enerzijds en gecontracteerde en niet gecontracteerde zorg anderzijds is van belang met het oog op een goed begrip van de artikelen 12, 13 en 17.

Overigens komt het bij restitutieverzekeringen ook wel voor, dat de rekening direct naar de zorgverzekeraar kan. De verzekeraar betaalt dan in naam van de verzekerde. Aan een dergelijke afspraak kan een betalingsovereenkomst tussen de aanbieder en de zorgverzekeraar ten grondslag liggen. Waar in het hiernavolgende over «gecontracteerde zorg» wordt gesproken, worden dergelijke betalingsafspraken niet bedoeld. Met «gecontracteerde zorg» wordt derhalve bedoeld zorg waarover de zorgverzekeraar met de zorgaanbieder afspraken omtrent te leveren hoeveel-

heid en prijs heeft gemaakt, of zorg geleverd door zorgaanbieders die bij de zorgverzekeraar in dienst zijn.

*keuzemogelijkheden verzekeraar tussen natura en restitutie*

De zorgverzekeraar mag per vorm van zorg of andere dienst en – tenzij hij slechts in één provincie werkt – zelfs per provincie, kiezen of hij de desbetreffende zorg of dienst in natura aanbiedt dan wel de kosten vergoedt die voor het afnemen van de zorg of dienst, bijvoorbeeld door het betalen van de rekening van de zorgaanbieder, door de verzekerde zijn gemaakt. Deze keuzemogelijkheid volgt reeds uit de redactie van het eerste lid, maar is, voor de helderheid, in het tweede lid geëxpliciteerd. Te verwachten is, dat de meeste zorgverzekeringen een combinatie van in natura en op restitutiebasis verzekerde prestaties zullen kennen. Zo zou een verzekeraar er bijvoorbeeld voor kunnen kiezen een zorgverzekering aan te bieden op grond waarvan intramurale zorg in natura wordt verzekerd, en voor extramurale zorg kosten worden vergoed.

Onder «vorm van zorg» of «dienst» hoeft niet een heel onderdeel van artikel 10 te worden verstaan. Het is dus bijvoorbeeld mogelijk, dat de zorgverzekeraar kraamzorg (onderdeel van «geneeskundige zorg») restitueert en «huisartsenzorg» (tevens onderdeel van «geneeskundige zorg») gedeeltelijk bij een callcenter onderbrengt en in natura laat leveren. Ook op nog lager niveau mag worden gedifferentieerd. Zo zouden door de zorgverzekeraar te bepalen delen van de ziekenhuiszorg in natura kunnen worden geleverd, terwijl hij voor de overige ziekenhuiszorg de kosten zou kunnen vergoeden. Zelfs een individuele diagnose behandeling combinatie (dbc) kan als een «vorm van zorg» worden beschouwd, en in theorie is het dus mogelijk dat de zorgverzekeraar de ene dbc vergoedt, en de andere in natura verstrekt. Wel is het natuurlijk met het oog op de transparantie voor – en derhalve klandizie van – de verzekeringnemers verstandig om het aantal keuzemogelijkheden in de verhouding natura/restitutie beperkt te houden, en een logische indeling aan te houden in wat verstrekt, en wat vergoed wordt.

Voorts mag een zorgverzekeraar varianten van de zorgverzekering aanbieden waarin de verzekerde naar gecontracteerde zorgaanbieders moet, maar waarin het aantal zorgaanbieders waar men naar toe mag per variant verschilt (preferred provider-overeenkomsten). Doorgaans zal een variant met meer keuzemogelijkheden daarbij gepaard gaan met een hogere premie.

Uit het voorgaande kan worden afgeleid dat de zorgverzekeraar een zeer grote vrijheid heeft in de wijze waarop hij te verzekeren pakket invult. Steeds gelden echter wel de volgende voorwaarden:

- indien de zorgverzekeraar in een provincie meerdere varianten van de zorgverzekering aanbiedt, dat wil zeggen: verzekeringen aanbiedt met verschillende combinaties van natura en restitutie, of met een grote of juist een beperkte keuzemogelijkheid tussen zorgaanbieders, dient hij alle varianten in een (of meer) modelovereenkomst(en) op te nemen en dienen alle aspirant-verzekeringnemers voor de in die provincie wonende verzekeringsplichtigen uit alle modellen te kunnen kiezen (art. 3, tweede en derde lid; in het buitenland wonende verzekeringsplichtigen hebben op grond van artikel 3, vijfde lid, zelfs de keuze uit alle modelovereenkomsten die de zorgverzekeraar aanbiedt);
- geen verstrekking (natura) of vergoeding (restitutie) is mogelijk van zorg of diensten die niet op grond van artikel 11, eerste lid (juncto artikel 10) en de amvb op grond van het derde lid van artikel 11 verzekerd zijn, aangezien de verzekeringsovereenkomst daarmee haar karakter van zorgverzekering zal verliezen (zie art. 1, onderdeel d);
- de verzekeringnemer dient uit de zorgpolis te kunnen opmaken voor welke vormen van zorg en andere diensten natura geldt, en voor welke

vormen van zorg en andere diensten gemaakte kosten worden vergoed, en dient voorts uit de polis op te kunnen maken in welke gevallen zijn keuze beperkt is tot gecontracteerde zorgaanbieders en hoe hij te weten komt om welke zorgaanbieders het dan gaat (zie ook de toelichting op artikel 1, onderdeel h).

Dat de zorgverzekeraar per vorm van zorg én per provincie mag bepalen of de zorg in natura wordt geleverd, dan wel kosten worden vergoed, hoeft niet expliciet geregeld te worden. Het blijkt reeds uit artikel 11, eerste lid, waaruit volgt dat recht bestaat op een prestatie in natura of op vergoeding van kosten (plus bemiddeling), al naar gelang hetgeen in de zorgverzekeringsovereenkomst is opgenomen, juncto artikel 3, waarin de differentiatiemogelijkheid per provincie is geregeld, alsmede de verplichting alle verzekeringnemers dezelfde keuzemogelijkheden te geven.

*vierde en vijfde lid*

Op grond van het vierde en vijfde lid kan een verzekeringnemer die niet zozeer bezwaren heeft tegen de verzekering an sich (deze persoon wordt door artikel 2, tweede lid, onderdeel b, bediend) maar wel tegen bepaalde onderdelen van het te verzekeren pakket, de zorgverzekeraar vragen die onderdelen buiten de zorgverzekering te houden. Te denken valt onder meer aan personen die in verband met hun geloofsovertuiging of ethische opvatting bezwaar hebben tegen dekking van abortus of euthanasie. Om te voorkomen dat langs deze weg de solidariteit binnen de zorgverzekering wordt uitgekleeft, is door middel van artikel 17, derde lid, bepaald dat de nominale premie voor zo'n zorgverzekering gelijk is aan de premie die voor een volledige dekking betaald zou moeten worden. Aldus wordt voorkomen dat verzekeringnemers er om financiële redenen voor kiezen bepaalde prestaties niet te verzekeren.

De mogelijkheid om op zorgpolis aan te laten tekenen dat bepaalde vormen van zorg of andere diensten buiten de dekking vallen, geldt slechts voor een verzekeringnemer die zichzelf verzekert of die een kind van jonger dan twaalf jaar verzekert. De grens van twaalf jaar is ontleend aan de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst. Vanaf het bereiken van die leeftijd kan een kind zonder toestemming van zijn ouders of voogd met een verrichting instemmen indien die verrichting kennelijk nodig is om hem ernstig gezondheidsnadeel te besparen of indien het daartoe, zelfs indien de toestemming van de wettelijke vertegenwoordiger geweigerd is, de verrichting weloverwogen blijft wensen (art. 7:450 BW).

Door de bepaling, in het vierde lid, dat de dekking niet alleen in afwijking van het krachtens het eerste en derde lid te verzekeren (volledige) pakket wordt beperkt, maar ook in afwijking van de modelovereenkomst, wordt bereikt dat het de zorgverzekeraar niet is toegestaan een modelovereenkomst op de markt te brengen waarin het pakket reeds vooraf is ingeperkt. Zou dit worden toegestaan, dan zou immers niet na te gaan zijn of de in zo'n overeenkomst aangeboden premie werkelijk niet lager is dan de premie voor een verzekering met volledige dekking. De modelovereenkomsten die de zorgverzekeraars op de markt brengen dienen derhalve alle bij en krachtens artikel 11, eerste en derde lid, te bepalen prestaties te dekken. Het is (slechts) aan de verzekeringnemer om desgewenst actie te ondernemen om daar, door middel van een aantekening op de polis, een uitzondering op te laten maken.

## **Artikel 12 (overeenkomstenplicht respectievelijk (omgekeerde) contracteerplicht voor bij amvb aan te wijzen vormen van zorg)**

### *eerste lid*

Artikel 12 maakt het mogelijk vormen van zorg aan te wijzen waarvoor de zorgverzekeraar de keuzemogelijkheden van de verzekerde dient te beperken tot gecontracteerde zorg (ook wel «overeenkomstenplicht» genoemd; derhalve: verzekerde prestatie in natura, of in restitutie met overeenkomsten, tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieders, over omvang en prijs van de te leveren zorg). Omdat een plicht om zorgcontracten te sluiten het buitenlandse zorgverzekeraars in de praktijk moeilijker maakt tot de met deze wet gecreëerde zorgverzekeringsmarkt toe te treden, en daarmee het vrij verkeer van diensten en de vrijheid van vestiging zou kunnen belemmeren, zal van deze mogelijkheid alleen gebruik worden gemaakt indien dit nodig is ter bescherming van het algemeen belang als bedoeld in het Europese recht.

Een aanwijzing van een vorm van zorg als zorg die slechts op basis van een zorgcontract mag worden verstrekt of vergoed, zal in de modelovereenkomsten, in de zorgverzekeringen en derhalve ook in de zorgpolissen moeten worden verwerkt. Gebeurt dat niet, dan is de verzekeringsovereenkomst waarvan de polis de weerslag vormt namelijk geen zorgverzekering meer. Hij voldoet dan immers niet meer aan het bij of krachtens deze wet geregelde (zie de definitie van «zorgverzekering» in artikel 1, onderdeel d).

### *tweede en derde lid*

Het tweede lid bevat een verplichting voor de zorgverzekeraar, om voor bij amvb aan te wijzen vormen van zorg, desgevraagd een contract te sluiten met iedere instelling die die zorg kan leveren. Dit wordt wel de «contracteerplicht» genoemd. De instelling dient dan overigens wel in het werkgebied van de verzekeraar te liggen dan wel naar verwachting regelmatig door verzekerden van de desbetreffende zorgverzekeraar te worden bezocht.

Het derde lid regelt de «omgekeerde contracteerplicht», dat wil zeggen de plicht van de instelling die voor bij amvb aan te wijzen vormen van zorg waarvoor de contracteerplicht geldt, een contract met een zorgverzekeraar heeft gesloten, op verzoek van een andere zorgverzekeraar een gelijke overeenkomst te sluiten. Omdat in het buitenland gevestigde zorginstellingen die louter in het buitenland zorg verlenen niet de plicht kan worden opgelegd desgevraagd met zorgverzekeraars te contracteren, beperkt de omgekeerde contracteerplicht zich tot instellingen in de zin van de Wtzi (dat wil zeggen in Nederland gevestigde zorginstellingen en in het buitenland gevestigde zorginstellingen die (mede) in Nederland zorg verlenen).

De (omgekeerde) contracteerplicht geldt slechts jegens respectievelijk voor zorginstellingen. De (omgekeerde) contracteerplicht jegens respectievelijk van individuele beroepsbeoefenaren is namelijk reeds op 1 januari 1992 uit de Zfw geschrapt. En voorts zal de (omgekeerde) contracteerplicht niet worden opgelegd voor zorg, verleend door instellingen voor wie reeds op grond van het Besluit erkenning categorieën van instellingen Ziekenfondswet geen contracteerplicht meer gold.

### *vierde lid*

Geldt voor een bepaalde vorm van zorg de (omgekeerde) contracteerplicht, dan kan een zorgverzekeraar een instelling die die zorg kan leveren

toch een contract weigeren, indien hij ernstige bezwaren tegen het contracteren met die instelling heeft. Andersom kan zo'n instelling wegens ernstige bezwaren weigeren een bepaalde zorgverzekeraar te contracteren. Dat staat in het vierde lid. In artikel 79 Zfw is voor zo'n geval geregeld, dat de geweigerde partij het CVZ kan vragen over een dergelijk geschil te beslissen. Binnen de Zfw is dit verdedigbaar, nu één der partijen, te weten het ziekenfonds, een bestuursorgaan is. De zorgverzekeraars zullen echter geen bestuursorgaan zijn. Daarom ligt civielrechtelijke weging van de ernst van een bezwaar meer voor de hand. Artikel 79 Zfw keert daarom in dit wetsvoorstel niet terug. Wel staat er uiteraard niets aan in de weg dat de desbetreffende zorgverzekeraar en instelling vóór een eventuele gang naar de civiele rechter het CVZ verzoeken te adviseren of te bemiddelen.

Omdat de vormen van zorg of andere diensten waarvoor de (omgekeerde) contracteerplicht kan worden opgelegd, tevens op grond van het eerste lid moeten zijn aangewezen, geldt automatisch, dat ook de (omgekeerde) contracteerplicht slechts ter bescherming van het algemeen belang kan worden opgelegd. In het algemene deel van deze toelichting is aangegeven in welke gevallen hiervan sprake kan zijn.

**Artikel 13 (recht verzekerde die krachtens zijn zorgverzekering naar een gecontracteerde zorgaanbieder moet, om toch tegen vergoeding zorg van een niet gecontracteerde zorgaanbieder te betrekken)**

Het is mogelijk dat een bepaalde vorm van zorg op grond van de zorgverzekering door een gecontracteerde zorgaanbieder moet worden verschaft, maar dat de verzekerde op het moment dat de behoefte aan die zorg zich voordoet, de zorg toch van een niet door zijn zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder af wil nemen. Hierbij kan worden gedacht aan tijdens een vakantie ontstane behoeften aan zorg, maar ook aan gevallen waarin de verzekerde de zorg per se bij een bepaalde, niet door zijn zorgverzekeraar gecontracteerde aanbieder wil halen. Artikel 13 verschaft de verzekerde in zo'n geval het recht de zorg, tegen een door de zorgverzekeraar te bepalen vergoeding, toch van zo'n andere zorgaanbieder te betrekken. Daarbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen Nederlandse zorgaanbieders en in het buitenland gevestigde zorgaanbieders. Het recht geldt zelfs indien de desbetreffende vorm van zorg of de dienst opgenomen is in een op artikel 12, eerste lid, gebaseerde amvb.

De vergoeding zal veelal niet volledig zijn. De hier bedoelde verzekerde veroorzaakt voor zijn zorgverzekeraar immers extra kosten. Deze is er bij het in dienst nemen of contracteren van zorgaanbieders namelijk van uitgegaan dat al zijn naturaverzekerden voor de desbetreffende vormen van zorg of overige diensten verstrekking in plaats van vergoeding wensen, en heeft de omvang van zijn contracten daarop afgestemd.

Opdat een verzekerde die voor een (al dan niet gedeeltelijke) natura-verzekering (of voor een restitutieverzekering krachtens welke hij desalniettemin naar gecontracteerde zorgaanbieders moet) kiest, duidelijk is waar hij recht op heeft indien hij toch naar een niet gecontracteerde zorgaanbieder wil, bepaalt het tweede lid dat de zorgverzekeraar in zijn modelovereenkomst moet aangeven hoe hij de vergoeding berekent. Daarbij dient hij rekening te houden met verplichte eigen bijdragen (derde lid). Voor het overige heeft de verzekeraar alle vrijheid, met dien verstande dat de wijze van berekenen uiteraard niet afhankelijk mag worden gemaakt van verzekerdenkenmerken (vierde lid). Wel staat het vierde lid het de zorgverzekeraar overigens toe de hoogte van de vergoeding afhankelijk te maken van de situatie waarin de verzekerde zich bij het inroepen van de

niet gecontracteerde zorg bevond. Een zorgverzekeraar kan aldus besluiten noodhulp volledig te vergoeden, en andere hulp slechts gedeeltelijk. Overigens heeft de verzekerde op grond van artikel 22, eerste lid, onderdeel a, van de Europese sociale zekerheidsverordening 1408/71 bij een verblijf op het grondgebied van een andere lidstaat van de Europese Unie recht op verstrekkingen die tijdens dat verblijf noodzakelijk worden. Op grond van de Overeenkomst tussen de Europese Gemeenschap en haar lidstaten, enerzijds, en de Zwitserse Bondsstaat, anderzijds, over het vrije verkeer van personen geldt dit ook voor noodzakelijke medische zorg tijdens een verblijf in Zwitserland. De zorgverzekeraar zal hier in zijn modelovereenkomsten en polissen rekening mee dienen te houden.

Voorts mag een verzekeraar op grond van het EU-recht de vergoeding ook bij niet-noodgevallen niet zo vaststellen, dat er een feitelijke hinderpaal ontstaat voor het in het buitenland betrekken van zorg. Daarmee zouden immers buitenlandse zorgaanbieders ten opzichte van Nederlandse zorgaanbieders worden gediscrimineerd, met als gevolg een niet gerechtvaardigde belemmering van het vrije verkeer van diensten (zie ook het arrest «Müller-Fauré/Van Riet» van het Hof van Justitie; HvJ 13 mei 2003, C-385/99, r.o. 107).

Doordat de wijze waarop de vergoeding wordt berekend in de modelovereenkomst moet worden opgenomen, wordt deze onderdeel van een op grond van dat model gesloten zorgverzekering. Dat brengt met zich dat ook in de zorgpolis, die de weergave van de zorgverzekering is, deze berekeningswijze opgenomen dient te worden.

#### **Artikel 14 (beoordeling recht op verzekerde prestatie)**

Op grond van artikel 11 – en de verdere invulling van de daar geregelde rechten in de modelovereenkomst, de zorgverzekeringsovereenkomst en daarmee in de zorgpolis – wordt geregeld waar de verzekerde recht op heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet. Artikel 14 bevat de regels op grond waarvan wordt vastgesteld of een individuele verzekerde op de verzekerde zorg is aangewezen en zo ja, op welke zorg in welke mate.

De Zvw kent geen mogelijkheid om bij of krachtens amvb of ministeriële regeling vormen van verzekerde zorg aan te wijzen waarvoor verwijzing, voorafgaande toestemming of een andere vorm van toetsing of de verzekerde wel op bepaalde zorg is aangewezen, verplicht is, wil deze ten laste van de zorgverzekering kunnen worden gebracht. Het is aan de zorgverzekeraar om in zijn modelovereenkomsten op te nemen (en derhalve ook in de zorgverzekering overeen te komen en vervolgens in de zorgpolis op te nemen) voor welke vormen van zorg (en voor welke van de andere op grond van de artikelen 11 te verzekeren diensten) hij een vorm van toetsing wenst. Zo kan hij voor bepaalde medisch-specialistische zorg een verwijzing van een andere zorgaanbieder eisen, of kan hij regelen dat de verzekerde voor bepaalde vormen van zorg zijn voorafgaande toestemming behoeft (het verzoek tot toestemming dient dan te worden gezien door een bij de verzekeraar werkende verzekeringsarts). Eist een zorgverzekeraar in de ogen van zijn verzekerden te vaak verwijzing of voorafgaande toestemming van die verzekeraar zelf, dan zullen zijn verzekerden bij hem weg gaan.

Artikel 14 bepaalt dat de vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde andere dienst slechts wordt beoordeeld op basis van zorginhoudelijke criteria. Hiermee wordt bedoeld: bij deze beoordeling mag slechts de zorgbehoefte van de verzekerde worden afgezet tegen de beschikbare mogelijkheden om die behoefte te lenigen. Het categorisch weigeren van bepaalde zorg op

grond van algemene verzekerenmerken (bijvoorbeeld leeftijd) of uit financiële overwegingen, is derhalve niet toegestaan.

Het is een zorgverzekeraar dus verboden om alle verzekerden van honderd jaar of ouder louter op grond van hun leeftijd een operatie te weigeren. Wel kan hij op grond van zorginhoudelijke criteria – daarin afgaand op het oordeel van een zorginhoudelijk deskundige, zie onder – besluiten dat een bepaalde operatie voor een oudere niet is aangewezen. Zo kan het zijn dat een operatie, gelet op de gezondheidssituatie van een specifieke oudere, zo belastend is, dat deze diens situatie eerder zal verergeren dan verbeteren.

Bij de vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een andere tot het verzekerde pakket behorende dienst zullen veelal medisch-inhoudelijke criteria bepalend zijn. De wet hanteert echter het bredere begrip «zorginhoudelijke criteria» om te bewerkstelligen dat waar nodig ook andere zorggebonden criteria een rol kunnen spelen, bijvoorbeeld het oordeel van een verpleegkundige over de thuissituatie indien een beslissing moet worden genomen over de vraag of een patiënt naar huis kan of eerst in een revalidatie-instelling moet worden opgenomen.

Artikel 14 is een aan (het uitvoeren van) de zorgverzekering gestelde eis en richt zich derhalve in eerste instantie tot de zorgverzekeraar. Uiteraard dient de zorgverzekeraar de vraag of een verzekerde op grond van zorginhoudelijke criteria behoefte heeft aan zorg op deskundige wijze te (laten) beantwoorden. Indien de zorgverzekeraar zich het recht van toestemming heeft voorbehouden, betekent dit derhalve dat hij verzekeringsartsen of andere deskundigen op zorgterrein in dienst zal moeten nemen (of anderszins in zijn opdracht zal moeten laten werken) om een verzoek om toestemming te beoordelen. Heeft de verzekeraar het recht op een prestatie afhankelijk gesteld van een verwijzing door of een oordeel van een behandelend arts, dan geldt artikel 14 indirect ook voor hen. Een verzekeraar kan derhalve een eerstelijns-arts niet opdragen slechts naar bepaalde vormen van zorg door te verwijzen op grond van andere criteria dan zorginhoudelijke. Overigens vloeit het slechts in aanmerking nemen van zorginhoudelijke criteria ook reeds voort uit de professionele verantwoordelijkheid van artsen.

### **Artikel 15 (uitsluiting enkele artikelen van het BW)**

#### *eerste lid*

Artikel 7.17.1.14, eerste lid, BW legt de verzekeringnemer of de verzekerde de plicht op de verzekeraar op de hoogte te stellen van het intreden van het verzekerde risico zodra hij daarvan op de hoogte is of had behoren te zijn. Een en ander dient zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk is te geschieden. Deze plicht past niet goed bij een zorgverzekering. Het is immers gebruikelijk dat een verzekerde die meent zorg nodig te hebben zich niet tot zijn verzekeraar, maar tot een hulpverlener wendt. Deze stelt niet alleen vast of er daadwerkelijk behoefte aan zorg bestaat (derhalve: of het verzekerde risico zich voordoet), maar levert vaak ook onmiddellijk daarop de benodigde zorg, dan wel verwijst de verzekerde door naar een andere hulpverlener. Geldt voor de desbetreffende vorm van zorg of dienst het naturasysteem of het restitutiesysteem met een achterliggende overeenkomst tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder, dan hoeft de verzekerde gewoonlijk zelfs nooit iets aan zijn zorgverzekeraar te melden. De zorgverzekeraar komt van het intreden van het verzekerde risico op de hoogte door de rekening die hij ter voldoening van de zorgaanbieder ontvangt, dan wel – indien de zorgaanbieder bij hem in dienst is – komt

daar in het kader van de interne financiële administratie achter. Geldt een zuiver restitutiesysteem, dan zal de verzekeraar doorgaans pas na afloop van de zorgverlening worden gevraagd de kosten te vergoeden. Sommige van de huidige particuliere verzekeraars hanteren daarbij voor de verzekeringnemers een termijn van langer dan een jaar waarbinnen zij hun rekeningen nog mogen indienen. Ook dan is derhalve van het melden van het intreden van het verzekerd risico zodra de verzekerde daarvan weet geen sprake. Hoewel van artikel 7.17.1.14, eerste lid, BW in het voordeel van de verzekeringnemer of verzekerde mag worden afgeweken, is toch besloten dit lid, gegeven het feit dat het bij de hier geregelde zorgverzekering (vrijwel) nooit toepasbaar zal zijn, bij wet buiten toepassing te verklaren. Anders zouden alle zorgverzekeraars immers in hun polissen zo'n afwijking moeten regelen.

Overigens zijn de overige leden van artikel 7.17.7.14 BW wèl gewoon van toepassing. Het tweede lid verplicht de verzekeringnemer en de verzekerde binnen redelijke termijn de zorgverzekeraar alle inlichtingen en bescheiden te verschaffen die voor hem van belang zijn om zijn prestatieplicht te beoordelen. Gebeurt dat niet en leidt de zorgverzekeraar daardoor schade, dan kan hij zijn prestatie verminderen of zelfs laten vervallen, zo volgt uit het derde en vierde lid van dat artikel. Het vijfde lid van artikel 7.17.7.14 leidt ertoe dat een zorgverzekeraar ingeval van fraude door de verzekeringnemer of verzekerde (opzettelijk niet, niet volledig of onjuist verstrekken van voor een vergoeding relevante inlichtingen of bescheiden aan de verzekeraar) kan besluiten een door die verzekeringnemer of verzekerde ingediende rekening niet te vergoeden, behoudens voor zover de fraude het volledig weigeren van vergoeding niet rechtvaardigt. Dit laatste – gedeeltelijke vergoeding – zal echter, gezien de opzet tot misleiding, alleen in bijzondere gevallen aan de orde zijn; uitgangspunt is het geheel verval van het recht op vergoeding (Kamerstukken II 1999/00, 19 529 nr. 5, pp. 27 en 28).

Ook artikel 7.17.2.18 BW wordt via artikel 15 buiten toepassing verklaard. Eerstgenoemd artikel verplicht de verzekeringnemer of de verzekerde bij optreden van het verzekerde risico of de dreiging daarvan de schade zoveel mogelijk te beperken. Maatregelen daartoe mogen op kosten van de verzekeraar worden genomen. Komt de verzekeringnemer of verzekerde deze verplichting niet na, dan kan de verzekeraar zijn prestatie verlagen. Toepasselijkheid van dit artikel zou ten eerste de indruk kunnen wekken dat verzekerden, op straffe van een vermindering van een latere prestatie, verplicht zijn hulp te zoeken zodra zij zorg nodig hebben of vermoeden deze in de nabije toekomst nodig te zullen hebben. Daar waar vele verzekerden op dit moment vaak wachten om te kijken «of het niet vanzelf over gaat» zouden zij bij eerdergenoemde verplichting vaker het zekere voor het onzekere nemen, en ook voor kwaaltjes die zich niet serieus voordoen de dokter kunnen gaan bezoeken. Mocht de kwaal later uitgroeien tot een serieuze ziekte, dan kunnen zij in dat geval immers jegens hun zorgverzekeraar aantonen dat zij getracht hebben de schade te beperken. Dit terwijl het gros van dergelijke kwaaltjes inderdaad vanzelf overgaat. Niet alleen zou dit tot een extra druk op de (beperkte) capaciteit van de zorgaanbieders leiden, de zorgkosten zullen er ook onnodig door groeien. Ten tweede kan deze bepaling de indruk wekken dat verzekerden zich op straffe van een vermindering van een latere prestatie ook tegen hun wil moeten laten behandelen. De regering acht dat ongewenst. Een werknemer met lichte rugklachten die besluit door te werken, en vervolgens een hernia krijgt, dient hier in het kader van de voor de hernia te verlenen zorg niet gestraft te worden. Ten derde kan toepasselijkheid van artikel 7.17.2.18 leiden tot ingewikkelde discussies over causaliteit tussen verzekeringnemer/verzekerde en zorgverzekeraar. Bij het buiten toepassing verklaren van artikel 7.17.1.18 heeft de regering voorts laten meewe-



gen dat verzekerden, nu het om hun eigen gezondheid gaat, de schadelast toch al nooit erg hoog zullen laten oplopen. Overigens is ook de Hoge Raad is, gezien zijn arrest van 11 september 1998, NJ 1999/664, de mening toegedaan dat een verplichting tot schadebeperking niet strookt met de aard van een zorgverzekering.

#### *tweede lid*

Artikel 7.17.2.9 BW stelt dat de verzekeraar geen schade aan de verzekerde vergoedt die deze met opzet of door roekeloosheid heeft veroorzaakt. Dit artikel is van regelend recht. Hoe redelijk op het eerste gezicht ook, een dergelijke bepaling dient niet te gelden voor de wettelijke zorgverzekering. Het recht op zorg is daarvoor te belangrijk. Voorkomen dient bijvoorbeeld te worden dat een fietser die door rood rijdt, wordt aangereden en een gebroken been oploopt, vervolgens de benodigde zorg zelf moet betalen. In het tweede lid wordt daarom bepaald dat de verzekeraar een verzekerde prestatie niet mag weigeren indien de behoefte aan zorg aan hem zelf is te wijten. De formulering is breder dan de formulering «opzet of roekeloosheid» in artikel 7.17.2.9. Ook lichtere schuldvormen dan opzet en roekeloosheid dienen immers niet tot weigering van de verzekerde prestatie te leiden. Dit – alsmede de wens om duidelijk te maken dat voor de zorgverzekering artikel 15, tweede lid, boven artikel 7.17.2.9 BW gaat – is dan ook de reden voor de clausule «Zonodig in afwijking van artikel 7.17.2.9. van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek». Het in dit lid bepaalde is in lijn met wat de Hoge Raad in eerdergenoemd arrest van 11 september 1998 heeft besloten.

#### *Paragraaf 3.3 De premie*

### **Artikel 16 (verschuldigdheid premie)**

Voor de zorgverzekering van alle verzekerden van achttien jaar of ouder is aan de zorgverzekeraar premie verschuldigd. Voor de zorgverzekering voor personen jonger dan achttien jaar is, in afwijking van artikel 7.17.1.1 BW, geen premie verschuldigd (tweede lid). De financiering van de verzekering voor deze jongeren geschiedt uit het Zorgverzekeringsfonds. Wordt een verzekerde in een bepaalde maand achttien, dan is premie verschuldigd met ingang van de eerste dag van de daarop volgende kalendermaand.

De premie is verschuldigd door de verzekeringnemer. Zoals in de toelichting op artikel 1, onderdeel c, is opgemerkt, is dit meestal de verzekerde zelf, maar een verzekeringnemer kan een ander verzekerde hebben.

Vormt de premie in verhouding tot het inkomen van de verzekerde en zijn eventuele partner een te zware last, dan zal hij op grond van de Wet op de zorgtoeslag, welk wetsvoorstel gelijktijdig met voorliggend wetsvoorstel aan Uw Kamer zal worden aangeboden, aanspraak kunnen maken op een financiële tegemoetkoming.

De Zvw laat het de zorgverzekeraar vrij om te bepalen in welke termijnen hij de premie int. Dat kan zijn per maand, maar bijvoorbeeld ook per jaar. Ook kan de zorgverzekeraar bepalen of de premie vooraf of achteraf moet worden betaald. De uitbetaling van de zorgtoeslag wordt geregeld in het wetsvoorstel «Algemene wet inkomensafhankelijke regelingen» (Awir) dat (ongeveer) op het zelfde moment bij de Tweede Kamer zal worden ingediend als voorliggend wetsvoorstel en het wetsvoorstel «Wet op de zorgtoeslag». Op grond van de Awir zal de zorgtoeslag – bij een tijdige aanvraag – jaarlijks in twaalf termijnen worden uitbetaald, te beginnen in de maand december voorafgaande aan het berekeningsjaar. Indien de

verzekerde kiest voor een zorgverzekering ingevolge welke de premie per maand verschuldigd is, zal dat in de praktijk doorgaans betekenen dat de betaling van de zorgtoeslag over het algemeen iets eerder plaatsvindt dan de betaling van de premie aan de zorgverzekeraar.

### **Artikel 17 (hoogte premie)**

Artikel 17 bepaalt hoe de premie die voor verzekerden van achttien jaar of ouder verschuldigd is, wordt berekend.

#### *eerste tot en met vijfde lid*

In de toelichting op artikel 3 is aangegeven dat de zorgverzekeraar de mogelijkheid krijgt om verschillende varianten van de zorgverzekering aan te bieden. Deze varianten kunnen allereerst op het punt van de te verzekeren prestaties van elkaar verschillen: in de ene variant kan meer zorg in natura worden aangeboden dan in de andere variant (zie art. 11, eerste en tweede lid). Daarnaast kunnen deze varianten verschillen naar de mate waarin een verzekerde tussen zorgaanbieders kan kiezen: een naturacontract krachtens welke de verzekerde voor specialistische geneeskundige zorg bij alle ziekenhuizen in de provincie terecht kan, is een andere zorgverzekeringsvariant dan een naturacontract waarbij de verzekeraar slechts bij twee ziekenhuizen terecht kan. En een restitutieverzekering waarin de verzekerde de vrije keuze heeft tussen alle zorgaanbieders, is een andere variant van de zorgverzekering dan een restitutieverzekering krachtens welke de verzekerde naar bepaalde, gecontracteerde zorgaanbieders moet. Voorts kunnen de varianten van elkaar verschillen wat betreft het aangeboden eigen risico (artt. 19 tot en met 21) en ook kan een verzekeraar premiekortingen voor deelnemers aan collectiviteiten aanbieden (art. 18). Een zorgverzekering krachtens welke alle zorg in natura wordt verleend zonder eigen risico, is een andere variant dan een zorgverzekering krachtens welke alle zorg in natura wordt verleend met een eigen risico van € 300. Om risicoselectie te voorkomen, dient de zorgverzekeraar iedere verzekerde voor iedere variant die hij in de woonprovincie van de verzekerde aanbiedt, te accepteren (art. 3, tweede lid). Een dergelijk gebod heeft niet het gewenste effect, indien de verzekeraar vervolgens de premie per variant wél zou mogen laten afhangen van verzekerdenkenmerken, en derhalve voor personen met een slechte gezondheid een hogere premie zou mogen vragen dan voor personen met een goede gezondheid. Daarom dient voor iedere variant van de zorgverzekering dezelfde premie te worden gevraagd. Tussen de varianten mag de premie echter wél verschillen.

Om het voorgaande te kunnen regelen, wordt in het eerste tot en met vierde lid het begrip «grondslag van de premie» geïntroduceerd. De grondslag van de premie is in wezen de premie voor een verzekering met een bepaalde verhouding natura/restitutie, die geldt indien geen collectiviteitskorting of korting voor een eigen risico van toepassing is (vierde lid, juncto het eerste en tweede lid). De grondslag van de premie wordt door de zorgverzekeraar vastgesteld en mag verschillen tussen varianten die op het punt van de te verzekeren prestaties van elkaar afwijken. Dat volgt uit het eerste lid. Het tweede lid bepaalt, dat voor varianten die op het punt van de te verzekeren prestaties niet van elkaar verschillen (dus dezelfde verhouding natura/restitutie hebben), maar van elkaar verschillen omdat voor de ene variant een eigen risico of een collectiviteitskorting geldt, en voor een andere niet, een zelfde grondslag voor de nominale premie moet worden vastgesteld. Daarbij bepaalt het derde lid, dat de grondslag voor de premie voor een zorgverzekering waarbij de verzekeringnemer bepaalde prestaties heeft laten uitsluiten, gelijk is aan de grondslag die zou gelden indien het gehele pakket gedekt

zou zijn. Zonder deze bepaling zou de met de Zvw te bereiken solidariteit teveel worden uitgehold.

In artikel 18 is geregeld in welke gevallen een zorgverzekeraar voor de verzekering van een deelnemer aan een collectiviteit een korting op de premiegrondslag mag geven; de artikelen 19 tot en met 21 bevatten de regels voor kortingen op de premiegrondslag wegens het eigen risico.

Het vijfde lid bepaalt vervolgens dat de premie die een verzekeringnemer (voor een verzekerde van achttien jaar of ouder) verschuldigd is, gelijk is aan de grondslag van de premie behorende bij de variant van de zorgverzekering die hij gekozen heeft, verminderd met een premiekorting voor deelname aan een collectiviteit of voor een eigen risico, voor zover althans dergelijke premiekortingen van toepassing zijn (zie daarvoor de artikelen 18, en 19 tot en met 21). Kiest een verzekeringnemer voor een variant zonder eigen risico, en biedt de verzekeraar bij die variant geen collectiviteitskorting aan dan wel is een dergelijke korting op de verzekerde niet van toepassing, dan is de verschuldigde premie gelijk aan de grondslag van de premie. In alle andere gevallen is de verschuldigde premie lager dan deze grondslag.

In de toelichting op artikel 3, tweede en derde lid, is reeds aangegeven dat de zorgverzekeraar niet verplicht is om voor iedere variant van de zorgverzekering een aparte modelovereenkomst op te stellen. Hij kan ook een modelovereenkomst opstellen voor iedere groep varianten die wat betreft te verzekeren prestaties gelijk zijn, en daarbij – bijvoorbeeld – in afzonderlijke artikelen aangeven dat de in die overeenkomst geregelde verzekering zonder eigen risico of met een eigen risico van € 100, € 300 of € 500 genomen kan worden, en dat hij bij de variant met een eigen risico van € 300 bovendien nog de in artikel 18 geregelde collectiviteitskorting aanbiedt. In dat geval zijn vier varianten van de zorgverzekering in één modelovereenkomst neergelegd. De grondslag van de premie voor alle vier de varianten moet op een zelfde bedrag worden vastgesteld (tweede lid), en dient in de modelovereenkomst opgenomen te worden (eerste lid). Doordat in het eerste lid daarnaast geregeld is dat de voor de desbetreffende variant geldende premiekorting(en) in de modelovereenkomst moet worden opgenomen, is de zorgverzekeraar tevens verplicht aan te geven wat de premiekortingen bij ieder eigen risico zijn, en wat de premiekorting is indien een verzekerde die voor een eigen risico van € 300 heeft gekozen, ook nog deelnemer is aan een collectiviteit. Aldus zal de verzekeringnemer aan de hand van de modelovereenkomst uit kunnen rekenen, welke premie hij, gegeven bepaalde door hem te maken keuzes, verschuldigd zal zijn.

#### *zesde lid*

Indien een verzekeraar een zorgverzekering met een bepaalde combinatie van natura- en restitutieprestaties aanbiedt met, naar keuze van de verzekeringnemer, een of meer eigenrisicobedragen en ook met een collectiviteitskorting, is het voor hem van belang te weten, hoe de korting voor een eigen risico en de korting voor de deelname aan de collectiviteit op elkaar inwerken. Indien, bijvoorbeeld, beide soorten kortingen worden gegeven in de vorm van een percentage van de premiegrondslag, maakt het voor de uiteindelijk te betalen premie uit of de verzekeraar het kortingspercentage voor het eigen risico en het kortingspercentage voor de deelname aan de collectiviteit eerst bij elkaar optelt, en vervolgens de premiegrondslag met het resultaat vermindert, dan wel of hij eerst het ene percentage op de premiegrondslag toepast, en vervolgens op het restant het tweede percentage. De eerste wijze van berekening leidt tot een lagere premie dan de tweede. Iets dergelijks geldt ook indien één van de twee

kortingen in de vorm van een percentage is gegoten, en de andere in de vorm van een nominaal bedrag. Gezien het voorgaande bepaalt het zesde lid, dat de zorgverzekeraar de wijze waarop hij de verschuldigde premie van de premiegrondslag afleidt, in zijn modelovereenkomst weergeeft.

De uiteindelijk door de verzekeringnemer te betalen premie vormt een (belangrijk) onderdeel van de tussen hem en zijn zorgverzekeraar gesloten zorgverzekering, en moet derhalve in de zorgpolis worden opgenomen (zie artikel 1, onderdeel d). Met het oog op de transparantie en controlebaarheid voor de verzekerde, regelt het zesde lid dat in de zorgpolis tevens moet worden opgenomen hoe de verschuldigde premie van de grondslag van de premie wordt afgeleid. Derhalve zullen ook de toegepaste premiekortingen moeten worden aangegeven.

#### *zevende lid*

Artikel 7, derde lid, onderdeel a, geeft de verzekeringnemer de mogelijkheid de zorgverzekering voorafgaande aan een verhoging van de grondslag van de premie – en daarmee automatisch ook van de door hem te betalen premie – op te zeggen. Dit onderdeel kan zijn beoogde werking slechts hebben, indien zo'n premieverhoging van te voren aan de verzekeringnemers wordt medegedeeld, en wel zo tijdig dat deze een redelijke termijn heeft om te besluiten of hij wil opzeggen of niet (en om een nieuwe zorgverzekering aan te gaan). Het zevende lid van artikel 17 regelt dat een wijziging in de grondslag van de premie niet eerder in werking treedt dan met ingang van de eerste dag van de tweede kalendermaand volgende op de maand waarin deze aan de verzekeringnemers is medegedeeld. De verzekeringnemer heeft derhalve ten minste een maand om te besluiten of hij wil opzeggen. Het zevende lid brengt overigens met zich, dat een verhoging van de grondslag van de premie sowieso niet in werking treedt indien deze niet aan de verzekeringnemers is medegedeeld.

Het vereiste dat de wijziging «aan de verzekeringnemer» wordt medegedeeld, impliceert een individuele mededeling aan alle verzekeringnemers waarvoor de premieverhoging geldt. Dit kan via een aan de verzekeringnemers gerichte brief of e-mail. Indien de zorgverzekeraar zijn verzekeringnemers periodiek een bulletin toestuurt, kan de wijziging ook daarin worden aangekondigd, mits dat op een wijze geschiedt die voldoende de aandacht trekt. De zorgverzekeraar kan niet volstaan met een algemene publicatie in dagbladen of op een website. Een dergelijke mededeling is immers niet specifiek aan de verzekeringnemer, maar aan «de hele wereld» gericht.

### **Artikel 18 (premiëkorting bij deelname aan collectiviteit)**

#### *eerste en tweede lid*

Een zorgverzekeraar kan deelnemers aan een collectiviteit een korting op de grondslag van de premie verlenen. Risicoselectie wordt voorkomen door het eerste en het tweede lid van artikel 18. Het eerste lid verplicht de zorgverzekeraar in zijn modelovereenkomst aan te geven of en, indien de modelovereenkomst meerdere varianten van de zorgverzekering bevat (dat wil in de praktijk zeggen: de mogelijkheid bevat om voor een of meer eigenrisicobedragen te kiezen), voor welke variant(en) van de zorgverzekering de collectiviteitskorting geldt. Daarmee is voor iedereen kenbaar in welke gevallen de verzekeraar korting verleent en krijgt iedere aspirant-verzekerde die tot een collectiviteit van voldoende omvang behoort, de mogelijkheid te kiezen voor de variant of een van de varianten waarvoor de korting geldt (zie ook artikel 3, tweede lid). Echter, daarmee zou nog

niet uitgesloten zijn, dat de verzekeraar het begrip «collectiviteit» in zijn modelovereenkomst nader invult, bijvoorbeeld door te bepalen dat slechts werknemers tot een collectiviteit kunnen behoren. Dit laatste wordt echter in het eerste gedeelte van het tweede lid verboden: zorgverzekeraars mogen de vraag of zij al dan niet korting verlenen niet laten afhangen van kenmerken van de collectiviteit of zijn deelnemers.

De hoogte van de korting mag slechts afhangen van het aantal deelnemers dat voor de desbetreffende variant(en) kiest, waarbij voor vergelijkbare verzekerdenaantallen een zelfde korting dient te gelden. De verzekeraar kan derhalve besluiten voor deelnemers aan grote collectiviteiten een hogere korting te verlenen dan voor deelnemers aan kleine collectiviteiten, maar heeft hij vastgesteld dat bij een deelname van tussen de 50 en 250 deelnemers een korting van 2% geldt, dan geldt dat ongeacht de vraag of het gaat om een collectiviteit van werknemers, of een collectiviteit van – bijvoorbeeld – een patiëntenvereniging. De verplichting voor vergelijkbare aantallen verzekerden een zelfde korting aan te bieden, is opgenomen om te voorkomen dat een verzekeraar die 128 werknemers van een bedrijf heeft verzekerd tegen een premiekorting van 5%, een zelfde premiekorting kan weigeren als 129 inwoners van een verzorgings-tehuis voor dezelfde verzekeringsvariant(en) dezelfde korting wensen, louter op het feit dat het verzekerdenaantal niet precies gelijk is.

De zorgverzekeraar is volledig vrij om te bepalen aan welke varianten hij een premiekorting voor collectiviteiten verbindt. Indien binnen een modelovereenkomst inderdaad meerdere varianten van de zorgverzekering zijn geregeld (het verschil tussen de varianten zal hem dan, als gezegd, zitten in het verschil tussen eigenrisicobedragen), kan hij de korting hechten aan alle binnen dat model geregelde varianten (bijvoorbeeld: indien de zorgverzekeraar voor een collectiviteit van 50 deelnemers een korting van 2% verleent geldt deze al zodra 30 deelnemers kiezen voor de variant zonder eigen risico en 20 voor de variant met eigen risico) of kan hij besluiten deze slechts voor één of enkele varianten binnen de modelovereenkomst te laten gelden. Steeds blijft echter gelden dat uit de desbetreffende modelovereenkomst duidelijk dient te blijken voor welke varianten de korting geldt.

Personen die deel uitmaken van een bepaalde collectiviteit kunnen in verschillende provincies wonen. Om de premiekorting voor collectiviteiten transparant en werkbaar te houden, is het de verzekeraar niet toegestaan voor een en dezelfde variant van de zorgverzekering in de ene provincie wel, en in de andere geen premiekorting voor collectiviteiten aan te bieden. Een bij een variant aangeboden collectiviteitskorting geldt derhalve voor alle provincies waarin die variant wordt aangeboden.

Indien de verzekeringnemer niet dezelfde persoon is als de verzekerde, is bepalend of de verzekerde van de collectiviteit deel uit maakt. Voor het bepalen van de omvang van de collectiviteit tellen ook verzekerden jonger dan achttien jaar mee. Aangezien voor hen geen premie verschuldigd is, is de premiekorting voor hun zorgverzekeringen uiteraard niet van toepassing. Hun deelname aan een variant waarvoor de zorgverzekeraar de collectiviteitskorting aanbiedt, levert de zorgverzekeraar evenveel administratief voordeel op als deelname van personen van achttien jaar en ouder. Daarom is het redelijk hun verzekeringen mee te laten tellen voor het berekenen van het voor de korting gevestigde aantal.

#### *derde lid*

Indien een verzekerde deelneemt aan meerdere collectiviteiten en uit dien hoofde voor een bepaalde verzekeringsvariant voor meerdere collectivi-

teitskortingen in aanmerking zou kunnen komen, wordt slechts eenmaal korting verleend, en wel de hoogste.

#### *vierde lid*

Dit lid geeft de mogelijkheid bij amvb nadere regels te stellen, om te voorkomen dat afbreuk wordt gedaan aan het sociale karakter van de zorgverzekering. Zoals uit het voorgaande reeds blijkt, strekt het tweede lid ertoe te voorkomen dat een zorgverzekeraar een premiekorting slechts aanbiedt aan collectiviteiten van personen met een goed gezondheidsprofiel. Mocht blijken dat een of meer zorgverzekeraars niet aan de strekking van dat artikellid voldoen (of anderszins tot risicoselectie komen), bijvoorbeeld door een aangeboden premiekorting via het aantal deelnemers waar deze voor wordt aangeboden, toch toe te snijden op een bepaalde collectiviteit, dan zal daaraan bij de hier bedoelde amvb paal en perk kunnen worden gesteld. Zo zouden in het hier genoemde voorbeeld bandbreedtes van aantallen tot een collectief behorende verzekerden (100–499 verzekerden, 500–999 verzekerden, enzovoorts) vast kunnen worden gesteld waarvoor een zelfde korting moet worden verleend.

#### *Paragraaf 3.4 Het eigen risico*

### **Artikel 19 (premierekorting bij eigen risico)**

In het voorafgaande is uiteengezet dat een zorgverzekeraar zorgverzekeringen kan aanbieden die wat betreft de te verzekeren prestaties (art. 11, eerste lid) verschillen. Deze verzekeringen dienen ten minste zonder eigen risico te worden aangeboden, zo volgt uit het eerste lid.

De verzekeraar kan de verzekeringnemer echter daarnaast ook aanbieden een eigen risico te nemen, waartegenover een korting op de premiegrondslag staat. Om uitholling van de zorgverzekering en risicoselectie te voorkomen en transparantie (vergelijkbaarheid van polissen) te bevorderen, zijn de tranches eigen risico die de verzekeraar mag aanbieden in het tweede lid opgenomen. Het gaat om bedragen van € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500. De premiekorting die daar bij hoort, wordt door de zorgverzekeraar bepaald en in de modelovereenkomst opgenomen.

Aangezien voor de verzekering van personen jonger dan achttien jaar geen premie verschuldigd is (art. 16, tweede lid) is voor hen geen korting op de premie mogelijk. Derhalve kan voor hun verzekering ook geen eigen risico worden aangeboden. Voor de duidelijkheid is dit nog eens expliciet in het tweede lid bepaald. Zodra voor de verzekering van een achttienjarige premie moet worden betaald (zie artikel 16, tweede lid) kan voor hem ook een eventueel gekozen eigen risico ingaan. Wordt daadwerkelijk van deze mogelijkheid gebruik gemaakt, dan betekent dat, dat gekozen wordt voor een andere variant van de zorgverzekering. De verzekeraar zal dan een nieuwe zorgpolis (of een wijziging van de bestaande polis) moeten toezenden.

De Zvw gaat ervan uit dat voor iedere verzekerde een individuele zorgverzekering wordt gesloten (zie ook de toelichting op artikel 1, onderdeel d). Ook het eigen risico geldt derhalve per verzekerde. Het is dus niet mogelijk om één eigen risico voor een heel gezin af te spreken.

Het tweede lid maakt duidelijk dat de zorgverzekeraar die voor het aanbieden van eigen risico's kiest, niet alle tranches hoeft aan te bieden.

Het in artikel 19 opgenomen eigen risico is zowel ten opzichte van de zorgverzekeraar als ten opzichte van de verzekeringnemer optioneel: de

zorgverzekeraar hoeft het niet aan te bieden, en de verzekeringnemer hoeft er, indien aangeboden, niet voor te kiezen.

Een zorgverzekering krachtens welke alle zorg in natura wordt verleend (100% naturapolis) met een eigen risico van € 200, is een andere variant van de zorgverzekering dan een 100% naturapolis met een eigen risico van € 300. Aangezien artikel 3 tweede lid, bepaalt dat iedere verzekeringnemer voor iedere verzekerde de keuze heeft uit alle varianten van de zorgverzekering die de zorgverzekeraar in de woonprovincie van de verzekerde aanbiedt, heeft iedere verzekeringnemer hiermee automatisch ook de keuze uit alle in die provincie aangeboden eigen risico's en de bijbehorende premiekorting.

Artikel 19 staat het de zorgverzekeraar toe om – bijvoorbeeld – bij een zorgverzekering met een combinatie van natura en restitutie, alle tranches eigen risico aan te bieden, en bij een zorgverzekering krachtens welke volledig in natura zal worden gepresteerd, geen of slechts enkele tranches. Voorts is de zorgverzekeraar bevoegd om voor een zorgverzekering die wat betreft de te verzekeren prestaties in twee of meer provincies gelijk is, in de ene provincie andere tranches eigen risico aan te bieden dan in de andere. Anders dan bij de korting voor collectiviteiten, zal dit namelijk geen onwerkbaar situatie opleveren. Wat echter niet mag, is voor exact dezelfde variant van de zorgverzekering de bijbehorende eigenrisicokorting naar provincie te laten variëren.

De mogelijkheid om voor een eigen risico te kiezen, zal, indien die modelovereenkomst meerdere varianten van de zorgverzekering bevat, veelal uit die modelovereenkomst blijken (de variatie zal hem nu juist in de te kiezen eigen risico's liggen). Indien een verzekeraar per variant van de zorgverzekering een modelovereenkomst heeft opgesteld, is het met het oog op de klantvriendelijkheid wenselijk in modelovereenkomsten voor varianten met een eigen risico er ten minste op te wijzen dat er ook een variant zonder eigen risico bestaat.

## **Artikel 20 (overgang naar lager eigen risico)**

### *eerste lid*

Verzekerden met een hoog eigen risico zullen waarschijnlijk op een zorgverzekering zonder of met een lager eigen risico willen overstappen vanaf het moment waarop zij verwachten in de toekomst regelmatig zorg nodig te zullen hebben. Artikel 3, tweede lid, leidt ertoe dat zo'n overstap niet geweigerd kan worden. Om dergelijk calculerend gedrag enigszins te kunnen inperken, geeft het eerste lid de zorgverzekeraar de bevoegdheid een wachttijd in te stellen waarin hij, nadat de verzekeringnemer heeft aangegeven een zorgverzekering zonder eigen risico of met een (door de zorgverzekeraar aangeboden) lager eigen risico te wensen en ook daadwerkelijk zo'n zorgverzekering is gesloten, nog het eerdere eigen risico hanteert. Gedurende de wachttijd geldt ook de bij dit eerdere eigen risico horende premiekorting.

### *tweede lid*

De verzekeraar mag de wachttijd zelf bepalen, maar deze mag niet langer zijn dan een jaar. Met het oog op de transparantie voor verzekeringnemers regelt het tweede lid dat een door de zorgverzekeraar ingestelde wachttijd geldt voor alle varianten van de zorgverzekering die hij aanbiedt. Voorts dient, om risicoselectie te voorkomen, een eenmaal door de zorgverzekeraar ingestelde wachttijd jegens iedere verzekeringnemer in acht te worden genomen. Derhalve zowel jegens verzekeringnemers die bij

dezelfde verzekeraar overstappen op een zorgverzekering met een lager eigen risico, als voor verzekeringnemers die zich nieuw bij een verzekeraar aansluiten, en daarbij aangeven een lager eigen risico te wensen dan bij de vorige verzekeraar gold. Doordat de hoogte van het eigen risico op het bewijs van het einde van de zorgverzekering moet worden gezet (art. 9, tweede lid, onderdeel e), weet een nieuwe verzekeraar die een wachttijd hanteert, of deze jegens de desbetreffende verzekerde moet worden ingeroepen of niet. Het tweede lid bepaalt verder nog dat de wachttijd voor alle verzekeringnemers even lang is, en dat deze in de modelovereenkomst (en derhalve ook in de zorgverzekering en in de zorgpolis) moet worden opgenomen. Door dit laatste vereiste kunnen verzekerden berekenen hoe lang zij moeten wachten voordat voor hen daadwerkelijk een lager eigen risico in acht wordt genomen.

#### *derde lid*

Indien een zorgverzekeraar besluit een of meer tranches eigen risico te schrappen (derhalve het aantal door hem aangeboden varianten van de zorgverzekering te beperken), krijgen de verzekeringnemers die die tranche(s) hadden gekozen, het recht te kiezen voor een door de zorgverzekeraar aangeboden variant met lager eigen risico of zonder eigen risico, en wel zonder dat een wachttijd mag worden gehanteerd. Het ligt in deze gevallen immers aan de zorgverzekeraar en niet aan de verzekeringnemer, dat het overeengekomen eigen risico niet kan blijven gelden. Overigens zal de verzekeringnemer ook kunnen kiezen voor een hoger eigen risico (mits dat door de zorgverzekeraar wordt aangeboden). Aangezien hiervoor geen wachttijd geldt, hoeft daarover niets geregeld te worden. Ten slotte zal een verzekeringnemer, gezien artikel 7.17.1.13, vierde lid, BW, kunnen besluiten naar een andere zorgverzekeraar over te stappen

#### **Artikel 21 (wijziging eigen risico gedurende een kalenderjaar)**

Artikel 21 is geschreven voor gevallen waarin gedurende het kalenderjaar wijzigingen in het eigen risico plaatsvinden. Het eerste lid geeft de hoofdregel. Indien een zorgverzekering gedurende het kalenderjaar ingaat of eindigt, is het in dat kalenderjaar voor die overeenkomst geldende bedrag van het eigen risico gelijk aan het voor dat kalenderjaar overeengekomen bedrag, vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller wordt gevormd door het aantal dagen in dat kalenderjaar waarover de zorgverzekering zal lopen of heeft gelopen, en de noemer door het aantal dagen in het desbetreffende kalenderjaar. Voordeel van deze regel voor de zorgverzekeraar bij wie de overeenkomst gedurende het kalenderjaar eindigt of bij wie de overeenkomst gedurende het kalenderjaar ingaat, is dat hij ten gevolge van deze regel geen rekening hoeft te houden met een eigenrisicobedrag of geconsumeerde zorg bij een volgende zorgverzekeraar respectievelijk bij een vorige zorgverzekeraar. Was het afgesproken eigen risico derhalve € 300, en eindigt de verzekering op 1 maart 2007 van rechtswege omdat de verzekerde buiten het werkgebied van de verzekeraar gaat wonen, dan gaat de verzekeraar voor 2007 uit van een eigen risico van:

$$\frac{59}{365} \times \text{€ } 300 = \text{€ } 48,49 \text{ (welk bedrag op grond van het derde lid wordt afgerond tot € 48).}$$

Al naar gelang de wijze waarop de verzekeraar de bedragen aan eigen risico verrekent of invordert (zie artikel 23), kan dit, indien de verzekerde in de eerste twee maanden van 2007 zorg heeft geconsumeerd, betekenen dat de verzekeraar de verzekeringnemer alsnog een bedrag uitbetaalt ter zake van teveel ingevorderd of verrekend eigen risico.



Indien voor deze verzekerde bij de nieuwe zorgverzekeraar geen eigen risico wordt overeengekomen, en die nieuwe verzekeraar in de toepasselijke modelovereenkomst heeft opgenomen een wachttijd van een jaar te hanteren, is het eigen risico bij die nieuwe verzekeraar over de maanden maart tot en met december 2007:

$$\frac{306 \times \text{€ } 300}{365} = \text{€ } 251,51$$

(welk bedrag op grond van het derde lid wordt afgerond tot € 252).

Ten opzichte van de verzekerde die gedurende het gehele jaar 2007 op een zelfde zorgverzekering met een eigen risico van € 300 verzekerd is, kan de hierboven beschreven verzekerde een voordeel hebben. Heeft hij in de eerste twee maanden van 2007 voor € 450 aan zorg geconsumeerd, en daarna niets meer, dan neemt zijn eerste zorgverzekeraar daarvan € 402 voor zijn rekening. De verzekeraar van de verzekerde die het gehele jaar krachtens dezelfde verzekering verzekerd was, neemt echter slechts € 150 voor zijn rekening. (In dit voorbeeld is geabstraheerd van de werking van de no-claimteruggaveregeling.) Het opheffen van dit voordeel zou echter teveel administratieve lasten voor de verzekeraars met zich brengen.

Indien een wijziging in het eigen risico gedurende het kalenderjaar plaatsvindt en de verzekerde reeds direct voorafgaande aan die wijziging bij de zorgverzekeraar verzekerd was, is het, anders dan voor een nieuwe verzekeraar, minder moeilijk om rekening te houden met het bedrag van het eerdere eigen risico. Het tweede lid van artikel 21 regelt hoe dat dient plaats te vinden. Stel dat de verzekerde een eigen risico heeft van € 300, dat hij met ingang van 1 oktober 2007 wenst te verlagen tot € 100. Stel voorts dat de verzekeraar een wachttijd van een jaar hanteert. In dat geval wordt het eigen risico over het jaar 2008 als volgt berekend:

$$\frac{273 \times \text{€ } 300 + 92 \times \text{€ } 100}{365} = \text{€ } 249,59$$

(op grond van het derde lid af te ronden tot € 250).

Overigens zal van het tweede lid niet vaak gebruik worden gemaakt. Te verwachten valt namelijk dat zorgverzekeraars wijzigingen in tranches eigen risico vrijwel steeds met ingang van 1 januari van een kalenderjaar zullen invoeren. Wijzigingen ten nadele van de verzekeringnemer (het schrappen van tranches) dienen immers te worden medegedeeld en geven hem voorts het recht van opzegging (artikel 7.17.1.13, vierde lid, BW). Wordt niet opgezegd, dan zal een ander eigen risico gaan gelden, hetgeen op grond van artikel 21, tweede lid, omrekening vergt en derhalve tot administratieve lasten leidt. Kortom, het is een zorgverzekeraar weliswaar niet verboden om gedurende het jaar tranches eigen risico te schrappen, maar onaantrekkelijk is het wel. Datzelfde geldt overigens ook voor andere – niet door de overheid opgelegde – gedurende het jaar ingevoerde wijzigingen ten nadele van de verzekeringnemer of verzekerde. Ook dan mag immers worden opgezegd, hetgeen betekent dat dan ook bij dezelfde verzekeraar op een andere variant mag worden overgestapt. Gebruikt de verzekeringnemer deze gelegenheid om een ander eigen risico te vragen, dan zal (na de eventuele wachttijd) ook omgerekend moeten worden.

## **Artikel 22 (no-claimteruggave bij beperkt zorggebruik)**

Op 22 maart 2004 is bij de Tweede Kamer ingediend een wetsvoorstel tot wijziging van de Ziekenfondswet in verband met het invoeren van een no-claimteruggave voor verzekerden die geen of weinig gebruik hebben gemaakt van zorg waarop ingevolge die wet aanspraak bestaat (Kamerstukken II 2003/04, 29 483, nrs. 1 t/m 3). De inhoud van artikel 22 sluit grotendeels aan bij hetgeen bij en krachtens eerdergenoemd wetsvoorstel geregeld zal worden. De regering wenst een no-claimteruggave in te voeren om aldus de eigen verantwoordelijkheid van de burger te bevorderen en de collectieve verantwoordelijkheid te doen afnemen. De verwachting is dat verzekerden door de no-claimteruggave een meer afgewogen gebruik gaan maken van de gezondheidszorg, met als gevolg een afname van de kostenstijging die de gezondheidszorg de laatste jaren kenmerkt. De no-claimteruggave past daarmee binnen het – overigens ook met de rest van de Zvw nagestreefde – regeringsbeleid om het Nederlandse zorgstelsel op langere termijn veilig te stellen door de toegankelijkheid, solidariteit en betaalbaarheid beter met elkaar in balans te brengen en het systeem doelmatiger te maken. Daarbij geeft de regering de voorkeur aan het invoeren van een no-claimteruggave boven het invoeren van een verplicht eigen risico, omdat met een no-claimteruggave lage inkomensgroepen niet te maken krijgen met een liquiditeitsdrempel, die bij een verplicht eigen risico wel optreedt. Voorts vormt de no-claimteruggave een beloning bij beperkt zorggebruik, hetgeen de regering verkliest boven de «bestrafing» van zorggebruik die kleeft aan een eigen risico. Voor een nadere toelichting op de redenen voor de no-claimteruggave wordt verwezen naar de memorie van toelichting op eerdergenoemd wetsvoorstel.

Het eerste lid bepaalt dat indien de waarde van de verzekerde prestaties die in een kalenderjaar ten behoeve van een verzekerde zijn verstrekt lager is dan een bij amvb te bepalen bedrag, de verzekerde jegens zijn zorgverzekeraar recht heeft op een no-claimteruggave, die gelijk is aan het verschil tussen laatstbedoeld bedrag en die waarde. Zijn de prestaties alle in de vorm van een kostenvergoeding verstrekt, dan zal de in het eerste lid bedoelde berekening gemakkelijk te maken zijn. Voor zover de prestaties in natura zijn verstrekt, zal eerst de waarde van de prestaties moeten worden vastgesteld. Onderdeel a van het vijfde lid geeft de mogelijkheid om hierover bij amvb regels te stellen.

Geen no-claimteruggave wordt toegekend aan verzekerden die in het gehele jaar waarover de no-claimteruggave wordt uitgekeerd jonger dan achttien jaar waren. De reden hiervoor is, dat de no-claimteruggave wordt betaald uit de voor de verzekerden te betalen premies. Aangezien voor verzekerden jonger dan achttien jaar geen premie verschuldigd is (art. 16, tweede lid), geldt voor hen bij beperkt gebruik van de verzekerde prestaties ook geen no-claimteruggave.

Het derde en vierde lid regelen de berekening van de no-claimteruggave indien de verzekerde op een andere dag dan 1 januari van het desbetreffende kalenderjaar achttien is geworden. In wezen wordt de no-claimteruggave dan tijdsevenredig verlaagd, en wordt slechts rekening gehouden met de waarde van de verzekerde prestaties, genoten in de periode waarover ook de no-claimteruggave wordt berekend. Hetzelfde geldt indien de zorgverzekering op een andere dag dan 1 januari van dat jaar is ingegaan of geëindigd. Voor verzekerden die gedurende het kalenderjaar naar een andere zorgverzekeraar overstappen, kan dit een voordeel met zich brengen ten opzichte van verzekerden die niet overstappen. Het opheffen van dit voordeel weegt echter niet op tegen de toename van de admini-

stratieve lasten die daarvan voor de zorgverzekeraars het gevolg zou zijn (zie ook de toelichting op artikel 21). Evenredige vermindering geldt echter niet indien de verzekerde op basis van verschillende zorgverzekeringen het gehele jaar bij dezelfde zorgverzekeraar verzekerd is geweest. Aangezien de no-claimteruggave niet afhankelijk is van de variant van de zorgverzekering die voor de verzekerde geldt, kan in dit geval gewoon de in het eerste lid neergelegde hoofdregel gelden.

In de amvb, bedoeld in het vijfde lid, zal in ieder geval worden geregeld dat de waarde van genoten verloskundige zorg en kraamzorg niet meetelt voor het bepalen van de waarde van de genoten prestaties. Hetzelfde geldt voor 75% van de waarde van huisartsenzorg (met dien verstande dat deze zorg gezien de functiegerichte aanspraken in de amvb op grond van art. 11, derde lid, anders zal worden omschreven). De Europese Code inzake sociale zekerheid met bijbehorend protocol van de Raad van Europa en de verdragen 102, 103 en 121 (alsmede de ten gevolge van de Zvw op te zeggen verdragen 24 en 25) van de Internationale Arbeidsorganisatie geven hier aanleiding toe. Voorts zal geregeld worden dat niet meetellen zorggebonden eigen bijdragen die de verzekerde direct aan de zorgaanbieder dient te betalen (zie artikel 11, derde lid). Op dit moment gaat het om bijdragen voor vervoer, hulpmiddelen en geneesmiddelen.

In het voorgaande is reeds aangegeven dat de wijze waarop de waarde van in natura verleende prestaties wordt berekend, in de in het vijfde lid bedoelde amvb zal worden geregeld (vijfde lid, onderdeel a). Ook zal de amvb regelen binnen welke termijn en op welke wijze de no-claimteruggave wordt betaald (vijfde lid, onderdeel b). Het is mogelijk dat de rekening van de zorgaanbieder over enig kalenderjaar de verzekeraar pas bereikt nadat hij de no-claimteruggave over dat jaar heeft uitgekeerd. In de amvb, bedoeld in het vijfde lid, zal worden geregeld hoe hier mee om te gaan (onderdeel c). Het bedrag van de no-claimteruggave zal in ieder geval ieder jaar worden geïndexeerd. Ook de wijze waarop die indexering plaatsvindt, zal in de amvb worden geregeld. De indexering zelf zal bij ministeriële regeling plaatsvinden (vijfde lid, onderdeel d).

#### *Paragraaf 3.6 Overige bepalingen*

### **Artikel 23 (verhouding tussen eigen betalingen; volgorde en wijze waarop eigen betalingen in mindering worden gebracht op no-claimteruggave of eigen risico)**

#### *eerste lid*

Zorggebonden eigen bijdragen dienen niet te worden meegeteld voor de beantwoording van de vraag of een overeengekomen bedrag aan eigen risico is bereikt (boven welk de zorgverzekeraar gaat betalen). Hetzelfde geldt voor de kosten die op grond van artikel 13, eerste lid, voor rekening van de verzekerde blijven. Dit wordt in het eerste lid geregeld.

#### *tweede lid*

Heeft een verzekerde behoefte aan tot het verzekerde pakket behorende zorg, dan kunnen de kosten daarvan om drie redenen toch, al dan niet gedeeltelijk, voor zijn rekening blijven:

- 1 er geldt een zorggebonden eigen bijdrage (art. 11, derde lid);
- 2 de verzekerde heeft krachtens zijn zorgpolis slechts recht op een gedeeltelijke kostenvergoeding, aangezien hij krachtens die polis naar een gecontracteerde zorgaanbieder moest, maar naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder is gegaan (art. 13);

- 3 krachtens de zorgverzekering geldt een eigen risico, en dit bedrag is nog niet overschreden (art. 17 en verder).

De wijze waarop dergelijke «eigen betalingen», in mindering worden gebracht op de no-claimteruggave of een eigen risico, hangt af van de vraag of de zorgpolis uitgaat van betaling van de rekening van de zorgaanbieder door de zorgverzekeraar (natura, restitutie met betalingsovereenkomsten), of uitgaat van betaling van de rekening door de verzekerde, die vervolgens van zijn zorgverzekeraar de kosten vergoedt krijgt (restitutie zonder betalingsovereenkomsten). Het volgende voorbeeld, waarin ervan wordt uitgegaan dat voor de genoten zorg geen zorggebonden eigen bijdrage geldt en waarin ook de situatie, bedoeld in artikel 13, niet speelt, maar waarin wel voor een eigen risico is gekozen, moge dit verhelderen.

Betaalt de zorgverzekeraar krachtens de in de zorgpolis verwoorde zorgverzekering de rekening van de zorgaanbieder (dat wil zeggen, de verzekerde prestaties zijn in natura of er is sprake van restitutie met een betalingsovereenkomst), dan is te verwachten dat de zorgverzekeraar de waarde van de verzekerde prestaties die hij in een kalenderjaar aan de verzekerde verleent, eerst in mindering wenst te brengen op de no-claimteruggave (dit vermindert immers het aantal vorderingen op de verzekerde). Is de no-claimteruggave geheel «geconsumeerd», dan zal de verzekeraar de waarde van de verleende zorg, tot aan het door de verzekeringnemer voor de desbetreffende verzekerde gekozen eigen risico, bij de verzekeringnemer in rekening brengen. Heeft de verzekerde dan nog meer zorg nodig, dan levert of betaalt de zorgverzekeraar zonder dat er nog vorderingen op de verzekeringnemer zijn.

Worden krachtens de zorgverzekering slechts kosten gerestitueerd (restitutie zonder betalingsovereenkomsten), dan zal de verzekeraar waarschijnlijk eerst een eigen risico willen aanspreken. Door de verzekerde ingediende rekeningen vergoedt hij dan niet, totdat de som van de rekeningen het eigenrisicobedrag dat van toepassing is, overschrijdt. Het meerdere gaat hij vervolgens vergoeden, maar tegelijkertijd brengt hij de vergoede bedragen in mindering op de no-claimteruggave. Pas indien aldus ook de no-claimteruggave geheel is «geconsumeerd», zal de verzekeraar niet anders meer doen dan het volledig vergoeden van de ingediende rekeningen.

Uit het voorgaande blijkt dat de volgorde waarin de no-claimteruggave en het eigen risico worden aangesproken, afhankelijk is van de mate waarin de verzekeraar direct de zorgaanbieder betaalt. Dit is aan de zorgverzekeraar en, via de keuze voor een bepaalde zorgverzekering en via artikel 13, in zekere mate ook aan de verzekerde. Dit maakt het de wetgever onmogelijk om bij of krachtens de wet de wijze te bepalen waarop het recht op verzekerde prestaties, eigen risico en de no-claimteruggave op elkaar inwerken. De enige uitzondering hierop betreft het eerste lid van artikel 23: zorggebonden eigen bijdragen en uit artikel 13 voortvloeiende eigen betalingen mogen niet meetellen bij de vraag of een eventueel eigen risico wordt overschreden. Omdat het aan de andere kant van groot belang is, dat de verzekeringnemer weet welke rechten en verplichtingen hij heeft, bepaalt artikel 23, tweede lid, dat de zorgverzekeraar in iedere modelovereenkomst regelt hoe de eigen betalingen voor het overige op het eigen risico en de no-claimteruggave inwerken

## **Artikel 24 (opschorting rechten en plichten uit de zorgverzekering gedurende detentie)**

Een verzekerde die ten gevolge van een rechterlijke uitspraak gedetineerd wordt, is gedurende zijn detentie aangewezen op de geneeskundige zorg die hem door of namens de Minister van Justitie voor rekening van die Minister wordt verstrekt. Zonder nadere maatregelen zou de verzekerde gedurende zijn detentie premie blijven betalen, zonder dat hij van zijn rechten uit de zorgverzekering gebruik zou hoeven te maken. Met het oog hierop bepaalt het voorliggende artikel dat de rechten en plichten uit de zorgverzekering van rechtswege worden opgeschort over de perioden waarover de Minister van Justitie verantwoordelijk is voor de zorgverlening. Zodra de detentie eindigt, herleven deze rechten en plichten derhalve weer.

Voor opschorting van de verzekering in plaats van beëindiging van de verzekeringsplicht (en daarmee automatisch beëindiging van een zorgverzekering, zie artikel 6, eerste lid, onderdeel d) is gekozen om de kring van verzekeringsplichtigen niet nodeloos te verkleinen. Bovendien heeft dit voor de gedetineerde verzekerde het voordeel, dat hij geen nieuwe verzekering hoeft te sluiten zodra hij vrij is gekomen.

Op grond van het tweede lid dient de verzekerde (of zijn verzekeringnemer) het begin en einde van zijn detentie aan de zorgverzekeraar te melden. De zorgverzekeraar weet dan over welke periode hij geen premie heft en geen verzekerde prestaties hoeft te verstrekken. Is het einde van de detentie niet gemeld en meldt de verzekerde zich alsnog voor een verzekerde prestatie bij zijn zorgverzekeraar, dan kan de verzekerde (of zijn verzekeringnemer) een vordering ter zake van achterstallige premie tegevoet zien ter hoogte de gemiste premies te rekenen vanaf het moment waarop de detentie eindigde. Het moment van herleving van de verzekering – en daarmee van de premieplicht – is ingevolge het eerste lid immers de dag waarop de detentie eindigt, niet de dag waarop de verzekerde het einde van de detentie aan zijn verzekeraar meldt. De periode waarover de achterstallige premie van ex-gedetineerden kan worden gevorderd bedraagt vijf jaar, te rekenen van iedere premieervaldag (zie art. 3:308 BW). Aldus is er voldoende belang bij de (voormalig) gedetineerde gecreëerd om het einde van zijn detentie tijdig te melden.

Artikel 8, tweede lid, verbiedt het de zorgverzekeraar een zorgverzekering gedurende de periode van detentie te beëindigen. Dat zou immers betekenen dat de gedetineerde gedurende zijn detentie een nieuwe zorgverzekering zou moeten sluiten (zijn verzekeringsplicht loopt immers door) en met een boete zou worden geconfronteerd indien hij dit niet aansluitend op het einde van de eerdere verzekering doet (art. 95). Mede gezien het feit dat de rechten en plichten uit de nieuwe zorgverzekeringsovereenkomst gedurende de rest van zijn detentie onmiddellijk weer zouden worden opgeschort, zal het belang bij het aansluitend sluiten van een nieuwe overeenkomst bij de gedetineerde echter niet altijd duidelijk zijn. Om de gedetineerde niet onnodig met het risico van een boete te belasten, mag de verzekeraar de «slapende» zorgverzekering voor een gedetineerde niet opzeggen.

Het slapend houden van de verzekering levert de zorgverzekeraar enige extra administratieve lasten op. Dat wordt echter ruimschoots gecompenseerd door het feit dat hij voor iedere zorgverzekeringsovereenkomst – derhalve ook voor de slapende overeenkomst van de gedetineerde – een bijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds ontvangt (artt. 32 en 35).

## Hoofdstuk 4. De zorgverzekeraars

### Paragraaf 4.1 De aanmelding, de statuten en het werkgebied

#### *Vooraf*

Zoals in het voorgaande – en met name in de toelichting op artikel 1, onderdelen a en b, – reeds aan de orde is geweest, is een zorgverzekeraar een verzekeringsonderneming als bedoeld in de eerste richtlijn schadeverzekering. Dat heeft twee gevolgen. Ten eerste betekent dit, dat een rechtspersoon die zorgverzekeringen wil aanbieden en uitvoeren, dient te beschikken over een vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf voor «branche 1. ongevallen (inclusief arbeidsongevallen en beroepsziekten)» alsmede voor «branche 2. ziekte». Ten tweede betekent dit, dat het niet is toegestaan verzekeringsondernemingen die in het bezit zijn van zo'n vergunning voor deze branches, nog andere voorwaarden voor toetreding tot de zorgverzekeringsmarkt op te leggen. De EU-richtlijnen schadeverzekeringen gaan namelijk uit van het beginsel, dat één vergunning – te weten de in die richtlijnen geregelde vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf – dient te volstaan voor toegang tot alle EU-schadeverzekeringsmarkten voor de branches waarvoor de vergunning geldt.

Het verbod om extra voorwaarden voor toetreding tot de zorgverzekeringsmarkt op te leggen laat echter onverlet, dat verzekeraars op grond van het algemeen belang voorwaarden kunnen worden opgelegd waaraan zij zich bij de *uitvoering* van zorgverzekeringen dienen te houden. Deze uitvoeringsvoorwaarden worden voor een belangrijk deel in voorliggend hoofdstuk geregeld.

Voordat deze artikelsgewijs worden besproken, wordt hier echter ingegaan op het eerste gevolg van de toepasselijkheid van de richtlijnen schadeverzekeringen. Oftewel: aan welke eisen moet een rechtspersoon voldoen, wil hij een vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf kunnen krijgen en derhalve – mits de vergunning is afgegeven voor de schadeverzekeringsbranches 1 en 2 – zorgverzekeringen kunnen aanbieden en uitvoeren? Duidelijk zal worden, dat de geldende eisen reeds een behoorlijk aantal waarborgen bieden op een correcte uitvoering van de krachtens deze wet te sluiten zorgverzekeringen.

#### *Verlening vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf*

Op grond van de EU-richtlijnen schadeverzekering mogen rechtspersonen binnen de EU slechts het schadeverzekeringsbedrijf uitoefenen, indien zij beschikken over een vergunning die het hen toestaat in die branche van het schadeverzekeringsbedrijf werkzaam te zijn, waarin zij willen werken (zie voor de verschillende branches de bijlage bij de eerste richtlijn schadeverzekering). Zorgverzekeraars zullen een vergunning moeten hebben voor de uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf «branche 1. ongevallen (inclusief arbeidsongevallen en beroepsziekten)» alsmede voor «branche 2. ziekte».

Voor (aspirant-)verzekeraars met zetel in Nederland en voor verzekeraars met zetel buiten de EU maar met een bijkantoor in Nederland, wordt de vergunning verleend door de PVK (artt. 24 e.v. Wtv 1993). Voor (aspirant-)verzekeraars met zetel in een andere EU-lidstaat dan wel met zetel buiten de EU maar met een bijkantoor in een andere EU-lidstaat, wordt de vergunning verleend door de autoriteit die krachtens de richtlijnen schadeverzekering in de desbetreffende lid-staat toezicht houdt op de daar gevestigde verzekeraars. Een verzekeraar met een vergunning van een toezichthoudende autoriteit van een andere lid-staat zal overigens nog wel aan bepaalde, bij en krachtens de Wtv 1993 gestelde voorwaarden moeten

voldoen, wil hij in Nederland het verzekeringsbedrijf rechtmatig kunnen uitoefenen. Deze voorwaarden zijn afhankelijk van de vraag of hij zijn werkzaamheden verricht vanuit een bijkantoor en zo ja, waar de vestigingsplaats van dat kantoor is (in Nederland, in een andere lid-staat, of buiten de EU).

Het hebben van een vergunning van een toezichthoudende autoriteit van één der lid-staten van de EU is van belang, omdat het een waarborg geeft dat de verzekeraar aan toezicht is onderworpen. Dit toezicht beoogt ervoor te zorgen dat een verzekeraar aan zijn uit zijn verzekeringsovereenkomsten voortvloeiende verplichtingen zal kunnen voldoen.

De belangrijkste voorwaarden waaraan een aspirant-schadeverzekeraar met zetel in Nederland moet voldoen, wil de PVK hem een vergunning verlenen, kunnen als volgt worden omschreven:

- de aanvrager moet rechtspersoon zijn, en wel een naamloze vennootschap (NV), een onderlinge waarborgmaatschappij of, zodra deze bestaat, een Europese vennootschap (art. 28, eerste lid, Wtv 1993);
- een NV of Europese vennootschap heeft ten minste drie commissarissen als bedoel in artikel 2:140 BW (art. 28, derde lid, Wtv 1993);
- het dagelijks beleid van de rechtspersoon wordt bepaald door ten minste twee personen (art. 28, tweede lid, Wtv 1993);
- de deskundigheid van de personen die het dagelijks beleid van de verzekeraar (zullen) bepalen, alsmede, indien de verzekeraar deel zal uitmaken van een groep als bedoeld in de Wtv 1993, de personen die het dagelijks beleid van die groep bepalen voor zover dat beleid het dagelijks beleid van de verzekeraar mede bepaalt of zal bepalen, dient voldoende te zijn (art. 29, eerste en derde lid Wtv 1993);
- de voornemens, handelingen of antecedenten van de personen die het beleid van de verzekeraar (mede) (zullen) bepalen respectievelijk, in geval van een groep, het beleid van de groep (mede) bepalen voor zover daarmee het beleid van de verzekeraar mede wordt of zal worden bepaald, dienen geen twijfel te laten bestaan over de vraag of de verzekeraar aan zijn uit de verzekeringsovereenkomsten voortvloeiende verplichtingen zal kunnen voldoen (art. 29, tweede en vierde lid, Wtv 1993);
- indien de aspirant-verzekeraar onderdeel is van een groep, dient de formele en feitelijke zeggenschapsstructuur zo te zijn ingericht, dat de PVK adequaat toezicht op de verzekeraar kan houden (art. 28, vijfde lid, Wtv 1993);
- de aspirant-verzekeraar legt een programma van werkzaamheden over, dat voldoet aan bij ministeriële regeling gestelde regels (art. 25 Wtv 1993);
- de aspirant-verzekeraar is voldoende solvabel (art. 32, onderdeel a, Wtv 1993);
- de aspirant-verzekeraar beschikt over de financiële middelen om de inrichting van de administratie en van het productienet te financieren (art. 32, onderdeel b, Wtv 1993).

Indien voor de eerste maal een vergunning wordt aangevraagd, dient de aanvrager (opdat de PVK aan de bovengenoemde voorwaarden kan toetsen) op grond van artikel 26, eerste lid, Wtv 1993, naast het programma van werkzaamheden aan de PVK over te leggen:

- a. een authentiek afschrift van de akte van oprichting, een exemplaar van zijn statuten, alsmede een lijst met namen en adressen van zijn bestuurders en commissarissen;
- b. een lijst met namen en adressen van de personen die het dagelijks beleid bepalen van de groep waartoe de aanvrager behoort en tevens uit dien hoofde het dagelijks beleid van de aanvrager mede bepalen;
- c. een lijst met namen en adressen van de personen die het beleid

- bepalen of mede bepalen van de groep waartoe de aanvrager behoort en tevens uit dien hoofde het beleid van de aanvrager mede bepalen;
- d. gegevens over de identiteit van degenen die een gekwalificeerde deelneming houden in de onderneming van de aanvrager alsmede over de omvang van die deelneming;
- e. gegevens over de formele en de feitelijke zeggenschapsstructuur van de groep waartoe de aanvrager behoort.

De PVK vraagt de AFM in het kader van zijn toetsing van de deskundigheid en betrouwbaarheid van degenen die het (dagelijks) beleid van de verzekeraar – al dan niet vanuit de groep – zullen (mede)bepalen, of haar informatie over de betrokken personen bekend is en zo ja, betreft deze in haar toetsing. Dat hebben de PVK en de AFM afgesproken in het Convenant tussen de AFM, de Nederlandsche Bank en de PVK van 9 september 2002 (Stcrt. 2002, 179). Hetzelfde geldt voor de vraag of de voorgenomen bedrijfsvoering aan de daarvoor geldende gedragsregels (zie hierna) zal voldoen.

Indien aan de vergunningsvoorwaarden is voldaan, dient de PVK de vergunning voor de door de verzekeraar gevraagde branche(s) te verstrekken (art. 35 Wtv 1993).

Voor de voorwaarden waaraan de PVK toetst ingeval een rechtspersoon met zetel buiten de EU in Nederland een bijkantoor wil openen, wordt verwezen naar de artikelen 39 tot en met 49 Wtv 1993.

#### *Toezicht op schadeverzekeraars*

Heeft een verzekeraar eenmaal een vergunning tot het uitoefenen van het verzekeringsbedrijf voor één of meer branches van schadeverzekering, dan dient hij bij de daadwerkelijke uitoefening van dat verzekeringsbedrijf te voldoen aan de eisen van de schaderichtlijnen, zoals deze in de wetgeving van de diverse lid-staten is geïmplementeerd. Voor verzekeraars met zetel in Nederland en voor verzekeraars met zetel buiten de EU maar met een bijkantoor in Nederland gaat het derhalve om de eisen die de Wtv 1993 stelt. Eén van de belangrijkste voorwaarden die de Wtv 1993 met het oog op de financiële soliditeit aan verzekeraars stelt, is dat zij toereikende technische voorzieningen aanhouden, die volledig door waarden zijn gedekt (artt. 66 en 94 Wtv 1993). Aldus wordt beoogd zeker te stellen dat de verzekeraar aan zijn toekomstige verplichtingen jegens zijn verzekeren kan voldoen. In het Besluit technische voorzieningen verzekeringsbedrijf 1994 zijn regels gesteld over de berekening en de belegging van de technische voorzieningen. Voorts dienen de verzekeraars te beschikken over de vereiste solvabiliteitsmarge.

Zowel de PVK als de AFM zien toe op de navolging, door de verzekeraars, van de bij en krachtens de Wtv 1993 gestelde eisen. In eerdergenoemd convenant geldt als uitgangspunt dat de PVK de bedrijfsvoering integraal toetst en een specifieke toets verricht op het onderdeel dat tot zijn specifieke toezichtsterrein behoort, te weten het prudentiële toezicht (dat wil zeggen het toezicht op de financiële soliditeit van de verzekeraars). In dat verband houdt hij toezicht op:

- het management (deskundigheid en betrouwbaarheid – zowel individueel als collectief –, structuur, besluitvormingsproces, strategisch planningsproces, en risicohouding);
- de organisatie (organisatiestructuur inclusief groepsrelaties, rapportagelijnen en verantwoordelijkheidsstructuur);
- het beheerssysteem (risicobeheer, ICT/EDP, AO/IC, verslaggeving en rapportage, integere bedrijfsvoering, compliance en personeelsbeleid).



De Wtv 1993 kent de PVK diverse toezichts- en sanctiemogelijkheden toe. Zo kan de PVK een verzekeraar een aanwijzing geven en de verzekeraar, indien deze de aanwijzing onvoldoende opvolgt, onder stille curatele plaatsen of de aanwijzing in de Staatscourant en andere dagbladen publiceren (art. 54 Wtv 1993) en kan de PVK de verzekeraar de vrije beschikking over (een gedeelte van) zijn waarden ontzeggen of hem opdragen een herstelplan of een saneringsplan voor zijn solvabiliteitsmarge in te dienen (artt. 137 tot en met 140a en 143 tot en met 146a Wtv 1993). Voorts kan de PVK lasten onder dwangsom of bestuurlijke boeten opleggen (artt. 188b tot en met 188m Wtv 1993). In geval van dreigende betalingsonmacht van een verzekeraar kan de PVK de rechtbank vragen de noodregeling uit te spreken of het faillissement aanvragen (artt. 155 tot en met 172 Wtv 1993). En uiteraard kan de PVK de vergunning, al dan niet slechts voor een bepaalde branche, intrekken (art. 148 Wtv 1993).

De AFM houdt, zo is in het convenant neergelegd, toezicht op de gedrags-typische aandachtsgebieden van de bedrijfsvoering, te weten – wat betreft verzekeraars – op:

- de marktintegriteit (deskundigheid en betrouwbaarheid, functiescheiding en «Chinese walls», gebruik voorwetenschap en koersmanipulatie);
- de consumenteninformatie en -advisering (presentatie productkenmerken, beschikbaarstelling).

Zolang de Wet op het financieel toezicht niet in werking is getreden en de positie van de AFM in het toezicht op de verzekeraars nog nauwelijks – namelijk slechts wat betreft het toezicht op de uitvoering van artikel 51 van die wet – bij of krachtens de Wtv 1993 is verankerd<sup>1</sup>, is de situatie in vrijwel alle gevallen zo, dat de AFM een door haar geconstateerde overtreding aan de PVK mededeelt, waarna de PVK een toezichtsinstrument – bijvoorbeeld in geval van een ernstige overtreding het intrekken van de Wtv-vergunning – kan toepassen. De AFM kan derhalve – behalve bij overtreding van artikel 51 Wtv 1993 – de verzekeraar niet zelf een sanctie opleggen.

#### *Intrekking vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf*

Een vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf kan worden ingetrokken of zo worden gewijzigd, dat de verzekeraar bepaalde branches van het schadeverzekeringsbedrijf niet meer mag uitoefenen. Deze intrekking geschiedt door het orgaan dat de vergunning heeft verleend, voor in Nederland zetelende verzekeraars en voor verzekeraars met zetel buiten de EU maar met een bijkantoor in Nederland derhalve door de PVK. Artikel 148 Wtv 1993 bepaalt dat de PVK een vergunning – al dan niet slechts voor bepaalde branches – kan intrekken indien de verzekeraar:

- a. daar om vraagt;
- b. niet meer voldoet aan de eisen die voor het verkrijgen van de vergunning zijn gesteld;
- c. niet tijdig de solvabiliteitsmarge op de vereiste omvang heeft gebracht;
- d. ernstig in gebreke blijft aan de verplichtingen, hem bij of krachtens de wet opgelegd, te voldoen;
- e. de bedrijfsuitoefening in de betrokken branche gedurende meer dan zes maanden heeft gestaakt; of
- f. binnen twaalf maanden na de verlening van de vergunning daarvan geen gebruik heeft gemaakt.

Artikel 151 Wtv 1993 bepaalt dat de Wtv-vergunningen van rechtswege vervallen indien de verzekeraar ophoudt te bestaan.

<sup>1</sup> Zie echter ook het wetsvoorstel houdende Regels voor de financiële dienstverlening (Wet financiële dienstverlening), Kamerstukken II 2003/04, 29 507, nrs. 1 t/m 3.

### *Samenvattend*

Een rechtspersoon kan de zorgverzekeringsmarkt betreden zodra hij in het bezit is van een vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf voor «branche 1. ongevallen (inclusief arbeidsongevallen en beroepsziekten)» alsmede voor «branche 2. ziekte». De PVK of het zusterorgaan van de PVK in de lid-staat waar de verzekeraar zijn zetel heeft, houdt er toezicht op dat de verzekeraar aan zijn verzekeringsverplichtingen kan voldoen en kan maatregelen treffen indien een verzekeraar daar niet aan voldoet. Als uiterste sanctie kan de vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf worden ingetrokken.

### **Artikel 25 (aanmelding en overlegging modelovereenkomsten)**

Zoals in het voorgaande reeds is aangestipt, verbieden de EU-richtlijnen schade het, een verzekeraar die een vergunning heeft tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf voor branches 1 en 2, nog nadere voorwaarden op te leggen, willen zij zorgverzekeringen mogen aanbieden.

De voorafgaande melding en overlegging van de modelovereenkomsten, waartoe de eerste twee leden van artikel 25 de schadeverzekerer verplichten, zijn dan ook geen toetredingsvoorwaarden tot de zorgverzekeringsmarkt. Anders gezegd: een verzekeraar die zich hier niet aan houdt, kan – mits hij over de juiste vergunning tot uitoefening van het verzekeringsbedrijf beschikt – toch zorgverzekeringen aanbieden en sluiten. Hij is dan toch zorgverzekerer (zie de definitie in artikel 1, onderdeel b), hetgeen overigens tevens betekent dat de bepalingen in deze wet die zorgverzekeraars verplichtingen opleggen, op hem van toepassing zijn. Zo zal ook een zorgverzekerer die zich niet heeft gemeld, zijn statuten overeenkomstig de in artikel 29 gestelde eisen moeten inrichten, of een uitvoeringsverslag (art. 38) moeten opstellen.

De regering vindt het onvoldoende om het toezicht op de zorgverzekeraars te beperken tot het verzekeringsinhoudelijke toezicht van de PVK en de AFM. Naast dit toezicht zal, totdat het in de algemene toelichting aangekondigde wetsvoorstel dat de instelling van de Zorgautoriteit zal regelen in werking zal zijn getreden, het CTZ worden belast met die toezichtstaken, die specifiek uit voorliggende wet voortvloeien (zie ook hoofdstuk 7). Sluiten zij een verzekering die geen zorgverzekering blijkt te zijn, dan voldoen zij niet aan hun verzekeringsplicht. Dat brengt allereerst met zich, dat zij alsnog een echte zorgverzekering moeten sluiten (met als gevolg dubbele premiebetaling totdat de eerste verzekering kan worden opgezegd). Voorts kunnen zij geconfronteerd worden met een boete (art. 95), indien zij hierdoor te laat verzekerd zijn. (Overigens zullen zij wat betreft die boete waarschijnlijk veelal een beroep kunnen doen op de in dat artikel opgenomen uitzonderingsmogelijkheid wegens niet-verwijtbaarheid, maar dit zal hen toch extra inspanningen kosten.) Daarnaast dient dit toezicht het belang van de maatschappij in het algemeen, omdat aldus kan worden voorkomen dat vereveningsbijdragen worden verstrekt voor verzekeringen die geen zorgverzekeringen zijn.

Een belangrijke mogelijkheid om na te gaan of onder de naam «zorgverzekering» gesloten verzekeringen ook werkelijk zorgverzekeringen zijn, is na te gaan of de modelovereenkomsten die de verzekeraars voor hun zorgverzekeringen hanteren, wel voldoen aan de bij en krachtens de hoofdstukken 2 en 3 van de Zvw gestelde regels. Alleen in dat geval zal een volgens zo'n model gesloten verzekeringsovereenkomst immers een zorgverzekering zijn.

Met het oog hierop bepaalt artikel 25 dat een verzekeraar die als zorgverzekeraar wenst te gaan werken, zich bij het CTZ meldt, onder overlegging van de modelovereenkomst of modelovereenkomsten volgens welke

hij zorgverzekeringen wil gaan sluiten. Het CTZ zal voor ieder model nagaan of een volgens dat model gesloten overeenkomst een zorgverzekering zal zijn. Is dat niet het geval, dan zal hij de verzekeraar vragen zijn modelovereenkomst aan te passen. Gebeurt dat niet, en brengt de verzekeraar verzekeringen volgens dat model toch als zorgverzekeringen op de markt, dan zal het CTZ op grond van artikel 93 Zvw een aanwijzing kunnen geven of volgens artikel 94 Zvw een last onder dwangsom op kunnen leggen, om dit gedrag te beëindigen. Bovendien komt de schade van verzekeringplichtigen die zo'n verzekering hebben afgesloten in de veronderstelling dat het om een zorgverzekering ging, voor rekening van de verzekeraar (art. 27 Zvw). Ten slotte krijgt de verzekeraar voor deze verzekering geen vereveningsbijdrage. Deze verzekeringen zijn immers geen zorgverzekeringen, en derhalve zijn de door op grond van dergelijke polissen verzekerde personen geen verzekerden in de zin van de Zvw (zie de artt. 32 en 34, juncto art. 1, onderdeel f).

Een verzekeraar die de zorgverzekeringsmarkt betreedt zonder de in artikel 25 geregelde melding te hebben gedaan of zijn modelovereenkomsten te hebben overgelegd, kan een bestuurlijke boete van het CTZ tegemoet zien (art. 96 Zvw), en bovendien krijgt hij geen vereveningsbijdrage (art. 32, eerste lid, Zvw). Dit geldt ongeacht de vraag of een op grond van de desbetreffende modelovereenkomsten gesloten verzekering nu wel of geen zorgverzekering oplevert. Door middel van een last onder dwangsom (art. 94 Zvw) kan het CTZ ervoor zorgen dat de melding alsnog wordt gedaan en de modelovereenkomsten alsnog worden overgelegd. Komt het CTZ daarna tot de conclusie dat een of meer overgelegde modellen geen goede modellen voor een zorgverzekering zijn, dan geldt weer hetgeen in de voorgaande alinea beschreven is.

Een verzekeraar is overigens niet verplicht het oordeel van het CTZ over zijn overgelegde modelovereenkomsten af te wachten. Hij kan derhalve na de melding en de overlegging van zijn modelovereenkomst(en) direct de markt betreden. Wel loopt hij dan een risico. Komt het CTZ op basis van de overgelegde stukken tot de conclusie dat één of meer modelovereenkomsten geen goede modellen voor een zorgverzekering zijn, dan wordt hij schadeplichtig jegens de desbetreffende verzekerden of verzekeringnemers, krijgt hij voor de desbetreffende verzekeringen geen vereveningsbijdrage en kan het CTZ een aanwijzing of een last onder dwangsom geven.

Het vooraf melden van de modelovereenkomsten zou weinig zin hebben, indien de zorgverzekeraars vervolgens zonder voorafgaande melding wijzigingen in die overeenkomsten zouden kunnen aanbrengen of nieuwe overeenkomsten zouden kunnen introduceren. Daarom verplicht het derde lid van artikel 25 hen ook wijzigingen in hun modelovereenkomsten of nieuwe modelovereenkomsten vooraf bij het CTZ aan te melden.

Zoals uit het voorafgaande reeds kan worden afgeleid, dient het melden en overleggen van de modelovereenkomsten een algemeen belang als bedoeld in artikel 54 van de derde schaderichtlijn, te weten consumentenbescherming alsmede het tegengaan van fraude met vereveningsbijdragen en daarmee het financieel houdbaar houden van het stelsel. Voorts is de plicht tot melden en overleggen van de modelovereenkomsten in de ogen van de regering voor deze doelen objectief noodzakelijk en proportioneel. Overigens dient dit ook het belang van de verzekeraars, aangezien zij anders niet weten of, en voor welke verzekeringen, zij een vereveningsbijdrage kunnen ontvangen.

Om de administratieve lasten voor zorgverzekeraars te beperken, is in artikel 25 geregeld dat de melding bij en de overlegging van de model-

overeenkomsten aan het CTZ dient te geschieden. Het CTZ zal afschriften van de melding aan het CVZ zenden (art. 26, derde lid).

De wet schrijft niet voor hoe lang de termijn moet zijn die ligt tussen een melding of de overlegging van de modelovereenkomsten en het daadwerkelijk aanbieden van verzekeringen volgens die modellen. Aangezien de verzekeraar er belang bij heeft, pas modelovereenkomsten aan te bieden op het moment dat hij weet dat het CTZ deze als goede modellen voor een zorgverzekering beschouwt, wordt ervan uitgegaan dat de verzekeraar vanzelf zodanig vroeg zal melden en overleggen, dat het CTZ voldoende tijd voor de toetsing is gegund. Het CTZ zal de verzekeraars kenbaar moeten maken hoeveel tijd hij doorgaans voor de toetsing nodig heeft.

### **Artikel 26 (ontvangst van de melding en van de modelovereenkomsten)**

Het niet melden van het voornemen zorgverzekeringen aan te bieden en uit te voeren, of van (wijzigingen in) modelovereenkomsten, kan leiden tot een aanwijzing, een last onder dwangsom of een bestuurlijke boete van het CTZ (artt. 93, 94 en 96). Met het oog op de rechtszekerheid voor de (zorg)verzekeraar regelt artikel 26 daarom dat het CTZ na een melding een ontvangstbevestiging zendt. Hetzelfde geldt voor de ontvangst van (wijzigingen in) de modelovereenkomsten.

De verplichting van het CTZ, om in de ontvangstbevestiging de ontvangstdatum te noemen, hangt samen met het feit dat het te laat melden (namelijk nadat de verzekeraar reeds verzekeringen als zorgverzekering is gaan verkopen) of het niet overleggen van (wijzigingen in) modelovereenkomsten kan leiden tot een bestuurlijke boete en tot weigering van de vereveningsbijdrage voor volgens de desbetreffende modellen gesloten verzekeringen.

Het derde lid verplicht het CTZ onverwijld een afschrift van de ontvangen stukken door te zenden aan het CVZ. Voor het CVZ is dit van belang, aangezien uit artikel 32, eerste lid, Zvw volgt dat het slechts een vereveningsbijdrage aan de verzekeraar mag toekennen indien deze aan de verplichtingen, bedoeld in artikel 25 Zvw heeft voldaan. Overigens is het voldoen aan die verplichtingen een noodzakelijke, maar geen voldoende voorwaarde voor een vereveningsbijdrage. Immers, voor een vereveningsbijdrage moeten de op grond van artikel 25 aan het CTZ toegezonden modelovereenkomsten tevens zorgverzekeringen opleveren (zie de artt. 32, derde lid, en 34, tweede lid, juncto de definitie van «verzekerde» in artikel 1, onderdeel f Zvw).

Indien het CTZ in het kader van zijn toetsing van de overgelegde modelovereenkomsten tot de conclusie komt dat bepaalde modelovereenkomsten geen zorgverzekeringen op zullen leveren, zal hij het CVZ moeten waarschuwen. Het CVZ zal dan kunnen besluiten om geen vereveningsbijdragen toe te kennen (indien de verzekeraar tot de zorgverzekeringsmarkt wenst toe te treden en volgens het CTZ geen van zijn modelovereenkomsten aan het gestelde bij of krachtens de hoofdstukken 2 en 3 van de Zvw voldoet), slechts een gedeeltelijke bijdrage toe te kennen (indien sommige modelovereenkomsten van de zorgverzekeraar wel, en andere niet aan de eisen die de Zvw daaraan stelt, voldoen), de bijdrage op een lager bedrag vast te stellen dan is toegekend dan wel bijdragen terug te vorderen (indien reeds bijdragen zijn toegekend of vastgesteld voor verzekeringen die achteraf geen zorgverzekeringen blijken te zijn; dit zal bijvoorbeeld het geval zijn indien een reeds op de zorgverzekeringsmarkt aanwezige zorgverzekeraar een model aan zijn aanbod toevoegt dat geen zorgverzekering blijkt op te leveren).

Het CVZ zal de modelovereenkomsten overigens ook kunnen gebruiken bij zijn taken in het kader van het pakketbeheer (zie hoofdstuk 6).

### **Artikel 27 (schadeplichtigheid jegens verzekeringnemers indien verzekering geen zorgverzekering is)**

Een verzekeraar die niet voldoet aan de uit artikel 25 voortvloeiende verplichtingen, kan desalniettemin zorgverzekeringen op de markt brengen. Echter, niet alleen loopt hij daarmee een (gedeelte van zijn) vereveningsbijdrage mis en kan hij een aanwijzing, last onder dwangsom (om de melding alsnog te verrichten en zijn modelovereenkomsten alsnog over te leggen) of een boete van het CTZ krijgen, maar ook loopt hij daarmee een risico. Indien de verzekeringen die hij als zorgverzekering op de markt bracht namelijk achteraf geen zorgverzekeringen blijken te zijn, heeft hij op grond van artikel 27 een risico-aansprakelijkheid jegens de verzekeringsplichtige die volgens zo'n verzekering verzekerd is, dan wel, indien dit een ander is, degene die zo'n verzekeringsplichtige krachtens die overeenkomst verzekerd heeft. Hetzelfde geldt uiteraard indien de verzekeraar zijn modelovereenkomsten wel op grond van artikel 25 heeft overgelegd, maar zich niets heeft aangetrokken van waarschuwingen van het CTZ, dat overeenkomstig die modellen gesloten verzekeringen geen zorgverzekeringen zullen opleveren.

De schade kan bestaan uit:

- de zorg(kosten) die op grond van de ten onrechte door de verzekeraar als zorgverzekering betitelde verzekering voor rekening van de verzekeringnemer of verzekerde blijven, terwijl deze niet voor rekening van de verzekeringnemer of verzekerde zouden zijn gekomen indien de verzekering werkelijk een zorgverzekering zou zijn geweest;
- de premie voor de ten onrechte als zorgverzekering aangemerkte verzekering, zolang deze niet kan worden opgezegd.

Omdat het te laat sluiten van een zorgverzekering de verzekeringsplichtige in dit geval doorgaans niet verweten kan worden (hij dacht immers met de eerste verzekering aan zijn verzekeringsplicht te hebben voldaan), zal een boete wegens te laat verzekeren (art. 95), doorgaans niet aan de orde zijn. In het waarschijnlijk zeer beperkte aantal gevallen waarin de verzekeringnemer of de verzekerde er jegens de tweede verzekeraar niet in slaagt aannemelijk te maken dat het te laat verzekeren niet aan hem te wijten is, komen echter ook deze kosten voor rekening van de eerste verzekeraar. Artikel 27 introduceert immers een risicoaansprakelijkheid voor de eerste verzekeraar.

### **Artikel 28 (eisen aan de statuten van de zorgverzekeraar)**

In het kader van het algemeen belang (consumentenbescherming) stelt artikel 28 enkele eisen aan de statuten van de zorgverzekeraars, en daarmee aan hun werkwijze.

*eerste lid, onderdeel a*

Onderdeel a eist dat de statuten van de verzekeraar voorzien in intern toezicht. Wat betreft Nederlandse verzekeraars gaat het hierbij om een raad van commissarissen. Grote onderlinge waarborgmaatschappijen en grote NV's dienen op grond van de artikelen 2:63f en 2:158 BW al een raad van commissarissen met ten minste drie leden te hebben. Op grond van artikel 28, derde lid, Wtv 1993 dienen daarnaast ook andere NV's die het verzekeringsbedrijf willen uitvoeren ten minste drie commissarissen te hebben. Onderdeel a zal er naar verwachting toe leiden dat ook «kleine» onderlinge waarborgmaatschappijen, die daar anders dan grote onder-

linge waarborgmaatschappijen en NV's niet al op grond van het BW of de Wtv 1993 toe verplicht zijn, zo'n raad zullen instellen. Deze kan uit één of meer natuurlijke personen bestaan (art. 2:57, eerste lid, BW). De reden waarom de regering voorstelt om ook voor «kleine» onderlinge waarborgmaatschappijen die als zorgverzekeraar willen gaan werken een vorm van intern toezicht te eisen, is dat zij, net als het CVZ in zijn rapport «goed verzekeraarschap en toelatingsvoorwaarden voor ziekenfondsen» (26 oktober 2000, publicatienummer 00/34) het wenselijk vindt dat iedere zorgverzekeraar een vorm van intern toezicht op het bestuur kent. Voor grote onderlinge waarborgmaatschappijen brengt onderdeel a met zich, dat het CTZ zelf toetst of de op grond van het BW reeds verplichte raad ook daadwerkelijk in de statuten is voorzien; hetzelfde geldt voor de «kleine» onderlinge waarborgmaatschappijen. Voor NV's kan het CTZ afgaan op het oordeel van de PVK, dat in de afgifte van de vergunning tot het uitoefenen van het schadeverzekeringsbedrijf besloten ligt.

Overeenkomstig hetgeen in de artikelen 2:57 en 2:140 BW ten aanzien van de raad van commissarissen is geregeld, is in onderdeel a opgenomen dat het intern toezicht in moet houden toezicht op het beleid van het bestuur en op de algemene gang van zaken in de rechtspersoon en de daarmee verbonden onderneming. Voor Nederlandse rechtspersonen gelden daarnaast uiteraard ook nog de overige uit eerdergenoemde BW-artikelen voortvloeiende taken alsmede, voor grote onderlinge waarborgmaatschappijen en grote NV's, de taken die uit de artikelen 2:63j respectievelijk 2:164 BW voortvloeien. Ook de overige in het BW geregelde bepalingen inzake de (raden van) commissarissen (benoeming, bezoldiging, ontslag, enz.) zijn uiteraard van toepassing.

Rechtspersonen naar het recht van een andere EU-lidstaat zullen, willen zij rechtmatig als zorgverzekeraar kunnen werken, moeten zorgen voor intern toezicht dat ten minste aan de in onderdeel a genoemde eisen voldoet. Dit laat onverlet dat zij naar het recht van de lid-staat waar zij hun zetel hebben mogelijk ook nog aan andere eisen moeten voldoen.

*eerste lid, onderdeel b, alsmede tweede lid*

Invloed van verzekerden op het beleid van de zorgverzekeraar is één van de wijzen waarop kan worden gewaarborgd dat de zorgverzekering een sociale verzekering blijft. Zoals in het algemeen deel van deze toelichting is aangegeven, verplichten ook diverse verdragen tot het regelen van een invloed van de verzekerden. Zonodig kunnen bij amvb regels worden gesteld over de mate van invloed die verzekerden ten minste dienen te hebben.

*eerste lid, onderdeel c*

Een onderlinge waarborgmaatschappij moet zich ten doel stellen met haar leden verzekeringsovereenkomsten te sluiten (art. 2:53, tweede lid, BW). Indien de onderlinge waarborgmaatschappij ontbonden wordt, zijn personen die op dat moment lid waren dan wel wier lidmaatschap minder dan een jaar tevoren is geëindigd, aansprakelijk voor een tekort (art. 2:55 BW).

Zonder nadere regeling zouden derhalve (gewezen) verzekeringnemers bij een onderlinge waarborgmaatschappij bij ontbinding verplicht zijn in tekorten bij te dragen. Dit vindt de regering onwenselijk. Zij wenst de hier bedoelde aansprakelijkheid uit te sluiten. Dit vormt de eerste reden om in onderdeel c te bepalen dat de statuten iedere verplichting van (gewezen) verzekeringnemers om in eventuele tekorten bij te dragen, uit moeten sluiten

Daarnaast is het zo, dat de onderlinge waarborgmaatschappijen ook met niet-leden verzekeringen mogen sluiten, mits dit niet in een zodanige mate geschiedt dat de overeenkomsten met de leden van ondergeschikte betekenis worden, en mits in de statuten wordt bepaald dat iedere verplichting van leden of oud-leden om in de tekorten bij te dragen, is uitgesloten (artikel 2:53, derde en vierde lid, BW). Dit vormt een tweede reden voor onderdeel c.

Onderlinge waarborgmaatschappijen zullen derhalve aan het slot van hun naam de letters U.A. (uitsluiting van aansprakelijkheid; artt. 2:54, tweede lid, en 2:56 BW) moeten dragen.

Hoewel het minder voor de hand ligt dat de statuten van NV's iets regelen over een bijdrageplicht van verzekeringnemers, leidt onderdeel c er voorts toe dat ook dat niet is toegestaan. Hetzelfde geldt indien krachtens de statuten niet (gewezen) verzekeringnemers, maar de (gewezen) verzekeren aansprakelijk zouden (kunnen) worden gesteld.

### **Artikel 29 (werkgebied)**

Zorgverzekeraars dienen alle verzekeringsplichtigen die in hun werkgebied wonen als verzekerde te accepteren (art. 3, eerste lid). In principe is het werkgebied van een zorgverzekeraar heel Nederland (art. 29, eerste lid). Het onverkort vasthouden aan deze eis zou echter een belemmering kunnen vormen voor het toetreden tot de markt, en daarnaast acht de regering het onwenselijk kleinere verzekeraars het regionaal werken te verbieden. Daarom is in het tweede lid bepaald dat een zorgverzekeraar zijn werkgebied tot één of meer gehele provincies van Nederland mag beperken indien hij minder dan 850 000 verzekerden heeft. Dit aantal is vooral ingegeven door de verhoudingen in de huidige markt van zorg- en ziektekostenverzekeringen. De ervaring leert dat goede en slechte risico's niet gelijkelijk over Nederland zijn verspreid: gemiddeld genomen zijn mensen in de (grote) steden ongezonder dan mensen die elders in Nederland wonen. Om risicoselectie te voorkomen, moet een kleine verzekeraar wel steeds een gehele provincie bedienen.

De beantwoording van de vraag of in enig jaar landelijk moet worden gewerkt, geschiedt aan de hand van het gemiddelde aantal verzekerden in het tweede jaar voorafgaande aan het jaar waarvoor de beantwoording geschiedt. Aangezien het CVZ in het kader van het berekenen van de vereveningsbijdrage van iedere zorgverzekeraar op sofi-nummer de verzekerden binnenkrijgt (art. 35) is voor het CTZ door middel van navraag bij het CVZ (hoeveel verzekerden heeft zorgverzekeraar x?) gemakkelijk na te gaan of een verzekeraar zich wel aan artikel 29 houdt.

Het vierde lid schept een mogelijkheid om oneigenlijk gebruik tegen te gaan. Het is bijvoorbeeld niet de bedoeling dat een regionaal werkende verzekeraar die het aantal van 850 000 verzekerden dreigt te overschrijden aan de plicht tot landelijk werken ontkomt door zijn werkzaamheden geheel over te dragen aan een nieuw opgerichte zorgverzekeraar (die zonder de in het vierde lid bedoelde ministeriële regeling vanwege het vertragings-effect in de telling van verzekerden dan vervolgens ten minste twee jaar regionaal zou kunnen gaan – of in wezen: blijven – werken).

Ten slotte wordt opgemerkt dat iedere zorgverzekeraar, of hij nu landelijk of regionaal werkt, alle in het buitenland wonende verzekeringsplichtigen die een zorgverzekering met hem willen sluiten, zal moeten accepteren. Dat volgt uit artikel 3, eerste lid. Voor de reden hiervoor wordt verwezen naar de artikelsgewijze toelichting op dat artikel.

### **Artikel 30 (afmelding)**

Een zorgverzekeraar die zijn werkzaamheden als zorgverzekeraar wil beëindigen, dient dit aan het CTZ te melden, onder vermelding van de dag waarop al zijn zorgverzekeringen geëindigd zullen zijn (eerste lid). Vanaf die dag zal geen toezicht van het CTZ meer nodig zijn en komt de voormalige zorgverzekeraar niet meer in aanmerking voor de vereveningsbijdrage. Het CTZ zal de afmelding dan ook aan het CVZ moeten doorgeven (tweede lid). Een verzekeraar die de afmelding nalaat, zal geconfronteerd kunnen worden met forse terugvorderingen van ten onrechte betaalde vereveningsbijdragen, onder omstandigheden verhoogd met een bestuurlijke boete op grond van artikel 97. Voorts zal het CTZ op grond van artikel 96 een bestuurlijke boete op kunnen leggen.

Omdat niet of te laat afmelden kan leiden tot een bestuurlijke boete van het CTZ, verplicht het tweede lid het CTZ, om van een ontvangen afmelding een ontvangstbevestiging te zenden, waarop de datum van ontvangst van de afmelding is aangegeven.

### **Artikel 31 (garantie bepaling jegens verzekeringnemers/verzekerden)**

De Wtv 1993 en het krachtens die wet geregelde toezicht is er in hoofdzaak op gericht te voorkomen, dat een verzekeraar niet aan zijn verzekeringsverplichtingen kan voldoen. Desalniettemin is een (dreigend) faillissement van een verzekeraar nooit helemaal uit te sluiten. Voor dat soort gevallen geeft artikel 156 Wtv 1993 de PVK de mogelijkheid de bevoegde rechtbank te vragen jegens de verzekeraar «de noodregeling» uit te spreken. Tegelijkertijd benoemt de rechtbank dan één of meer bewindvoerders, die hij machtigt tot vereffening van het geheel of van een gedeelte van de portefeuille en/of tot overdracht van de rechten en plichten uit de verzekeringsovereenkomsten aan een andere verzekeraar, alsmede, zolang niet blijkt dat de verzekeraar een negatief eigen vermogen heeft, tot vereffening van het vermogen.

Zowel indien de noodregeling wordt uitgesproken als indien de zorgverzekeraar (alsnog) failliet gaat, is, zonder nadere regeling, de kans groot, dat zorgaanbieders die de verzekerden van deze zorgverzekeraar zorg hebben verleend en verzekerden die rekeningen van zorgaanbieders hebben voldaan, jegens de verzekeraar geldende vorderingen tot niet of niet volledig voldaan krijgen. Daarbij komt, dat zorgaanbieders en verzekerden, om hun vorderingen althans nog gedeeltelijk uitbetaald te krijgen, hun vorderingen tijdig bij de bewindvoerders respectievelijk curator zouden moeten indienen en ook overigens in de procedures van de noodregeling respectievelijk het faillissement zouden moeten gaan meedraaien. Met name voor de verzekerden is dit geen sinecure.

Het sociale karakter van de Zvw komt onder meer hierin naar voren, dat artikel 31 bepaalt dat in dit soort gevallen het CVZ de vorderingen die de verzekerden op de zorgverzekeraar hebben, volledig voldoet (eerste lid). Anders dan in art. 1t van de Zfw is bepaald, geldt dit niet voor de vorderingen die zorgaanbieders op de zorgverzekeraar hebben. De reden hiervoor is, dat de Zfw ervan uitgaat dat de ziekenfondsen hun verzekerden de zorg laten leveren door die ziekenfondsen gecontracteerde zorgaanbieders, en dat die zorgaanbieders hun rekeningen direct aan het ziekenfonds zenden. In dat licht bezien is het logisch dat indien het ziekenfonds niet meer bij machte is te betalen, de vorderingen van de zorgaanbieders alsnog door het CVZ worden voldaan. In de Zvw, daarentegen, staat de relatie tussen de verzekeringnemer/verzekerde en de zorgverzekeraar voorop. De zorgverzekeraar dient er zich voor in te spannen dat de verzekerde de benodigde zorg krijgt en dient deze zorg te financieren, maar hoe



hij dit doet (hij levert de zorg zelf, laat deze leveren door gecontracteerde zorgaanbieders dan wel vergoedt de kosten die een verzekerde voor de zorg heeft gemaakt) is – behalve voor zover op grond van artikel 12 is voorgeschreven dat de verzekerde prestatie door gecontracteerde zorgaanbieders wordt geleverd – aan de zorgverzekeraar. De positie van een eventueel gecontracteerde zorgaanbieder dient daarom niet anders te zijn, dan die van andere leveranciers van de zorgverzekeraar. In de nieuwe constellatie ligt het derhalve wél in de rede te bepalen dat het CVZ de vorderingen van verzekerden betaalt, maar ligt het niet in de rede te bepalen dat het CVZ vorderingen van zorgaanbieders op de zorgverzekeraar voldoet.

Het risico dat zorgaanbieders worden meegesleurd in een faillissement van een zorgverzekeraar waarmee zij hebben gecontracteerd, is uiterst beperkt. Immers, allereerst is de kans dat zij te maken krijgen met een faillierende zorgverzekeraar zeer beperkt. Voorts is van belang dat de zorgaanbieders veelal overeenkomsten zullen sluiten met meerdere zorgverzekeraars, zodat een déconfiture van een zorgverzekeraar niet direct tot faillissement hoeft te leiden van de zorgaanbieder die met hem heeft gecontracteerd. Voorts is het aan de zorgaanbieders om in de overeenkomsten met de zorgverzekeraars afspraken te maken over de wijze en het tijdstip van betalen en eventueel bevoorschotten. Het risico voor een zorgaanbieder om meegesleurd te worden in het faillissement van een zorgverzekeraar is derhalve naar de mening van de regering dermate gering, dat er geen reden is om een afzonderlijke, niet goed binnen de uitgangspunten van de Zvw passende, bepaling op te nemen volgens welke zorgaanbieders bij faillissement de verzekeraar met wie zij gecontracteerd hebben, schadeloos zouden kunnen worden gesteld.

Het tweede lid zorgt ervoor dat het CVZ in de rechten van de verzekerden op de (voormalige) zorgverzekeraar treedt, voor zover het hun vorderingen heeft voldaan. Het CVZ neemt derhalve ook hun (beperkte) voorrangpositie op het verhaal op de boedel van de verzekerde over (artikel 171, tweede lid, onderdeel e, Wtv 1993). Het is vervolgens aan het CVZ om als schuldeiser van de (ex-)zorgverzekeraar in het kader van de noodregeling of de faillissementsprocedure nog zoveel mogelijk van zijn vorderingen voldaan te krijgen.

In artikel 39 is bepaald dat betalingen op grond van het eerste lid ten laste van het Zorgverzekeringsfonds worden gebracht, en dat gelden die het CVZ in het kader van de noodregeling of de faillissementsprocedure uitwint, aan dat fonds ten goede komen. Artikel 56 zorgt ervoor dat in het verschil wordt voorzien via de rijksbijdrage aan het Zorgverzekeringsfonds.

#### *Paragraaf 4.2 De vereveningsbijdrage*

### **Artikel 32 (toekenning vereveningsbijdragen)**

#### *eerste lid*

De zorgverzekeraar die aan zijn verplichtingen, voortvloeiend uit artikel 25 heeft voldaan, ontvangt op grond van het eerste lid van artikel 32 ieder jaar van het CVZ een bijdrage in de kosten voor het uitvoeren en aanbieden van de zorgverzekeringen.

Doel van de bijdrage is risicoverevening en (gedeeltelijke) financiering van kinderverzekeringen. Dat wil echter niet zeggen dat de zorgverzekeraar de bijdrage daar ook daadwerkelijk voor moet gebruiken. Zoals in het algemene deel van deze toelichting is uiteengezet, is het aan de verzekeraar

om te bepalen wat hij met de premies, de vereveningsbijdrage, maar ook met eventuele reserves of door derden gefinancierd kapitaal doet, mits hij er voor zorgt dat zijn verzekerden bij wie het verzekerde risico zich voordoet, tijdig de verzekerde prestaties ontvangen. (Hetgeen op zijn beurt weer betekent dat de zorgverzekeraar voldoende technische voorzieningen aanhoudt en over de juiste solvabiliteitsmarge beschikt.) Om deze reden is in het eerste lid niet geregeld, dat het CVZ de vereveningsbijdrage verstrekt «voor» of «ter dekking van de kosten van» het aanbieden en uitvoeren van de zorgverzekeringen. De enige voorwaarde is, *dat* een zorgverzekeraar in het desbetreffende jaar dergelijke verzekeringen aanbiedt en uitvoert. Anders gezegd, de PVK en het CTZ zullen niet nagaan of de vereveningsbijdrage gebruikt wordt voor de financiering van de zorgverzekeringen.

*tweede lid*

De hoofdlijnen voor de berekening van de vereveningsbijdragen (zowel in de toekennings- als in de vaststellingsfase, zie voor dit laatste art. 34, derde lid) zullen bij amvb worden bepaald.

*derde lid*

In de amvb, bedoeld in het tweede lid, zullen in ieder geval de criteria op basis waarvan de hoogte van de bijdrage wordt berekend, worden neergelegd. Zij zullen voor alle verzekeraars gelijk zijn. In ieder geval zal het aantal verzekerden van de zorgverzekeraar van belang zijn. Daarnaast zal een aantal verzekerdenkenmerken worden opgenomen die, zo leert de praktijk, al dan niet in bepaalde combinaties een goede indicatie geven van de verwachte schadelast die deze verzekerden voor de verzekeraar zullen genereren. Op dit moment wordt in ieder geval gedacht aan de volgende criteria:

- leeftijd;
- geslacht;
- woonregio (een verdeelcriterium waarbij verzekerden worden ingedeeld in categorieën op basis van de postcode van het adres waarop zij wonen);
- farmaceutische kostengroepen (een verdeelcriterium waarbij verzekerden worden ingedeeld in categorieën chronische aandoeningen op basis van geneesmiddelengebruik in het verleden);
- diagnose-kostengroepen (een verdeelcriterium waarbij verzekerden worden ingedeeld in clusters van aandoeningengroepen op grond van zorggebruik in ziekenhuizen).

*vierde tot en met zevende lid*

Het vierde tot en met zevende lid beschrijven de procedure om tot bepaling van de individuele bijdrage voor een zorgverzekeraar te komen. Bij de vaststelling van de in deze leden opgenomen data is er rekening mee gehouden, dat de zorgverzekeraars de premie die zij voor het komende jaar voor de verzekering zullen vragen, mede zullen baseren op de omvang van de vereveningsbijdrage die hen voor dat jaar wordt toegekend, en dat de verzekeringnemers, indien de verzekeraar mede op grond daarvan zou besluiten de premie te verhogen, voldoende tijd moeten hebben om desgewenst een andere zorgverzekeraar te zoeken.

Allereerst stelt de Minister van VWS vast, welk bedrag voor het komende jaar in totaal over de zorgverzekeraars verdeeld kan worden. Tegelijkertijd bepaalt de Minister op welke wijze dit macro-bedrag over de verzekeraars wordt verdeeld. In de ministeriële regeling zal derhalve worden aangegeven hoe met het aantal verzekerden en hun verzekerdenkenmerken bij

een zorgverzekeraar, rekening wordt gehouden. Op grond van het derde lid, onderdeel a, wordt bij ministeriële regeling het bedrag bepaald dat voor alle verzekeraars tezamen voor het komende jaar beschikbaar is. Vervolgens wordt statistisch onderbouwd aan elk criterium een bijdrage gekoppeld (derde lid, onderdeel c). De in totaal beschikbare middelen worden volledig verdeeld op basis van de criteria leeftijd en geslacht. Aan elk ander verdeelcriterium, waaronder in ieder geval het aantal verzekerden bij een zorgverzekeraar en een aantal verzekerdenkenmerken, wordt een bijdrage gekoppeld die positief of negatief kan zijn. Als een verdeelcriterium volgens statistische berekeningen gemiddeld genomen tot een reductie van schade aanleiding geeft, is de bijdrage van dat criterium aan de vereveningsbijdrage negatief. Indien een verdeelcriterium volgens statistische berekeningen tot meer dan gemiddelde schade aanleiding geeft, is de bijdrage positief. Aldus wordt, om risicoselectie te voorkomen, door middel van de vereveningsbijdragen rekening gehouden met het risicoprofiel van de verzekerdenportefeuilles. Overigens sluit bovenbedoelde systematiek voor de berekening van de vereveningsbijdragen niet uit, dat voor een bepaalde zorgverzekeraar op een negatief bedrag aan vereveningsbijdrage wordt uitgekomen (hetzelfde geldt overigens voor de herberekening van de bijdrage, bedoeld in artikel 34). De kans dat zich dit in werkelijkheid voordoet is echter uiterst klein, aangezien dit zou betekenen dat de portefeuille aan verzekerden van een bepaalde zorgverzekeraar voor een zeer groot deel uit goede risico's zou bestaan, hetgeen gezien de acceptatieplicht zoals deze in artikel 3 geregeld is, niet voor de hand ligt.

Ook zal – op grond van het derde lid, onderdeel d – worden geregeld, dat indien een verzekerde meerdere malen verzekerd is, per zorgverzekering een evenredig deel van de voor die verzekerde toe te kennen vereveningsbijdrage wordt toegekend. Dit past goed bij de in artikel 7.17.2.24a BW opgenomen regel, dat ingeval een verzekerde voor een zelfde schade bij meerdere verzekeraars verzekerd is, de schadeverzekeraars (uiteindelijk) ieder een evenredig deel van de schade dienen te dragen. Tevens zal in de ministeriële regeling worden geregeld hoe de toegekende bedragen worden betaald. Gedacht wordt aan maandelijksse betalingen. De desbetreffende ministeriële regeling wordt voor 1 oktober van het jaar voorafgaande aan het jaar waarvoor de bijdragen worden toegekend, getroffen.

Vervolgens stelt het CVZ voor 15 oktober van datzelfde jaar beleidsregels vast waarin wordt aangegeven hoe de in de ministeriële regeling neergelegde bepalingen zullen worden toegepast. De beleidsregels behoeven de goedkeuring van de Minister van VWS.

Op basis van de ministeriële regeling, zijn eigen beleidsregels, alsmede het aantal verzekerden van de zorgverzekeraar en hun kenmerken, berekent het CVZ de bijdrage per zorgverzekeraar. Voor 1 november van ieder kalenderjaar zendt het CVZ iedere zorgverzekeraar een beschikking waarin de hoogte van de bijdrage die verzekeraar voor het komende jaar tegevoet kan zien, wordt vermeld.

Deelt de zorgverzekeraar vervolgens de nieuwe grondslag van de premie (en daarmee de nieuwe premie) voor het komende jaar voor 1 december aan de verzekeringnemers mee, dan kan deze per 1 januari van het nieuwe jaar in werking treden (art. 17, zevende lid). Besluit de verzekeringnemer naar aanleiding hiervan de zorgverzekering op te zeggen, dan eindigt de verzekering, afhankelijk van de dag waarop hij de mededeling heeft ontvangen en de dag waarop hij opzegt, op 1 januari of 1 februari (art. 7, derde lid, onderdeel a, en vierde lid).

Onderdeel b van het vierde lid vraagt mogelijk nog enige toelichting. Het is mogelijk dat de Minister van VWS en het CVZ in de zomer van het jaar waarin de vereveningsbijdragen voor het volgende kalenderjaar moeten worden toegekend, tot de conclusie komen dat het voor dat kalenderjaar zeer wenselijk is om een extra vereveningscriterium te gebruiken. Zonder het vierde lid, onderdeel b, zou dat echter niet kunnen, aangezien de amvb, bedoeld in het tweede en derde lid, hiervoor niet tijdig zou kunnen worden aangepast. Daarom bepaalt laatstgenoemd onderdeel, dat zo'n extra criterium voor het berekenen van de vereveningsbijdragen over één kalenderjaar bij ministeriële regeling kan worden geregeld. Ook hier geldt uiteraard weer, dat het criterium voor alle zorgverzekeraars gelijk is.

Aangezien het belang van de vereveningscriteria groot is en deze derhalve zo mogelijk ruim voor het jaar waarover de vereveningsbijdrage wordt toegekend kenbaar moeten zijn, geldt dat deze in principe bij amvb geregeld dienen te worden (derde lid). Een bij ministeriële regeling toegevoegd criterium, geldt dan ook uitdrukkelijk slechts voor één vereveningsjaar. Indien het wenselijk blijkt het criterium ook voor de berekening van de vereveningsbijdragen over het daaropvolgende jaar te gebruiken, zal dit criterium voordien in de amvb, bedoeld in het derde lid, moeten zijn opgenomen.

### **Artikel 33 (tussentijdse toekenning extra middelen)**

Artikel 33 geeft de Minister van VWS de mogelijkheid na aanvang van een kalenderjaar extra middelen voor bijdragen aan zorgverzekeraars ter beschikking te stellen. Hier zal slechts in bijzondere gevallen gebruik van worden gemaakt. Te denken valt aan kernexplosies en natuurrampen. Omdat de gevolgen van dergelijke rampen vaak in bepaalde regio's groter zullen zijn dan in andere, en – zeker de eerste jaren na inwerkingtreding van deze wet – zorgverzekeraars in bepaalde provincies veel verzekerden zullen hebben en in andere minder, kan in de ministeriële regeling worden bepaald dat de extra middelen slechts aan bepaalde verzekeraars beschikbaar worden gesteld. Voorts zou op grond van dit artikel een bijdrage kunnen worden toegekend aan een zorgverzekeraar die gedurende het jaar zoveel verzekerden van een faillerende zorgverzekeraar overneemt, dat hij daardoor zelf in financiële moeilijkheden dreigt te geraken.

Het CVZ verdeelt de extra bijdragen over de in de ministeriële regeling aangewezen zorgverzekeraars (tweede lid). De wijze waarop de extra bijdrage per zorgverzekeraar wordt berekend, wordt door de Minister van VWS vastgesteld (derde lid). Vervolgens verdeelt het CVZ deze, volgens zijn eigen beleidsregels (die door de Minister van VWS moeten worden goedgekeurd), over de in de ministeriële regeling aangewezen zorgverzekeraars (vierde lid).

### **Artikel 34 (vaststelling vereveningsbijdragen)**

De toekenning van de jaarlijkse bijdragen, bedoeld in artikel 32, geschiedt vooraf. Het CVZ kan daarbij derhalve geen rekening houden met de werkelijke aantallen verzekerden die een zorgverzekeraar in het desbetreffende jaar had of met hun werkelijke verzekerdenkenmerken. Voorkomen dient echter te worden, dat een verzekeraar die in enig jaar veel extra klanten krijgt, bijvoorbeeld doordat bekend is geworden dat hij de benodigde zorg zeer snel voor zijn verzekerden regelt en claims heel goed afwikkelt, voor deze toestroom pas via de vereveningsbijdrage voor een veel later jaar gecompenseerd wordt. Daarom is in artikel 34 geregeld, dat alle vooraf toegekende jaarlijkse bijdragen uiterlijk in het tweede jaar na het jaar waarvoor zij gegeven zijn, worden vastgesteld (eerste lid). Het tweede lid van artikel 34 stelt zeker, dat bij deze vaststelling in ieder geval

rekening wordt gehouden met de werkelijke verzekerdenaantallen per verzekeraar, en hun kenmerken. Dit sluit andere, bij of krachtens amvb (derde lid) te bepalen elementen, bijvoorbeeld de zogenoemde hogekostenverevening, niet uit. Dergelijke andere gronden waarop wordt herberekend zullen echter zo beperkt mogelijk worden gehouden. Anders dan op dit moment op grond van de Zfw geschiedt, zal in ieder geval niet meer worden nagegaan of de toegekende bijdragen verantwoord of onverantwoord zijn gebruikt. Deze wet stelt immers niet meer verplicht, dat een zorgverzekeraar de vereveningsbijdragen voor de financiering van de uitvoering van de zorgverzekeringen gebruikt, zodat een onderscheid tussen verantwoord en onverantwoord gebruik niet meer aan de orde is (zie verder de toelichting op artikel 32).

Het CVZ deelt het resultaat van de herberekening in de vorm van een vaststellingsbeschikking, inclusief aan de verzekeraar na te betalen of van de verzekeraar terug te vorderen bedrag, mee. Indien de uitkomst is, dat de zorgverzekeraar nog geld tegoed heeft, kent het CVZ een rentevergoeding over het verschil toe. Andersom dient het CVZ indien de verzekeraar geld dient terug te betalen, de verzekeraar rente over het verschil in rekening te brengen. Een en ander geschiedt overeenkomstig door het CVZ vast te stellen beleidsregels (vierde lid). Het CVZ betaalt het verschil aan de zorgverzekeraar of, indien deze inmiddels met zijn werkzaamheden is gestopt, diens rechtsopvolger respectievelijk vordert dat van de verzekeraar of zijn rechtsopvolger terug, met dien verstande dat het CVZ ook kan verrekenen met een voor een komend jaar toe te kennen vereveningsbijdrage (vijfde en zesde lid).

Ook eventuele op grond van artikel 33 toegekende bijdragen worden overigens vastgesteld. Aangezien de criteria op grond waarvan deze worden verstrekt heel andere kunnen zijn dan verzekerdenaantallen en verzekerdenkenmerken, gelden deze elementen echter niet als verplichte vaststellingsgronden.

Ten slotte nog het volgende. Het CVZ moet de finale herberekening uiterlijk in het tweede jaar na het jaar waarover de bijdragen zijn toegekend, hebben verricht. Dit sluit echter tussentijdse berekeningen, met bijbehorende tussentijdse af- of verrekeningen niet uit. Het CVZ is bevoegd in zijn beleidsregels te regelen, wanneer de benodigde gegevens uiterlijk binnen dienen te zijn. In de ministeriële regeling, bedoeld in het derde lid, of in de beleidsregels van het CVZ zal worden bepaald op basis van welke gegevens de bijdrage wordt vastgesteld indien de zorgverzekeraar de benodigde gegevens niet tijdig heeft aangeleverd.

### **Artikel 35 (gegevens ten behoeve van de vereveningsbijdragen)**

De vereveningsbijdrage is afhankelijk van het aantal verzekerden en van de verzekerdenkenmerken van iedere individuele verzekerde van de zorgverzekeraar. Een deel van deze kenmerken zal door de zorgverzekeraars geleverd moeten worden. De eerste twee leden van artikel 35 verplichten de zorgverzekeraars het begin en het einde van iedere zorgverzekering aan het CVZ mede te delen. Aangezien het CVZ op grond van het derde lid, onderdeel a, bevoegd is tot gebruik van het sofi-nummer, de zorgverzekeraars op grond van de artikelen 4 en 85, eerste lid, dat zijn, en artikel 85, derde lid, ertoe leidt dat uitwisseling van verzekerdengegevens tussen zorgverzekeraars en het CVZ op basis van het sofi-nummer plaatsvindt, zal de in het eerste en tweede lid bedoelde gegevensverstrekking door de zorgverzekeraars op basis van het sofi-nummer (en na invoering van het burgerservicenummer: dat nummer) dienen te geschieden.

Dit is om een viertal redenen wenselijk. Ten eerste worden fouten, die onherroepelijk gepaard zouden gaan met aanlevering op basis van naam, adres en woonplaats, voorkomen. Ten tweede wordt bij het CVZ aldus niet bekend, om welke individuele verzekerden het precies gaat. Het CVZ heeft immers niet het recht om sofi-nummers te herleiden tot individuele personen. Ten derde kan het CVZ aldus gemakkelijk achterhalen of iemand meerdere malen tegelijk verzekerd is. Voor de toekenning van de vereveningsbijdragen is dat van belang, omdat bij dubbele verzekering de vereveningsbijdrage over de verzekeraars verdeeld zal moeten worden (zie de toelichting op artikel 32, vierde lid, onderdeel d). En ten vierde is het sofi-nummer ook praktisch geschikt nummer, omdat het bij de ingezetenen bekend is, en het reeds veelvuldig bij de uitvoering van de belastingen en de overige sociale verzekeringen gebruikt wordt.

Het derde lid bepaalt wat ten behoeve van de berekening van de vereveningsbijdrage in de administratie van het CVZ moet worden opgenomen. Dit laat onverlet, dat het CVZ de hier bedoelde administratie kan uitbesteden aan een andere instantie, bijvoorbeeld het zogenoemde «sectoraal aanspreekpunt» (sap). In termen van de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) zal deze dan te zien zijn als bewerker van de gegevens; het CVZ is de verantwoordelijke voor de desbetreffende verwerking van persoonsgegevens.

Indien het CVZ constateert dat een bepaalde verzekerde meerdere malen verzekerd is, zal dat niet alleen leiden tot evenredige vermindering van de voor iedere zorgverzekering toe te kennen (en vast te stellen) vereveningsbijdrage, maar leidt dat, indien althans verschillende verzekeraars betrokken zijn, tevens tot een mededeling, door het CVZ, aan alle betrokken verzekeraars (vierde lid). Voor de verzekeraars is dit van belang, omdat artikel 7.17.2.24a, derde lid BW, de zorgverzekeraar die de zorg of andere verzekerde diensten initieel heeft betaald (omdat de verzekerde hem en niet de andere zorgverzekeraar aanspreekt) de mogelijkheid geeft de kosten voor een evenredig deel te verhalen op de andere zorgverzekeraar. Op basis van het bericht van het CVZ kunnen de zorgverzekeraars overigens tevens besluiten de verzekerde of de verzekeringnemers van de dubbele verzekering op de hoogte te stellen.

Onderdeel a van het vijfde lid geeft de mogelijkheid te bepalen welke verzekerdenkenmerken op persoonsniveau in de administratie van het CVZ worden opgenomen. Onderdeel b geeft de mogelijkheid regels te stellen over de inrichting van die administratie.

### **Artikel 36 (buiten toepassing verklaren subsidietitel Awb)**

Titel 4.2 van de Algemene wet bestuursrecht (Awb) regelt de verstrekking van subsidies door een bestuursorgaan. «Subsidie» wordt in artikel 4:21, eerste lid, Awb als volgt gedefinieerd: de aanspraak op financiële middelen, door een bestuursorgaan verstrekt met het oog op bepaalde activiteiten van de aanvrager, anders dan als betaling voor aan het bestuursorgaan geleverde goederen of diensten. Het CVZ is een (zelfstandig) bestuursorgaan, en hoewel de vereveningsbijdrage niet hoeft te worden gebruikt voor de financiering van de zorgverzekering, wordt deze wel verstrekt onder de voorwaarde dát er zorgverzekeringen worden aangeboden en uitgevoerd (art. 32, eerste lid). Het is de vraag of de vereveningsbijdrage daarmee een subsidie in de zin van de Awb zou zijn. De bepalingen van titel 4.2 Awb passen echter slecht bij de beoogde vereveningsystematiek. Zo gaan deze uit van een subsidieverlening op aanvraag (in plaats van de beoogde ambtshalve toekenning) en van gebruik van de subsidies voor concrete, in de verleningsbeschikkingen omschreven doelen, waarover ook verantwoord moet worden (daar waar de vere-

veningsbijdrage niet per se voor de uitvoering van de zorgverzekering hoeft te worden gebruikt). Ook overigens zijn de bepalingen van titel 4.2 Awb te gedetailleerd voor de beoogde vereveningssystematiek. Daarom regelt artikel 36 met zoveel woorden dat de bepalingen van die titel niet van toepassing zijn.

#### *Paragraaf 4.3 De verslaglegging*

### **Artikel 37 (jaarrekening en jaarverslag)**

Zorgverzekeraars met zetel in Nederland moeten onderlinge waarborgmaatschappijen of NV's (of Europese vennootschappen) zijn (art. 28 Wtv 1993; zie ook de inleidende toelichting op dit hoofdstuk). De bepalingen uit boek 2 BW over onderlinge waarborgmaatschappijen en NV's gelden dan ook onverminderd voor de zorgverzekeraars. De artikelen 2:58 en 2:101 BW leiden ertoe dat het bestuur van een zorgverzekeraar binnen zes (onderlinge waarborgmaatschappijen) respectievelijk vijf (NV's) maanden na afloop van het boekjaar een jaarrekening en een jaarverslag opmaakt. Deze termijn kan door de algemene vergadering op grond van bijzondere omstandigheden met ten hoogste vijf (onderlinge waarborgmaatschappijen) respectievelijk zes (NV's) maanden worden verlengd. De jaarrekening wordt vastgesteld door de algemene vergadering die het bestuur uiterlijk een maand na afloop van de termijn doet houden (onderlinge waarborgmaatschappijen) dan wel, bij een NV, door de algemene vergadering van aandeelhouders of, bij een grote NV, de raad van commissarissen onder goedkeuring van de algemene vergadering van aandeelhouders.

Titel 9 («De jaarrekening en het jaarverslag») van boek 2 BW bevat gedetailleerde regels over de inrichting van deze jaarrekeningen en jaarverslagen. De titel bevat een groot aantal bepalingen over de wijze waarop (geconsolideerde) jaarrekeningen (onderscheiden in balansen en winsten verliesrekeningen) moeten worden opgesteld, alsmede over de verplichte toelichtingen op deze stukken, de waarderingsgrondslagen voor activa en passiva, jaarverslagen, het deskundigenonderzoek door een accountant en de openbaarmaking. Deze titel implementeert hiermee een viertal EEG-richtlijnen geheel, en enkele andere EEG-richtlijnen gedeeltelijk. Afdeling 15 van titel 9 bevat specifieke bepalingen voor verzekeringsmaatschappijen, en implementeert daarmee richtlijn nr. 91/674/EEG van de Raad van 19 december 1991 betreffende de jaarrekening en de geconsolideerde jaarrekening van verzekeringsondernemingen (PbEG L 374). Aangezien zorgverzekeraars verzekeringsmaatschappijen zijn, zijn de bepalingen van deze afdeling, voor zover zij althans hun zetel in Nederland hebben, op hen van toepassing. Zorgverzekeraars met een zetel in één der overige lid-staten, zullen aan vergelijkbare bepalingen moeten voldoen, nu ook die andere lid-staten eerdergenoemde richtlijn geïmplementeerd zullen moeten hebben.

De Wtv 1993 regelt voor verzekeraars met zetel in Nederland hiernaast nog, dat een verzekeraar binnen vier maanden na afloop van elk boekjaar bij de PVK staten indient, die tezamen een duidelijk beeld geven van het door de verzekeraar gevoerde beheer en van zijn financiële toestand (art. 72, eerste lid, Wtv 1993). Eén van de staten dient het actuariële verslag te behelzen en moet worden voorzien van een verklaring van de actuaris (art. 72, derde lid, Wtv 1993). Bovendien moeten alle staten vergezeld gaan van een verklaring omtrent de getrouwheid, afgegeven door een accountant als bedoeld in artikel 2:393, eerste lid, BW (art. 72a, eerste lid, Wtv 1993). Op grond van artikel 72, tweede lid, Wtv 1993 dient de accountant de PVK zo spoedig mogelijk op de hoogte te stellen van iedere omstandigheid bij de verzekeraar wiens staten hij controleert die:

- in strijd is met de eisen die voor het verkrijgen van de Wtv-vergunning zijn gesteld,
- in strijd is met het bij of krachtens de Wtv 1993 opgelegde verplichtingen,
- het voortbestaan van de verzekeraar bedreigt, of
- leidt tot weigering van het afgeven van een verklaring omtrent de getrouwheid of tot het maken van voorbehouden.

Artikel 72b Wtv 1993 breidt deze verplichting uit tot omstandigheden die de accountant ter kennis komen bij het bestuderen van de jaarrekening, bedoeld in het BW.

Artikel 73, eerste lid, Wtv 1993 regelt dat een verzekeraar binnen zes maanden na afloop van het boekjaar zijn jaarverslag bij de PVK indient. Hoewel de staten de informatie uit de jaarrekening meestal (meer dan) dekken, wordt in de praktijk ook de jaarrekening overgelegd. In het wetsvoorstel tweede tranche «Wet op het financieel toezicht» zal de verplichting de jaarrekening aan de PVK over te leggen expliciet geregeld worden.

Ook deze in de Wtv 1993 neergelegde verplichtingen zijn op de zorgverzekeraars van toepassing.

De conclusie uit het voorgaande is derhalve, dat de zorgverzekeraars op grond van het BW en de Wtv 1993 al verplicht zijn diverse stukken op te stellen. De vragen die bij het schrijven van voorliggende Zwv-paragraaf aan de orde zijn gekomen, zijn dan ook geweest:

- a. welke van de hiervoor genoemde stukken dienen ook aan het CTZ en het CVZ te worden gezonden
- b. kan met deze stukken worden volstaan?

Vraag a wordt in het hiernavolgende beantwoord, vraag b in de toelichting op artikel 38.

De vraag is onder ogen gezien of in de Zwv geregeld moet worden dat de jaarrekening, het jaarverslag en de Wtv-staten ook naar het CTZ en het CVZ gezonden worden. Dit hangt enerzijds af van de taakverdeling tussen de PVK en het CTZ, anderzijds van de inhoud van deze stukken. Ervan uitgaande dat de PVK op zorgverzekeraars geen ander soort toezicht houdt dan op andere schadeverzekeraars, lijkt het toezenden van de Wtv-staten aan het CTZ en het CVZ niet nodig. De staten bevatten immers slechts die informatie, die voor de PVK noodzakelijk is om na te kunnen gaan of de verzekeraar aan zijn (financiële) verzekeringsverplichtingen zal kunnen voldoen.

Anders is dit voor de jaarrekening en het jaarverslag. Zoals in het voorgaande reeds is aangestipt, zullen de zorgverzekeraars meer doen dan het aanbieden en uitvoeren van zorgverzekeringen. Zo is in artikel 95 geregeld dat het CVZ hen kan mandateren tot het opleggen van boeten, en in de AWBZ zal worden geregeld dat zorgverzekeraars ook die wet kunnen uitvoeren. (Deze activiteiten zijn niet te zien als het verrichten van een handelsactiviteit in de zin van artikel 8, eerste lid, onderdeel a, van de eerste richtlijn schadeverzekering respectievelijk artikel 64, eerste lid, Wtv 1993, en kunnen derhalve naast het aanbieden en uitvoeren van zorgverzekeringen worden verricht.) Deze activiteiten zullen niet in de staten, maar wel in de jaarrekening en het jaarverslag tot uitdrukking komen. Alleen hierom is het derhalve al van belang, dat het CTZ en het CVZ de jaarrekening en het jaarverslag ontvangen. Uiteraard zullen het CTZ en het CVZ deze stukken ook gebruiken om na te gaan of de zorgverzekeringen rechtmatig worden aangeboden en uitgevoerd, voor zover althans deze taak niet bij de PVK berust. Met het oog hierop is in artikel 37, eerste lid,



geregeld dat de verzekeraars de jaarrekening en het jaarverslag naar het CTZ zenden.

Indien de zorgverzekeraar deel uitmaakt van een groep en een andere maatschappij uit die groep schriftelijk heeft verklaard zich hoofdelijk aansprakelijk te stellen voor de uit rechtshandelingen van de zorgverzekeraar voortvloeiende schulden, behoeft de zorgverzekeraar zijn jaarrekening niet overeenkomstig de voorschriften van Boek 2, titel 9, BW in te richten (art. 2:403 BW). In plaats daarvan zal de andere groepsmaatschappij zorgen voor een geconsolideerde jaarrekening, waarin de financiële gegevens van de zorgverzekeraar zijn opgenomen. Artikel 2:403 BW bepaalt wat er voor de jaarrekening van de zorgverzekeraar nog resteert. Veel is dat niet. In artikel 37, tweede lid, is bepaald dat in zo'n geval ook de geconsolideerde jaarrekening aan het CTZ wordt gezonden, en tevens is, overeenkomstig hetgeen in artikel 73, eerste lid, tweede volzin, Wtv 1993 hierover is geregeld, bepaald wanneer dat geschiedt.

Het derde lid zorgt ervoor dat accountantsverklaringen die het BW (zie met name artikel 2:393 BW) en de Wtv 1993 (zie artikel 73, tweede lid, Wtv 1993) ten aanzien van de jaarrekening en de jaarverslagen verplicht stellen, in afschrift aan het CTZ worden gezonden.

Om de administratieve lasten van zorgverzekeraars te beperken, wordt hen niet opgelegd, zowel het CTZ als het CVZ van de jaarstukken en de accountantsverklaringen te voorzien. In plaats daarvan dienen zij alles in tweevoud bij het CTZ aan te leveren, welk college de stukken onverwijld aan het CVZ doorstuurt (art. 37, vierde lid).

### **Artikel 38 (uitvoeringsverslag en goed zorgverzekeraarschap)**

Ervan uitgaande dat, gezien de eisen die het BW en de Wtv 1993 aan de stukken stellen alsmede de doelen van die wetten:

- de staten, de jaarrekening en het jaarverslag de PVK voldoende informatie verschaffen om na te kunnen gaan of de zorgverzekeraar aan zijn financiële verzekeraarsverplichtingen zal kunnen voldoen,
- de jaarrekening en het jaarverslag voldoende informatie bevatten om de leden (bij een onderlinge waarborgmaatschappij), de aandeelhouders (bij een NV), de commissarissen, en de samenleving in het algemeen, voldoende in te lichten over de handel en wandel van de zorgverzekeraar, en
- de jaarrekening en het jaarverslag zien op alle activiteiten van de zorgverzekeraar, derhalve ook de niet-verzekeringsactiviteiten zoals het uitvoeren van de AWBZ, het verstrekken van subsidies en het uitvoeren van boetebesluiten van het CVZ,
- is de vraag onder ogen gezien of het nodig is, in de Zvw in het kader van de verantwoording door zorgverzekeraars nog een extra rapportageplicht op te nemen.

Het antwoord op deze vraag luidt bevestigend. In de staten, de jaarrekening of het jaarverslag zal zonder nadere regeling immers niet uitgebreid ingegaan worden op datgene wat de zorgverzekeraars van gewone ziektekostenverzekeraars onderscheidt. Te weten: de uitvoering van de sociale aspecten van de verzekering, zoals deze vooral tot uitdrukking komen in de acceptatieplicht voor een wettelijk pakket en met een verbod van premiedifferentiatie naar verzekerdenkenmerken, met als «tegenprestatie» de ontvangst van de vereveningsbijdrage. Met het oog hierop is in artikel 38 geregeld dat de zorgverzekeraars ieder jaar een verslag over de uitvoering van de Zvw in het voorbije kalenderjaar aan het CTZ moeten zenden. De datum van 1 maart is enerzijds gekozen met het oog op de verantwoording aan het parlement in het kader van «Van beleidsbegroting

tot beleidsverantwoording». Anderzijds is deze gekozen met het oog op de mogelijkheid van inhoudelijke koppeling met de financiële gegevens die op grond van op artikel 89 van deze wet te baseren regels ook uiterlijk 1 maart geleverd zullen moeten worden. Zoals ook in de toelichting bij laatstgenoemd artikel is aangegeven, zal het in dat verband vooral gaan om informatie van zorgverzekeraars die van belang is voor het EMU-saldo, de vaststelling van de vereveningsbijdragen en de budget-cyclus van het Rijk.

De verplichting om een uitvoeringsverslag in te zenden is ook in artikel 43e Zfw opgenomen. Omdat het – overigens ook reeds op grond van laatstgenoemd artikel – de bedoeling is dat niet alleen een verslag over de uitvoering in het voorbije kalenderjaar wordt gezonden, maar ook wordt ingegaan op de voornemens voor het komende kalenderjaar, is dit nu – net zoals dat artikel 2:393, tweede lid, BW ten aanzien van het jaarverslag is gebeurd – expliciet in artikel 38 bepaald.

#### *corporate governance en goed verzekeraarschap*

De inhoud van het jaarverslag staat de laatste jaren ter discussie onder invloed van ontwikkelingen in het kader van maatschappelijk verantwoord ondernemen en gewijzigde opvattingen over het openbaar maken van het beleid rond bezoldiging en optieregelingen. Steeds vaker wordt ook aangedrongen op een paragraaf waarin wordt aangegeven dat een bepaalde gedragscode wordt onderschreven of waarom men (onderdelen van) zo'n code niet onderschrijft, zoals bepleit door de commissie-Tabaksblat. De concept-code Tabaksblat en de Mededeling van de Europese Commissie over herziening van het ondernemingsrecht en corporate governance van 21 mei 2003 (COM (2003) 284 final) laten zien dat behoefte bestaat aan het kunnen stellen van nadere voorschriften aan het jaarverslag. Daarom is bij tweede nota van wijziging op het wetsvoorstel houdende Wijziging van boek 2 van het Burgerlijk Wetboek in verband met aanpassing van de structuurregeling (Kamerstukken II 2002/03, 28 179, nr. 31) voorgesteld aan artikel 2:391 BW een vierde lid toe te voegen, inhoudende dat bij amvb voorschriften kunnen worden gesteld omtrent de inhoud van jaarverslagen, en dat die voorschriften in het bijzonder betrekking zullen hebben op naleving van een in de amvb aan te wijzen gedragscode. Aldus kan zelfregulering in de vorm van een «corporate governance»-code ondersteund worden. Het aantrekkelijke hiervan is dat op deze wijze bestuurders en commissarissen van ondernemingen verplicht worden verantwoording af te leggen over de naleving van door het bedrijfsleven zelf ontwikkelde gedragsregels en bovendien een instrument wordt geschapen dat het mogelijk maakt die regels regelmatig aan te passen aan nieuwe ontwikkelingen. Het afleggen van verantwoording over de toepassing van de gedragsregels kan geschieden in het jaarverslag.

Zorgverzekeraars kennen op dit moment twee gedragscodes. Enerzijds is er de code «Health Insurance Governance» (aanbevelingen voor goed bestuur, goed toezicht en adequate verantwoording door zorgverzekeraars; mei 2002), anderzijds de «Gedragscode van de zorgverzekeraar» van december 1997. De code «Health Insurance Governance» ziet vooral op eisen die aan zorgverzekeraars gesteld mogen worden met betrekking tot hun interne en externe verantwoording en de gevolgen hiervan voor het bestuur van en het toezicht op de zorgverzekeraar. Deze code kan derhalve gezien worden als een voorloper – en dan specifiek voor zorgverzekeraars – van de code of codes die in de toekomst op grond van artikel 2:391, vierde lid, BW aangewezen zou(den) kunnen worden.

De «Gedragscode van de zorgverzekeraar» bevat gedragsregels ten opzichte van verzekerden, zorgaanbieders en andere zorgverzekeraars.

Aanwijzing van deze regels in een op artikel 2:391 BW te baseren amvb, ligt gezien het doel van de in het BW geregelde jaarverslag (helderheid ten behoeve van commissarissen en leden/aandeelhouders) minder in de rede. Deze regels zijn echter wel van groot belang. Zij zorgen er, meer dan de andere gedragscode, voor dat de zorgverzekeraars bij het uitvoeren van hun taak rekening houden met de sociale component van hun werk. Het belang van zo'n code zal onder de Zvw, die in principe uitgaat van elkaar om verzekerden beconcurrerende, privaatrechtelijke verzekeraars die winst mogen beogen, nog aanzienlijk toenemen. Met het oog hierop bevat artikel 38, tweede en derde lid, de mogelijkheid om bij ministeriële regeling nadere voorschriften te stellen over de inhoud van het uitvoeringsverslag, en daarin een gedragscode aan te wijzen die nageleefd moet worden. Overigens ben ik voornemens van deze mogelijkheid een terughoudend gebruik te maken.

Ten slotte wordt nog gewezen op artikel 70a Wtv 1993 en het (mede) daarop gebaseerde Besluit integere bedrijfsvoering kredietinstellingen en verzekeraars, alsmede op artikel 51 Wtv 1993 en de daarop gebaseerde Regeling informatieverstrekking aan verzekeringnemers 1998.

Tezamen zorgen de bij en krachtens het BW, de Wtv 1993 en artikel 38 van deze wet gestelde of nog te stellen regels ervoor, dat de verzekeraars die zorgverzekeringen aanbieden en uitvoeren, zich als goed zorgverzekeraar dienen te gedragen.

Het vierde lid van artikel 38 zorgt ervoor dat een accountant een verslag met bevindingen over het uitvoeringsverslag dient uit te brengen. Net als in artikel 2:393 BW ten aanzien van de betrokkenheid van de accountant bij het jaarverslag is geregeld, is in onderdeel a bepaald, dat de accountant nagaat of het uitvoeringsverslag conform de daarvoor geldende regels is opgesteld. Onderdeel b leidt ertoe dat de accountant in zijn verslag in moet gaan op de vraag of de uitvoering wel voldeed aan de bij of krachtens deze wet gestelde eisen, dat wil zeggen, vanuit de Zvw gezien rechtmatig was. Het gaat hier om vragen als «bood de zorgverzekeraar geen verzekeringen als zorgverzekering aan die meer bevatten dan het wettelijk te verzekeren pakket?» en «verleende de zorgverzekeraar dezelfde korting voor collectieven van een zelfde omvang», oftewel, louter om de vraag of aan bij of krachtens de Zvw gestelde eisen wordt voldaan. Het gaat hier dus niet om de vraag of tevens aan de eisen van de Wtv 1993 wordt voldaan; op dat punt gelden de in die wet neergelegde regels.

Net als in artikel 37, is er ook hier met het oog op de beperking van de administratieve lasten voor de zorgverzekeraars voor gekozen de stukken in tweevoud aan het CTZ te laten zenden, waarna het college één set aan het CVZ doorzendt (art. 38, vijfde lid).

#### *maatschappelijke verslaggeving*

Nationaal en internationaal krijgt de beweging om te komen tot maatschappelijke verslaggeving – met invulling van de gemeenschappelijke informatiebehoefte van belangrijke stakeholders, hier met name verzekeren, patiënten, personeel, statistiekbureaus en toezichthouders – sterke aandacht. In Nederland heeft de Raad voor de Jaarverslaggeving in 2003 een «Handreiking voor maatschappelijke verslaggeving» gepubliceerd. Het informeren van belanghebbenden (stakeholders) en het afleggen van maatschappelijke verantwoording wordt gezien als een vorm van «horizontaal» toezicht. De informatie die de zorgverzekeraars op grond van het BW, de Wtv 1993 en deze wet moeten leveren, zou bij elkaar en met elkaar in verband gebracht een heel behoorlijke maatschappelijke verslaggeving vormen. Er is dan ook overwogen een bepaling op te nemen die verplicht deze informatie te integreren in één maatschappelijke verantwoording.

Omdat met name de Europese richtlijnen voor het jaarrekeningenrecht verhinderen nadere eisen te stellen aan jaarrekeningen en jaarverslagen van buitenlandse (zorg)verzekeraars, is hiervan afgezien. De wet staat een maatschappelijke verantwoording op basis van vrijwilligheid niet in de weg en hopelijk zal op die wijze toch een maatschappelijke verantwoording tot stand komen (zie ook de opmerkingen over de code «Health Insurance Governance» hierboven).

## **Hoofdstuk 5 Het Zorgverzekeringsfonds, de inkomensafhankelijke bijdrage, de rijksbijdragen en de belasting van gemoedsbezwaarden**

### *Paragraaf 5.1 Het Zorgverzekeringsfonds*

#### **Artikel 39 (instelling, inkomsten en uitgaven Zorgverzekeringsfonds)**

##### *eerste lid*

Het eerste lid stelt het Zorgverzekeringsfonds in. Het CVZ beheert het fonds (art. 40).

##### *tweede lid*

In het tweede lid worden de inkomsten van het Zorgverzekeringsfonds geregeld. De belangrijkste inkomsten betreffen de door de Belastingdienst geheven inkomensafhankelijke bijdragen, bedoeld in paragraaf 5.2, en de in verband daarmee door de Belastingdienst geïnde boeten en renten (onderdeel a; zie ook art. 52). Een andere belangrijke bron betreft de jaarlijkse rijksbijdrage in de financiering van de verzekering voor personen jonger dan achttien jaar (onderdeel b; zie ook art. 54). Artikel 55 bevat de mogelijkheid in geval van molest een rijksbijdrage ter beschikking te stellen. Ook deze rijksbijdrage zal in het Zorgverzekeringsfonds worden gestort (onderdeel c). Hetzelfde geldt voor het geld waarvoor het Rijk ingevolge artikel 31, derde lid, aansprakelijk is: in geval van toepassing van de noodregeling of van faillissement van de zorgverzekeraar wordt een rijksbijdrage, ter hoogte van het verschil tussen de door het CVZ aan de verzekerde voldane vorderingen en het bedrag dat het CVZ op de (boedel van de) zorgverzekeraar uitwint, in het Zorgverzekeringsfonds gestort (onderdeel c, zie ook art. 56). Daarnaast worden de bijdragevervangende belastingen, geheven van personen die wegens gemoedsbezwaren van de verzekeringsplicht zijn ontheven (art. 57) in het Zorgverzekeringsfonds gestort (onderdeel d). Op grond van onderdeel e dient het CVZ uiteraard ook de door hem uitgewonnen bedragen in het fonds te storten. Voorts worden in het fonds gestort de bijdragen die het CVZ op grond van artikel 69, tweede lid, heft van in het buitenland wonende niet-verzekeringsplichtigen die op grond van het internationale recht aanspraak hebben op geneeskundige zorg of vergoeding van de kosten daarvan, zoals voorzien in de wetgeving over de verzekering voor geneeskundige zorg van hun woonland (onderdeel f). De situatie kan zich voordoen dat iemand in Nederland woont en op grond van een internationale overeenkomst, bijvoorbeeld een bilateraal verdrag inzake sociale zekerheid, een zogenaamde verdragsaanspraak heeft op tot het Zvw-pakket behorende zorg of andere diensten in Nederland (zie ook hoofdstuk VI van de algemene toelichting). In de regel zal het land ten laste waarvan betrokkene verstrekkingen inroept premie inhouden bij de betrokkene en aan Nederland een bedrag betalen dat bestaat uit de gemiddelde kosten van de zorgconsumptie per verzekerde. Dit bedrag komt op grond van onderdeel g aan het Zorgverzekeringsfonds ten goede. Onderdeel h, ten slotte,

bepaalt dat op grond van deze wet opgelegde en geïnde dwangsommen en boeten (hoofdstuk 9) in het Zorgverzekeringsfonds worden gestort.

#### *derde lid*

Het derde lid regelt de uitgaven van het Zorgverzekeringsfonds. Allereerst worden uit het Zorgverzekeringsfonds de vereveningsbijdragen, bedoeld in artikel 32 en 34 betaald. Hetzelfde geldt voor eventuele tussentijdse bijdragen, als bedoeld in artikel 33 (onderdeel a). Ook door het CVZ te verstrekken subsidies als bedoeld in artikel 68 komen ten laste van het Zorgverzekeringsfonds (onderdeel b), alsmede het bedrag aan vorderingen op de zorgverzekeraar die het CVZ op grond van artikel 31, eerste lid, voldoet (onderdeel c). Deze uitgaven worden op een later moment weer door inkomsten gedekt (zie het tweede lid, onderdelen c en e). Op grond van het tweede lid, onderdeel c, van voorliggend artikel, juncto artikel 55, kan in geval van molest een rijksbijdrage in het Zorgverzekeringsfonds worden gestort. Onderdeel d van het derde lid zorgt er vervolgens voor, dat uitgaven in verband met dergelijk molest ten laste van het Zorgverzekeringsfonds kunnen worden gebracht. Onderdeel e vormt het spiegelbeeld van onderdeel g van het tweede lid. In deze gevallen gaat het om vaste bedragen die Nederland aan een ander land betaalt omdat iemand in een verdragsland ten laste van Nederland een zogenaamde verdragsaanspraak heeft.

#### *vierde lid*

Het vierde lid bepaalt, net als dat in artikel 1q, derde lid, onderdeel d, Zfw is gedaan, dat uit het Zorgverzekeringsfonds volgens bij ministeriële regeling te stellen regels middelen worden gebruikt voor het vormen en instandhouden van een reserve.

### **Artikel 40 (beheer Zorgverzekeringsfonds en geïntegreerd middelenbeheer)**

Bij de wet tot wijziging van de Organisatiewet sociale verzekeringen 1997 en enige andere wetten in verband met het integreren van het middelenbeheer van de sociale fondsen (geïntegreerd middelenbeheer; Stb. 1997, 706) is het geïntegreerd middelenbeheer ingevoerd voor de middelen van de Algemene Kas in de Zfw. De destijds in de Zfw opgenomen bepaling is later overgenomen in artikel 1r van de Zfw en is thans opgenomen in voorliggend artikel. De enige meer dan redactionele wijziging is, dat conform hetgeen is bepaald in artikel 7.4.2, vierde lid, Wfsv, in het zesde lid van artikel 40 is bepaald dat het CVZ *uitsluitend* gebruik maakt van de kredietfaciliteiten van de Minister van Financiën.

Voor een uitgebreide toelichting op de werking van de bepaling moge volstaan worden met verwijzing naar de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel dat tot eerdergenoemde wet heeft geleid (Kamerstukken II 1996/97, 25 342, nr. 3). Daaraan is het volgende ontleend. Met het geïntegreerde middelenbeheer blijft de beschikkingsmacht over het saldo in de rekening-courant geheel bij de fondsbeheerder. Het Ministerie van Financiën is niet bevoegd zelfstandig bedragen van de rekening-courant op te nemen, met uitzondering van het op afgesproken momenten belasten van de rekening met debetrente. Andere betalingen kunnen uitsluitend geschieden bij opdracht van de fondsbeheerder. Het Rijk zal de betalingsopdrachten van de fondsbeheerders, gegeven het feit dat de beschikkingsmacht te allen tijde bij de fondsbeheerders blijft, steeds zonder voorbehoud uitvoeren. De fondsbeheerders blijven gehouden aan de verplichting tot het afleggen van rekening en verantwoording. Op deze wijze blijven de fondsbeheerders verantwoordelijk voor het fondsbeheer als geheel,

echter de beleggingsactiviteiten maken geen deel meer uit van het fondsbeheer. (Zoals uit het eerste lid blijkt, is de fondsbeheerder in casu het CVZ.)

### *Paragraaf 5.2 De inkomensafhankelijke bijdrage*

#### *Algemeen*

Naast de (nominale) premie die de verzekeringnemer verschuldigd is aan de zorgverzekeraar, is iedere verzekeringsplichtige een inkomensafhankelijke bijdrage verschuldigd over diens zogenoemde bijdrage-inkomen. Het gaat hierbij in beginsel om de belastbare winst uit onderneming, de inkomsten uit tegenwoordige of vroegere arbeid, het belastbare resultaat uit overige werkzaamheden en de belastbare periodieke uitkeringen en verstrekkingen. Indien er geen sprake is van zodanige inkomsten, is er geen bijdrage verschuldigd. De bijdrage is verschuldigd ongeacht of de verzekeringsplichtige werkelijk een zorgverzekering heeft. De verschuldigde bijdrage wordt geheven door de Belastingdienst.

Met de heffing van de inkomensafhankelijke bijdrage wordt aangesloten bij de heffingssystematiek van de Wfsv. Inhoudingsplichtigen geven de te betalen bijdrage over de aan de loonheffing onderworpen inkomsten aan via één gecombineerde aangifte van loonbelasting, premie volksverzekeringen, bijdrage Zvw en premies werknemersverzekeringen. De inhoudingsplichtige berekent zelf de verschuldigde belasting en premies en draagt deze per aangiftetijdvak af aan de Belastingdienst. Voor de te betalen bijdrage over de overige inkomsten (winst, resultaat overige werkzaamheden, periodieke uitkeringen en niet aan de loonheffing onderworpen loon) wordt – net zoals voor de premieheffing volksverzekeringen is geregeld in de Wfsv – voor de heffing aangesloten bij de systematiek voor de inkomstenbelasting.

De voor de zorgverzekering verschuldigde inkomensafhankelijke bijdrage is verschuldigd door de verzekeringsplichtige die de desbetreffende inkomsten geniet. Het kabinet heeft in zijn Hoofdlijnenakkoord vastgelegd dat de helft van de lasten van de zorgverzekering worden gefinancierd door een inkomensafhankelijke bijdrage. Net als in de huidige Zfw moeten de werkgevers hier aan bijdragen. Daarom is bepaald dat de werknemer jegens zijn werkgever recht heeft op vergoeding van de bijdrage die de betreffende werknemer over het nader aan te wijzen deel van zijn loon verschuldigd is<sup>1</sup>. Op deze wijze dragen de werkgevers bij aan de financiering van de Zvw. Voor personen die bepaalde aangewezen uitkeringen ontvangen, geldt dat zij recht hebben op vergoeding van de bijdrage door de uitkeringsinstantie.

De door de werkgever/uitvoeringsinstantie aan de werknemer/uitkeringsgerechtigde betaalde vergoeding behoort tot het fiscale loon van de werknemer/uitkeringsgerechtigde. De werknemer/uitkeringsgerechtigde is daar loonheffing over verschuldigd, die net als de bijdrage door de werkgever/uitkeringsinstantie wordt ingehouden en afgedragen aan de Belastingdienst.

In andere dan de hiervoor genoemde gevallen, draagt de verzekeringsplichtige de inkomensafhankelijke bijdrage zelf.

#### *Hoogte van de bijdrage*

De bijdrage bedraagt een percentage van het bijdrage-inkomen. Het percentage wordt jaarlijks door de Ministers van VWS, Financiën en Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) tezamen vastgesteld en kan voor daarbij aan te geven inkomensbestanddelen in hoogte verschillen. Ter voorkoming van ongewenste inkomenseffecten zal in beginsel voor alle inkomensbestanddelen waarover thans geen Zfw-premie is verschuldigd, tijdelijk een lager percentage gelden. In 2006 zal dit percentage op nihil worden gesteld. Gelet op de uit het Verdrag van Seattle voort-

---

<sup>1</sup> In het algemene deel van deze toelichting wordt deze vergoeding van de werkgever «de werkgeversbijdrage» genoemd.

vloeiende verplichting van de reder om de geneeskundige verzorging voor zijn werknemers aan boord van het schip te betalen, ligt het in de rede om ook voor de inkomensafhankelijke bijdrage over het loon van deze zeelieden een lager percentage vast te stellen.

#### *Heffingsgrondslag en wijze van heffing*

Als gezegd wordt de voor de zorgverzekering verschuldigde bijdrage geheven door de Belastingdienst. Waar mogelijk vindt zogenaamde bronheffing plaats. Dit houdt in dat de uitbetalende instantie (werkgever of uitkeringsinstantie) de verschuldigde bijdrage inhoudt en afdraagt aan de Belastingdienst.

Er is voor gekozen om niet helemaal van dezelfde grondslag uit te gaan als in de huidige Zfw. De heffingssystematiek van de Zfw sluit niet aan bij die van de belastingheffing. De aansluiting bij de premiegrondslag van de Zfw zou – gelet op de uitbreiding van de kring van verzekerden – bovendien rechtsongelijkheid met zich brengen. Met het oog op de eenvoud van de uitvoering en het voorkomen van rechtsongelijkheid is voor de vaststelling van de grondslag in beginsel uitgegaan van de bestanddelen van het inkomen uit werk, overeenkomstig de wettelijke bepalingen van de Wet inkomstenbelasting 2001 (Wet IB 2001), waarbij derhalve is aangesloten op bestaande begrippen in de belastingheffing.

Indien er een *inhoudingsplichtige* is voor de loonbelasting dan wel voor de premieheffing sociale verzekeringen, wordt de verschuldigde bijdrage geheven overeenkomstig de regels die gelden voor de loonheffing. De inkomensgerelateerde bijdrage wordt in dat geval geheven over het overeenkomstig de wettelijke bepalingen van de loonbelasting vastgestelde belastbare loon, verminderd met de van de werkgever/uitkeringsinstantie ontvangen vergoeding van de bijdrage en met uitzondering van loonbestanddelen die in de zogenoemde eindheffing zijn betrokken. Deze heffing loopt samen met de heffing van de loonbelasting, premie volksverzekeringen en werknemersverzekeringen in één gecombineerde aangifte.

Indien het gaat om ander inkomen dan het bovengenoemde looninkomen wordt de verschuldigde bijdrage geheven overeenkomstig de regels die gelden voor de heffing inkomstenbelasting. Dit geldt voor de inkomensgerelateerde bijdrage over:

1. het overeenkomstig de wettelijke bepalingen van de loonbelasting vastgestelde belastbare loon, verminderd met de van de werkgever/uitkeringsinstantie ontvangen vergoeding van de bijdrage en met uitzondering van loonbestanddelen die in de zogenoemde eindheffing zijn betrokken, voor zover dit inkomen niet van een inhoudingsplichtige in de zin van de loonbelasting dan wel de Wfsv is ontvangen (van een buitenlandse werkgever ontvangen loon),
2. loon, bepaald volgens de regels van artikel 3.82 van de Wet IB 2001 (auto van de zaak, buitenlandse pensioenen)
3. belastbare winst uit onderneming, bepaald volgens de regels van afdeling 3.2 van de Wet IB 2001 (zelfstandige ondernemers, vrije beroepsbeoefenaren);
4. belastbaar resultaat uit overige werkzaamheden, bepaald volgens de regels van afdeling 3.4 van de Wet IB 2001 (freelancers, alfhulpen enz.);
5. periodieke uitkeringen en verstrekkingen, bepaald volgens de regels van afdeling 3.5 van de Wet IB 2001, zoals alimentatie-uitkeringen.

Deze heffing loopt in beginsel samen met de heffing op grond van de Wet IB 2001. Net als bij de heffing van de inkomstenbelasting wordt er geen

aanslag voor de Zvw opgelegd, indien de in beginsel op aanslag verschuldigde bijdrage niet hoger is dan de zogenoemde aanslaggrens (in 2004: € 217).

De verzekeringsplichtige is ook geen bijdrage op aanslag verschuldigd indien via de loonheffing reeds de voor dat jaar vastgestelde maximum bijdrage is ingehouden (zie hierna).

Ook indien iemand in Nederland niet aan de loon- en inkomstenbelasting is onderworpen, maar wel verzekeringsplichtig is, vindt de inhouding respectievelijk de heffing op de bovengenoemde wijze plaats. Met de in artikel 43 gehanteerde formulering is het voor de vaststelling van de grondslag voor de inkomensafhankelijke bijdrage niet van belang of deze wel of (in verband met het ontbreken van de belastingplicht) niet daadwerkelijk in aanmerking is genomen bij de belastingheffing.

#### *Maximering inkomensgerelateerde bijdrage*

De bijdrage is verschuldigd tot ten hoogste een bij ministeriële regeling vast te stellen bedrag per jaar. De hoogte komt ongeveer overeen met de huidige premiegrens Zfw, en het bedrag zal vervolgens jaarlijks worden aangepast.

Indien in één tegenwoordige of vroegere dienstbetrekking meer loon wordt verdiend dan het maximumbedrag waarover bijdrage verschuldigd is, mag de werkgever/uitkeringsinstantie stoppen met het inhouden en afdragen van de bijdrage over het meerdere.

Bij samenloop van loon uit meerdere dienstbetrekkingen, kan de inhoudingsplichtige of de verzekerde zich na afloop van het kalenderjaar tot de Belastingdienst wenden om teruggave van teveel betaalde bijdrage te vragen. Indien het een teruggave betreft van een bijdrage die de inhoudingsplichtige op grond van artikel 46 dient te vergoeden, vindt de teruggave plaats aan de inhoudingsplichtige. Voor zover het gaat om inkomen dat onder de loonheffing valt, waarbij geen recht bestaat op vergoeding van de bijdrage, vindt teruggave plaats aan de werknemer. Naar analogie van hetgeen is geregeld ten aanzien van de teruggaaf van teveel betaalde premies werknemersverzekeringen in de Wfsv, voert de Belastingdienst deze teruggaveregeling uit. Het is eveneens mogelijk om vooraf aan de Belastingdienst toestemming te vragen om de inhoudingsplichtige geen bijdrage meer te laten inhouden, zodra – rekening houdend met de door de andere inhoudingsplichtigen ingehouden bijdrage – de maximumbijdrage is of zal zijn ingehouden. Indien de maximumbijdrage reeds is betaald in de sfeer van de loonheffing, is de verzekeringsplichtige geen Zvw-bijdrage op aanslag verschuldigd.

#### **Artikel 41 (verplichte bijdrage van verzekeringsplichtigen)**

Artikel 41 bepaalt dat de verzekeringsplichtige ingevolge de Zvw een inkomensafhankelijke bijdrage verschuldigd is (naast de premie die de verzekeringnemer op grond van de artikelen 16 en 17 aan de zorgverzekeraar verschuldigd is).

#### **Artikel 42 (grondslag van de bijdrage)**

Artikel 42 geeft aan dat de inkomensafhankelijke bijdrage geheven wordt over het (krachtens artikel 43 nader vast te stellen) bijdrage-inkomen.



### **Artikel 43 (bijdrage-inkomen) en artikel 44 (herziening maximumbijdrage-inkomen)**

In artikel 43 wordt het bijdrage-inkomen bepaald. Het wordt in zijn algemeenheid gevormd door het inkomen uit tegenwoordige en vroegere arbeid.

Zoals in het algemene deel van deze toelichting is aangegeven wordt geheven over:

- a. Het overeenkomstig de wettelijke bepalingen van de loonbelasting vastgestelde belastbare loon, verminderd met de van de werkgever/uitkeringsinstantie ontvangen vergoeding van de bijdrage en met uitzondering van loonbestanddelen die in de zogenoemde eindheffing zijn betrokken, voor zover dit inkomen niet van een inhoudingsplichtige in de zin van de loonbelasting dan wel de Wfsv is ontvangen (van een buitenlandse werkgever ontvangen loon);
- b. Loon, bepaald volgens de regels van artikel 3.82 van de Wet IB 2001 (auto van de zaak, buitenlandse pensioenen)
- c. belastbare winst uit onderneming, bepaald volgens de regels van afdeling 3.2 Wet IB 2001 (zelfstandige ondernemers, vrije beroepsbeoefenaren);
- d. belastbaar resultaat uit overige werkzaamheden, bepaald volgens de regels van afdeling 3.4 Wet IB 2001 (freelancers, alfhulpen enz.);
- e. periodieke uitkeringen en verstrekkingen, bepaald volgens de regels van afdeling 3.5 van de Wet IB 2001, zoals alimentatie-uitkeringen.

Het bijdrage-inkomen wordt ten minste op nihil gesteld. Dat betekent dat geen verrekening over de jaargrens plaatsvindt, indien de som van de bovengenoemde inkomensbestanddelen per saldo tot een negatief resultaat leidt. Wel kunnen negatieve inkomensbestanddelen worden verrekend met het in hetzelfde jaar genoten positieve inkomensbestanddelen. Volledigheidshalve wordt opgemerkt dat geen verrekening kan plaatsvinden tussen inkomensbestanddelen die in de inhoudingsfeer worden meegenomen enerzijds en inkomensbestanddelen die in de aanslagsfeer worden meegenomen anderzijds.

De bijdrage wordt ten hoogste geheven over een bij ministeriële regeling vast te stellen bedrag. Het kabinet stelt zich voor daarbij de huidige premiegrens van de ziekenfondsverzekering als uitgangspunt te nemen. Het bedrag zal jaarlijks worden bijgesteld aan de hand van het indexcijfer der lonen. Deze aanpassingssystematiek wordt in de huidige ziekenfondsverzekering gebruikt voor de jaarlijkse aanpassing van de loongrens, waarvan het maximum premie-inkomen wordt afgeleid.

### **Artikel 45 (tarief)**

Op grond van artikel 45, tweede lid, wordt bij ministeriële regeling het percentage van de inkomensgerelateerde bijdrage vastgesteld.

Artikel 45, derde lid, opent de mogelijkheid om het percentage in eerder bedoelde ministeriële regeling naar inkomensbestanddelen te differentiëren. Zoals eerder is aangegeven, zal ter voorkoming van ongewenste inkomenseffecten voor bepaalde inkomensbestanddelen waarover thans geen Zfw-premie is verschuldigd, tijdelijk een lager percentage gelden. In 2006 zal dit percentage op nihil worden gesteld.

Verder zou van de in dit artikel opgenomen delegatiebevoegdheid gebruik kunnen worden gemaakt voor het loon van werknemers voor wie, buiten de in deze wet geregelde verzekering om, al een substantieel deel van de zorg die op grond van deze wet dient te worden voorzien, wordt betaald door hun werkgever. Hierbij wordt op dit moment vooral aan de redersverplichting gedacht. Ten gevolge van het in 1946 gesloten Verdrag van Seattle geldt voor reders namelijk dat zij de kosten van geneeskundige verzorging die hun zeelieden tijdens het verrichten van hun werk nodig hebben, op zich nemen. Indien de reders deze zorg voor eigen rekening

blijven verlenen, ligt een lagere werkgeversbijdrage (en dus een lagere inkomensafhankelijke bijdrage) voor de hand.

Het vierde lid verwoordt het in het Hoofdlijnenakkoord weergegeven uitgangspunt, dat werkgevers de helft van de totale macropremielast van deze wet betalen. Het begrip «totale macropremielast» kan zoveel elementen bevatten (te weten in ieder geval: de inkomensafhankelijke bijdragen, de (nominale) premies, de eigen betalingen en de rijksbijdrage voor de kinderen), dat het niet goed mogelijk is dit begrip bij de wet te regelen. De totale macropremielast – welke, om verwarring met de (nominale) premie te voorkomen, in het vierde lid «de som van bij ministeriële regeling te bepalen, ten gunste van het Zorgverzekeringsfonds of van de zorgverzekeraars komende inkomsten» wordt genoemd, zal daarom bij ministeriële regeling worden bepaald. Het vierde lid regelt dat de bijdragepercentages, en daarmee de som van de inkomensafhankelijke bijdragen, zodanig worden vastgesteld, dat deze som 50% van de bij ministeriële regeling te bepalen macropremielast bedraagt.

Het is mogelijk dat de bedragen waar in de ministeriële regeling, bedoeld in het vierde lid, van wordt uitgegaan, achteraf gezien niet juist waren. Zo kunnen verzekeraars andere (nominale) premies blijken te hebben vastgesteld dan waar de Minister van VWS, in overeenstemming met de ministers van SZW en Financiën, voor de vaststelling van het bijdragepercentage van was uitgegaan. In dat geval zal achteraf blijken dat de som van de inkomensafhankelijke bijdragen over het desbetreffende jaar niet 50% van de werkelijke macropremielast heeft bedragen. Het vijfde lid regelt dat er dan gecorrigeerd wordt door middel van verrekening met het bijdragepercentage voor een later jaar. Het doel van hetgeen vermeld is in het vierde en vijfde lid is enerzijds zeker stellen dat de verhouding tussen het deel van de lasten van de Zvw dat wordt gedragen door burgers en bedrijven in evenwicht blijft. Daarnaast heeft met name het vijfde lid ten doel om aan verzekeraars zekerheid te geven over het deel van de kosten dat zij via nominale premies moeten dekken. Door de bijdragepercentages en daarmee de som van de inkomensafhankelijke bijdragen op bovenvermelde wijze vast te stellen, is het immers mogelijk om de bijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds op een zodanig wijze vast te stellen dat de verzekeraar weet waaraan hij toe is. De totale macropremielast wordt bij ministeriële regeling vastgesteld om het corrigeren van oude jaren eenvoudig mogelijk te maken. Via deze ministeriële regeling worden dus niet de kosten van de zorg beheerst, anders dan via het bieden van zekerheid aan verzekeraars.

#### **Artikel 46 (vergoeding door inhoudingsplichtige)**

Artikel 46 regelt de tegemoetkoming van de inhoudingsplichtige werkgever in de bijdragelasten van zijn werknemer. Bij ministeriële regeling zal worden bepaald over welke bestanddelen van het tot het bijdrage-inkomen behorende loon de werkgever of uitkeringsinstantie een vergoeding van de inkomensafhankelijke bijdrage aan de verzekeringsplichtige moet betalen. Het zal daarbij in beginsel gaan om loon uit tegenwoordige dienstbetrekking en om uitkeringen waarvan de uitkeringsinstantie in het kader van de huidige ziekenfondsverzekering het werkgeversdeel van de procentuele ziekenfondspremie verschuldigd is.

#### **Artikel 47 (aanvullende regeling)**

Artikel 47 bevat een delegatiebepaling op grond waarvan nadere regels met betrekking tot de inkomensafhankelijke bijdrage kunnen worden gesteld. Deze zullen met name ook betrekking hebben op de uitvoeringsaspecten van de inkomensafhankelijke bijdrage.

**Artikel 48 (heffing door Belastingdienst), artikel 49 (heffing via inhouding of bij wege van aanslag) en artikel 51 (invordering)**

In de artikelen 48, 49 en 51 wordt bepaald dat de verschuldigde inkomensafhankelijke bijdrage door de Belastingdienst wordt geheven en ingevorderd. Evenals dat voor de Ziektewet, de Werkloosheidswet en de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering in de Wfsv is geregeld, geschiedt dit overeenkomstig het systeem voor de heffing en de invordering van loonbelasting en de daarbij geldende regels voor zover het bijdrage-inkomen aan loonheffing is onderworpen. Daarbij gaat het in het bijzonder om de regels van hoofdstuk IV van de Wet LB 1964, de bepalingen van de Algemene wet inzake rijksbelastingen (AWR) en de Invorderingswet 1990. Dit betekent met name dat de verschuldigde bijdrage na afloop van het aangiftetijdvak op aangifte door de inhoudingsplichtige wordt afgedragen. Voor zover de bijdrage op het loon van de werknemer wordt ingehouden, vindt deze inhouding conform de inhouding van de loonbelasting per loontijdvak plaats en worden de in een aangiftetijdvak ingehouden bijdragen vervolgens op aangifte afgedragen. Indien de inhoudingsplichtige niet aan zijn verplichtingen voldoet door op het loon geen bijdrage in te houden en af te dragen, wordt de verzekeringsplichtige niet zelf door de Belastingdienst voor de betaling van de bijdrage over het loon aangeslagen. Ingeval de Belastingdienst bij controle vaststelt dat de inhoudingsplichtige te weinig bijdrage heeft afgedragen, zal de bijdrage bij de inhoudingsplichtige worden nageheven.

Voor zover het bijdrage-inkomen niet onderworpen is aan loonheffing, geschiedt de heffing en invordering overeenkomstig het systeem voor de heffing en invordering van inkomstenbelasting.

Hiermee wordt aansluiting gezocht bij de Wfsv waarin is bepaald dat, voor zover de premieplichtige geen loon geniet in de zin van de Wet LB 1964, de premie bij wege van aanslag wordt geheven met overeenkomstige toepassing van de voor de heffing van de inkomstenbelasting geldende regels. Door de voor de heffing van de inkomstenbelasting geldende regels van overeenkomstige toepassing te verklaren, wordt tevens bewerkstelligd dat er geen heffing en invordering van de Zvw-bijdrage plaatsvindt, indien de bijdrage Zvw niet meer bedraagt dan het op grond van artikel 9.4 van de Wet IB 2001 vastgestelde bedrag (in 2004 € 217). De Belastingdienst zal de eerste (voorlopige) aanslagen op grond van de Zvw vanaf medio 2006 opleggen.

De verzekeringsplichtige is ook geen bijdrage op aanslag verschuldigd indien via de loonheffing reeds de voor dat jaar vastgestelde maximum bijdrage is voldaan.

**Artikel 50 (inhouding bijdrage over een te hoog bijdrage-inkomen)**

Artikel 50 betreft de situatie dat een verzekeringsplichtige gelijktijdig bijdrage-inkomen geniet van verschillende werkgevers of uitkeringsinstanties. Bijvoorbeeld een verzekeringsplichtige ontvangt een pensioen en heeft daarnaast nog een dienstbetrekking. Indien blijkt dat voor de Zvw in totaal meer procentuele bijdrage is ingehouden en afgedragen dan op grond van artikel 43, tweede lid, verschuldigd is, wordt de teveel betaalde bijdrage op aanvraag van de inhoudingsplichtige dan wel de verzekeringsplichtige terugbetaald. De Belastingdienst voert deze terugbetalingsregeling uit. De verzekeringsplichtigen met meer inkomensbronnen waarop inhouding van de inkomensafhankelijke bijdrage plaatsvindt, moeten zelf goed opletten of voor hen in totaal teveel bijdrage is ingehouden en afge-

dragen. Indien dat het geval is, kunnen zij een verzoek tot terugbetaling van teveel betaalde bijdrage indienen bij de Belastingdienst.

Indien het een teruggave betreft van een bijdrage, die de inhoudingsplichtige op grond van artikel 46 dient te vergoeden, vindt de terugbetaling van de teveel betaalde bijdrage in lijn met de Wfsv aan de inhoudingsplichtige plaats.

Bij terugbetaling van te veel afgedragen bijdrage wordt een rangorde aangehouden. In voorkomende gevallen wordt eerst de bijdrage die door de werkgever(s)/uitkeringsinstantie(s) is ingehouden en afgedragen, naar evenredigheid aan de door die werkgever(s)/uitkeringsinstantie(s) ingehouden bedragen toegerekend. Daarbij wordt de teveel ingehouden bijdrage zoveel mogelijk toegerekend aan de inkomensafhankelijke bijdrage over bijdrage-inkomen waarvoor de verzekeringsplichtige geen recht heeft op een vergoeding van de werkgever/uitkeringsinstantie.

Op grond van het vierde lid is het eveneens mogelijk om toestemming te vragen om de inhoudingsplichtige geen bijdrage meer te laten inhouden, zodra – rekening houdend met de door andere inhoudingsplichtigen ingehouden bijdragen – de maximumbijdrage is ingehouden.

De beschikkingen die de inspecteur van de rijksbelastingdienst in het kader van de Zvw op grond van de Wet LB 1964 of de Wet IB 2001 zal nemen, vallen onder het rechtsbeschermingsregime van de AWR. Dat regime houdt in, dat alleen de in de Zvw expliciet als zodanig aangemerkte beschikkingen voor bezwaar vatbaar zijn. In de Zvw betreft het de twee beschikkingen genoemd in artikel 50, eerste en vierde lid, van de Zvw.

#### **Artikel 52 (bijdrage-afdracht en toerekening)**

In artikel 52 is een delegatiebepaling opgenomen in verband met de afdracht door de Belastingdienst van bijdragen, bestuurlijke boeten en renten aan het Zorgverzekeringsfonds. Door de Minister van VWS en de Minister van Financiën worden regels gesteld omtrent de afdracht en de wijze van toerekening.

#### **Artikel 53 (aanvullende regeling)**

Artikel 53 geeft de Minister van VWS de mogelijkheid om in overeenstemming met de Ministers van Financiën en van SZW nadere regels met betrekking tot de heffing en de invordering van de inkomensafhankelijke bijdragen te stellen. Ook deze nadere regels zullen met name betrekking hebben op de uitvoeringsaspecten.

#### *Paragraaf 5.4 De rijksbijdragen aan het Zorgverzekeringsfonds*

#### **Artikel 54 (rijksbijdrage voor de zorgverzekering van personen jonger dan achttien jaar)**

De belangrijkste rijksbijdrage aan het Zorgverzekeringsfonds is de jaarlijkse bijdrage die gegeven wordt in de financiering van de zorgverzekering voor verzekerden jonger dan achttien jaar. Voor hun verzekering is immers geen premie verschuldigd. Macro gezien zal de rijksbijdrage ongeveer gelijk zijn aan de helft van de jaarlijks te rammen gemiddelde premie, vermenigvuldigd met het aantal personen jonger dan achttien jaar.

## **Artikel 55 (mogelijkheid rijksbijdrage bij molest)**

Zoals in de toelichting op artikel 11 is aangegeven, mogen schaden wegens oorlogsmolest niet privaatrechtelijk verzekerd worden. Schaden ten gevolge van terrorisme mogen wel verzekerd worden, voor zover althans de Minister van Financiën niet heeft bepaald dat dat niet of slechts gedeeltelijk mag. De Zvw sluit hier op aan. Dat betekent dat zorgbehoeften ontstaan ten gevolge van oorlogsmolest niet verzekerd zijn, en dat zorgbehoeften ontstaan ten gevolge van terrorisme, na een ingreep van de Minister van Financiën, niet of slechts voor een deel verzekerd kunnen zijn.

Voorliggend artikel opent de mogelijkheid om in geval van oorlogsmolest of terrorisme, toch geld beschikbaar te stellen om behoeften aan zorg te lenigen. Dit geschiedt buiten de verzekering om. De beschikbaarstelling geschiedt in de vorm van een rijksbijdrage aan het Zorgverzekeringsfonds. De hoogte van de bijdrage wordt door de Minister van VWS, in overeenstemming met de Minister van Financiën, bepaald. De reden voor de betrokkenheid van laatstgenoemde Minister is, dat er in geval van oorlogsmolest of (zwaar) terrorisme naar verwachting meer soorten schaden zullen zijn, dan schaden aan de gezondheid van burgers. Denk bijvoorbeeld aan schade aan de infrastructuur of schade aan woningen. Het is in dergelijke gevallen een belangrijke taak van de Minister van Financiën om, tezamen met de ministers van de betrokken vakdepartementen, te bepalen voor welke schaden in welke mate met welke prioriteit overheidsmiddelen dienen te worden aangewend.

Gegeven de beschikbare bijdrage, is het vervolgens aan de Minister van VWS om te bepalen voor welke zorg of andere diensten deze mag worden gebruikt, hoe de betaling geschiedt (direct aan de zorgaanbieder of anders) en onder welke voorwaarden en op welke wijze die betaling geschiedt (tweede lid). De ministeriële regeling wordt in principe uitgevoerd door het CVZ, dat immers ook het Zorgverzekeringsfonds beheert. Echter, het is van belang dat zonedig gebruik kan worden gemaakt van de infrastructuur die met deze wet voor de uitvoering van de zorgverzekering is gecreëerd. Daarom is in het derde lid geregeld dat via de ministeriële regeling tevens de zorgverzekeraars kunnen worden ingeschakeld. Het zal hier voor de zorgverzekeraars niet om het uitvoeren van een verzekering gaan, maar om het uitvoeren van nevenactiviteiten. Aangezien in de eerste richtlijn schadeverzekering is bepaald dat verzekeraars op het verrichten van nevenactiviteiten geen risico mogen lopen, is in het derde lid geregeld dat in de ministeriële regeling tevens wordt bepaald tegen welke vergoeding een dergelijke inschakeling geschiedt. Daarbij wordt hier wel al direct opgemerkt dat het, gezien de situaties waarin dit artikel zal worden toegepast, niet uitgesloten is dat de Minister zich in een bepaalde situatie gedwongen kan voelen in het kader van het algemeen belang de medewerking van de zorgverzekeraars te vorderen zonder dat daar volledige voldoening van de uitvoeringskosten tegenover staat. Het Europese recht staat dit, mits aan de voorwaarden van objectieve noodzakelijkheid en proportionaliteit wordt voldaan, toe.

## **Artikel 56 (mogelijkheid rijksbijdrage bij betalingsonmacht zorgverzekeraar)**

In artikel 31, eerste lid, is bepaald dat het CVZ bij (dreigend) faillissement van een zorgverzekeraar, de vorderingen voldoet die verzekerden jegens die zorgverzekeraar hebben. In het derde lid van dat artikel staat dat het Rijk tegenover het CVZ aansprakelijk is voor de dientengevolge ontstane kosten. Voorliggend artikel zorgt ervoor dat hiertoe aan het Zorgverzekeringsfonds een bijdrage kan worden verstrekt. De hoogte van de bijdrage

is gelijk aan de voldane vorderingen, verminderd met het bedrag dat het CVZ als schuldeiser van de (overgenomen) vorderingen op (de boedel van) de zorgverzekeraar heeft weten uit te winnen.

#### *Paragraaf 5.5 Bijdragevervangende belasting gemoedsbezwaarden*

### **Artikel 57 (bijdragevervangende belasting gemoedsbezwaarden)**

De persoon die op zijn verzoek is ontheven van de verplichtingen op grond van de AWBZ, is niet verzekeringsplichtig ingevolge de Zvw. Doordat voor de kring van verzekeringsplichtigen op grond van de Zvw is aangesloten aan de kring van verzekerden ingevolge de AWBZ, is een afzonderlijk verzoek aan de SVB tot ontheffing van de verzekeringsplicht ingevolge deze wet niet nodig. Evenals geldt voor de premie ingevolge de AWBZ, wordt van de gemoedsbezwaarde persoon belasting geheven. Die heffing geschiedt met overeenkomstige toepassing van die bepalingen bedoeld in hoofdstuk 5 van de Wfsv, die zien op de heffing van premie-vervangende belastingen voor de volksverzekeringen (hoofdstuk 5 van de Wfsv verwijst wat dat betreft naar artikel 4.1.2 Wfsv). De hoogte van de belasting is gelijk aan de inkomensafhankelijke bijdrage die de gemoedsbezwaarde zou hebben moeten betalen, indien hij wél verzekeringsplichtig zou zijn geweest. De gemoedsbezwaarde werknemer heeft jegens zijn inhoudingsplichtige werkgever recht op vergoeding van de door hem in dit kader te betalen belasting. Volledigheidshalve wordt opgemerkt dat de over die vergoeding verschuldigde belasting wel voor rekening van de gemoedsbezwaarde werknemer komt.

### **Hoofdstuk 6. Het CVZ**

#### *Paragraaf 6.1 Algemene bepalingen*

### **Artikel 58 (instelling, algemene taakomschrijving)**

In de Zvw is het CVZ gehandhaafd als zelfstandig bestuursorgaan (zbo). In de paragrafen 6.1 en 6.3 is de inhoud van de Zfw-artikelen met betrekking tot de samenstelling, de algemene taakomschrijving, de werkwijze, de planning en de verslaglegging van het CVZ grotendeels ongewijzigd overgenomen.

Het eerste en tweede lid bepalen dat er een CVZ is, dat rechtspersoonlijkheid bezit en dat gevestigd is in een door de Minister te bepalen plaats. Het college wordt in en buiten rechte (zowel in privaatrechtelijke als in publiekrechtelijke zaken) vertegenwoordigd door de voorzitter (vierde lid).

In artikel 58, derde lid, is de algemene taak van het CVZ opgenomen: het uitvoeren van de taken die hem bij of krachtens de wet of internationale overeenkomst zijn opgedragen. Bij het eerste gaat het allereerst om taken die op grond van de Zvw aan het CVZ worden opgedragen. Een deel van deze taken is geregeld in paragraaf 6.2 van de Zvw, maar ook in hoofdstuk 4 (o.a. toekenning vereveningsbijdragen), hoofdstuk 5 (beheer Zorgverzekeringsfonds), hoofdstuk 8 (gegevensverstrekking) en hoofdstuk 9 (opleggen van bestuurlijke boeten) zijn taken van het CVZ geregeld. Daarnaast gaat het om taken in het kader van andere wetten, waarvan de belangrijkste de AWBZ en de Wfsv zijn. Bij taken, opgelegd bij of krachtens internationale overeenkomsten, kan gedacht worden aan de taak als internationaal verbindingskantoor, die voortvloeit uit door Nederland gesloten sociale-zekerheidsverdragen en Vo. 1408/71.

## **Artikel 59 (samenstelling)**

Het CVZ zal, net als thans, bestaan uit ten hoogste negen door de Minister te benoemen leden (eerste en tweede lid). Gebleken is dat dit aantal voldoende is voor een goede taakvervulling.

Benoeming geschiedt op basis van het bezitten van de deskundigheid die nodig is voor het uitvoeren van de taken van het college (derde lid). Ook maatschappelijke kennis en ervaring spelen uiteraard een rol. Hierbij kan gedacht worden aan deskundigheid, kennis en ervaring op het terrein van verzekeren, sociale zekerheid en gezondheidszorg.

Het vierde lid beperkt het aantal zittingsperioden van de leden tot ten hoogste drie. Daarmee is een evenwicht gezocht tussen de noodzaak van behoud van deskundigheid en continuïteit en de op zich ook wenselijke doorstroming, zodat nieuwe inzichten ook een kans krijgen.

In het vijfde lid is bepaald dat de Minister zich bij de benoeming van bestuursleden dient in te spannen om te komen tot een evenredige vertegenwoordiging van vrouwen en personen uit minderheidsgroepen in het college.

In het zesde lid is met het oog op het voorkomen van de schijn van belangenverstremgeling of gebrek aan onafhankelijkheid, bepaald dat een lid van het CVZ niet tevens lid kan zijn van het CTZ of de PVK. De onverenigbaarheid met het lidmaatschap van het CTZ is eerder al opgenomen in artikel 1b, derde lid, Zfw. Omdat de PVK, net als het CTZ, toezicht zal houden op de zorgverzekeraars (de PVK zal erop toezien dat de zorgverzekeraars aan hun uit de zorgverzekeringen voortvloeiende financiële verplichtingen kunnen voldoen, terwijl het CTZ erop zal toezien dat de zorgverzekeraars aan de bij en krachtens deze wet geregelde (overige) verplichtingen voldoen) is ook het lidmaatschap van de PVK met het CVZ-lidmaatschap onverenigbaar. Daarnaast wordt het onwenselijk geacht dat een CVZ-bestuurslid tevens directeur-generaal van de NMa is dan wel, indien de NMa zelfstandig bestuursorgaan (zbo) wordt, lid van het bestuur van de NMa is. De onverenigbaarheid van het CVZ-bestuurslidmaatschap met een beleidsbepalende functie bij de NMa zal, gezien de thans nog bestaande onduidelijkheid over de vraag of de NMa met ingang van 1 januari 2006 wel of geen zbo zal zijn, in de ministeriële regeling, bedoeld in het negende lid, onderdeel c, worden geregeld. In het algemene deel van deze toelichting is aangegeven dat er bij een afzonderlijke wet een Zorgautoriteit zal worden ingesteld. Zonodig zal, bij die wet of bij de ministeriële regeling, bedoeld in het negende lid, onderdeel c, geregeld worden dat het lidmaatschap van het CVZ onverenigbaar is met dat van de Zorgautoriteit.

De leden van het college zijn niet in dienst van het college en worden derhalve niet uit dien hoofde bezoldigd. Op grond van het negende lid, onderdeel a, zullen zij voor hun werkzaamheden een vergoeding ontvangen; ook leden van door het college ingestelde commissies komen voor een vergoeding in aanmerking. De vergoeding wordt ten laste gebracht van 's Rijks kas (art. 71, zevende lid). De bepalingen over de vergoeding van reis- en verblijfkosten en verdere vergoedingen zijn ontleend aan de Kaderwet adviescolleges.

## **Artikel 60 (bestuursreglement, commissies, openbaarheid vergaderingen)**

In het in het eerste lid voorgeschreven bestuursreglement, dat goedkeuring van de Minister behoeft, zal het CVZ onder andere de wijze en frequentie van vergaderen moeten regelen, alsmede hoe besluiten worden voorbereid, genomen en uitgevoerd. Ook dient te worden bepaald hoe werkafspraken met het CTZ, de PVK en – in de toekomst – de Zorgautoriteit worden gemaakt. Aangezien de bestuursreglementen van het CVZ en van het CTZ aan goedkeuring door de Minister zijn onderworpen, is tevens verzekerd dat de Minister op dit punt een vinger aan de pols kan houden.

Het spreekt voor zich dat het CVZ bij zijn werk zorgdraagt voor een goed contact met de uitvoeringspraktijk, bij voorkeur door bij zijn werkzaamheden de inbreng van praktijkdeskundigheid te waarborgen. Het bestuursreglement zal daarbij echter de onafhankelijke besluitvorming van het college moeten waarborgen; er mogen geen zodanige bestuurlijke bindingen met maatschappelijke organisaties ontstaan dat vermenging van belangen optreedt.

In het tweede lid is bepaald dat het CVZ zich voor de uitvoering van zijn taken van commissies kan bedienen, voor zover het bestuursreglement dat bepaalt. Als er commissies worden ingesteld, dienen in het bestuursreglement ingevolge het tweede lid bepalingen te worden opgenomen over de samenstelling en taken van de ingestelde commissies. Bevoegdheden van het college kunnen niet aan commissies worden overgedragen, maar wel kan het CVZ de commissies bij of krachtens het bestuursreglement mandaat verlenen om namens hem te besluiten. In het reglement zal daarnaast kunnen worden bepaald hoe met mandaatverlening aan leden van het college en medewerkers wordt omgegaan.

Leden van een commissie hoeven niet tevens lid te zijn van het college (derde lid).

In het vierde lid is vastgelegd dat de vergaderingen van het college in beginsel openbaar zijn. In het bestuursreglement kan worden bepaald welke vergaderingen niet openbaar zijn.

## **Artikel 61 (personeel CVZ)**

Het personeel van het CVZ, het CTZ, het College bouw zorginstellingen (CBZ), het College sanering zorginstellingen (CSZ) en het CTG is van oudsher ambtenaar in de zin van de Ambtenarenwet, maar ingevolge de Ambtenarenwet is het materieel ambtenarenrecht (titel III van de Ambtenarenwet) niet op hen van toepassing (zie art. 2, eerste lid, onderdeel r, s en u, van de Ambtenarenwet, wat betreft onderdeel s zoals dat onderdeel is komen te luiden na inwerkingtreding van de Wet toelating zorginstellingen). Deze situatie strookt niet met het in Aanwijzing voor de regelgeving (Ar) 124u gecodificeerde kabinetsbeleid, dat vergt dat ook het materiële ambtenarenrecht op het personeel van zbo's van toepassing is. Daarom wordt de rechtspositie van het personeel van het CVZ en het CTZ in voorliggend wetsvoorstel geregeld conform de eisen van Ar 124u. Via de Invoerings- en aanpassingswet Zvw zal hetzelfde worden geregeld voor het personeel van het CBZ, het CSZ en het CTG, en zullen eerdergenoemde onderdelen van artikel 2 van de Ambtenarenwet worden aangepast.

In de Invoerings- en aanpassingswet Zvw zal worden voorzien in een overgangperiode van vier jaar. Gedurende deze periode zullen de besturen van de vijf colleges de arbeidsvoorwaarden van het personeel nog mogen vaststellen. Tegelijkertijd zal echter de omzetting van de arbeidsvoorwaarden naar ambtelijke arbeidsvoorwaarden worden voorbereid.



## **Artikel 62 (bevoegdheid stellen beleidsregels minister)**

De mogelijkheid voor de Minister om zonedig beleidsregels vast te stellen omtrent de uitvoering van de taken van het CVZ is noodzakelijk om, indien de ministeriële verantwoordelijkheid daarom vraagt, het college algemene aanwijzingen te kunnen geven. Het is niet de bedoeling dat deze bevoegdheid wordt gebruikt om invloed uit te oefenen op concrete besluiten in individuele gevallen, zoals de toekenning van de vereveningsbijdrage aan een bepaalde zorgverzekeraar.

## **Artikel 63 (vernietigingsbevoegdheid minister)**

De bevoegdheid om besluiten van het CVZ te vernietigen wegens strijd met het geschreven en ongeschreven recht kan met het oog op de ministeriële verantwoordelijkheid niet worden gemist. Bij de formulering is aangesloten bij de in de Awb getroffen regeling. Uiteraard zal van de vernietigingsbevoegdheid een zeer terughoudend gebruik worden gemaakt.

### *Paragraaf 6.2 Taken en bevoegdheden*

#### *Vooraf*

In de Zfw worden zowel de taken die het CVZ in het kader van de uitvoering van de Zfw heeft, als zijn taken in het kader van de AWBZ geregeld. Voorgesteld wordt deze systematiek te verlaten, en de taken van het CVZ ter zake van de uitvoering van de AWBZ in de toekomst in laatstgenoemde wet te regelen. Hiertoe zal de AWBZ via de Invoerings- en aanpassingswet Zvw worden gewijzigd. De taken die het CVZ in voorliggend wetsvoorstel worden toebedeeld, betreffen derhalve slechts taken in verband met de Zvw. De taken van het CVZ in het kader van de te verzekeren prestaties zijn te vinden in deze afdeling. Daarnaast worden het CVZ ook in andere artikelen van de Zvw taken toebedeeld. Zo kent het CVZ de zorgverzekeraars vereveningsbijdragen toe (artt. 32 tot en met 35), voldoet het CVZ bij (dreigend) faillissement van de zorgverzekeraar vorderingen op die verzekeraar van verzekeringnemers of verzekerden (art. 31), beheert het CVZ het Zorgverzekeringsfonds (art. 40) en legt het CVZ bestuurlijke boeten op (art. 95). Tevens heeft het CVZ bepaalde informatierechten en -verplichtingen (hoofdstuk 8).

## **Artikel 64 (bevordering eenduidige uitleg te verzekeren en verzekerde prestaties)**

Een belangrijke taak van het CVZ is, te bevorderen dat de zorgverzekeraars het te verzekeren pakket, zoals dat bij en krachtens artikel 11 geregeld zal worden, eenduidig interpreteren. Hetzelfde geldt voor de uitleg van het pakket, nadat dat eenmaal in de polissen is opgenomen. Mede gezien de ontwikkelingen op medisch en ander zorginhoudelijk terrein, zal immers zo nu en dan de vraag opkomen of een bepaald zorgproduct binnen de grenzen van het in de zorgverzekeringen opgenomen verzekerde pakket valt en zo nee, of dat product dan, door middel van wijziging van de op grond van artikel 11 getroffen regelgeving, in het te verzekeren pakket (en daarmee ook in de verzekerde pakketten van de op dat moment lopende zorgverzekeringen) zou moeten worden opgenomen.

Het CVZ kan eenduidige uitleg bevorderen door middel van het opstellen van tot de zorgverzekeraars gerichte richtlijnen. Deze richtlijnen zijn niet bindend, maar een zorgverzekeraar die hier zonder goede reden of goed alternatief van afwijkt, zal hier door het CTZ op kunnen worden aangesproken.

### **Artikel 65 (voorlichting omtrent de te verzekeren prestaties)**

In dit artikel is geregeld dat het CVZ voorlichting geeft over de krachtens de zorgverzekeringen te verzekeren prestaties.

### **Artikel 66 (uitvoeringstoetsen over en signaleren ontwikkelingen met betrekking tot te verzekeren prestaties)**

Het CVZ moet desgevraagd rapporteren over voornemens omtrent het te verzekeren pakket, waarbij met name kan worden gedacht aan voornemens om dat pakket door middel van wijziging van regelgeving (artt. 10 en 11 en de onder art. 11 hangende regelgeving) aan te passen.

In het tweede lid van artikel 66 krijgt het CVZ tot taak ook eigener beweging feitelijke ontwikkelingen die aanleiding kunnen geven tot wijzigingen in het te verzekeren pakket bij de Minister te signaleren. Bij deze taak kijkt het CVZ overigens niet alleen naar de ontwikkelingen op medisch en ander zorginhoudelijk terrein, maar ook naar de eventuele gevolgen van wijzigingen in het te verzekeren pakket voor de uitvoering van de vereveningsregeling en het beheer van het Zorgverzekeringsfonds.

In dit verband zij gewezen op de artikelen 87, 88 en 89, op grond waarvan de zorgverzekeraars verplicht zijn aan het CVZ de inlichtingen te verstrekken die het voor de vervulling van zijn taak nodig acht.

### **Artikel 67 (afstemming met overige sociale verzekeringen)**

Het CVZ heeft een coördinerende taak die gezien moet worden als een verbijzondering van de meer algemene taak om sturing te geven aan de uitvoering. Bij de coördinatietaak gaat het om de afstemming van de uitvoering van de Zvw en de AWBZ, maar ook om afstemming tussen de uitvoering van deze wetten enerzijds en de uitvoering van het beleid op andere terreinen van de volksgezondheid, onderscheidenlijk op andere terreinen van de sociale zekerheid anderzijds. Hieronder wordt begrepen dat het college reageert op signalen die hem uit het veld of van burgers bereiken.

### **Artikel 68 (subsidies)**

Het CVZ is op grond van artikel 68 belast met het verstrekken van subsidies, indien dat bij ministeriële regeling is bepaald. De subsidies komen ten laste van het Zorgverzekeringsfonds (art. 39, derde lid, onderdeel b). Ten opzichte van artikel 1p Zfw bevat artikel 68 twee wijzigingen. Allereerst gaat het artikel niet meer in op subsidies in de AWBZ-sfeer (die uit het in artikel 7.2.2.1 Wfsv bedoelde Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten worden gefinancierd). Een basis voor dergelijke subsidies zal via de Invoerings- en aanpassingswet Zvw in de AWBZ zelf worden opgenomen. Daarnaast is het aantal doelen waarvoor subsidie kan worden verstrekt in de Zvw beperkt tot één: subsidie kan worden verstrekt voor zorg of andere diensten ten aanzien waarvan het voornemen bestaat deze op te nemen in het pakket te verzekeren prestaties. Hiermee is aangesloten bij het subsidiebeleid zoals dat in de brief van 13 november 2003 aan de voorzitter van de Tweede Kamer is meegedeeld (Kamerstukken II, 2003/04, 29 214, nr. 5). Omdat beoogd wordt de subsidie te geven voorafgaande aan opnemings van de desbetreffende zorg of diensten in het te verzekeren pakket, is in het eerste lid van artikel 68 bepaald dat de subsidies tijdelijk zijn.

In de subsidieregeling kan worden neergelegd voor welke activiteiten en onder welke voorwaarden tot welke bedragen subsidie kan of moet worden verleend.

De huidige subsidieregelingen kennen vaak een constructie volgens welke het CVZ subsidie verstrekt aan ziekenfondsen, die deze vervolgens weer verstrekken aan de uiteindelijk beoogde subsidie-ontvangers. Zeker indien de uiteindelijke subsidie-ontvangers verzekerd zijn, is dit een praktische manier van subsidieverstrekking. Echter, deze wijze van subsidieverstrekking past niet goed bij de nieuwe situatie, aangezien zij ertoe zou leiden dat de zorgverzekeraars door de verstrekking van subsidies zbo zouden worden. Voor ziekenfondsen was dat geen bezwaar, aangezien zij ook in het kader van de uitvoering van de ziekenfondsverzekering reeds zbo waren. De zorgverzekeraars zullen echter als gevolg van het uitvoeren van hun hoofdtaak – te weten het aanbieden en uitvoeren van zorgverzekeringen – geen zbo worden, en voorkomen dient te worden dat zij dit tengevolge van het uitvoeren van een Zvw-subsidieregeling alsnog worden. Aangezien aan de andere kant voor sommige subsidies verdeling door zorgverzekeraars de beste uitvoeringsmethode kan zijn, is in het tweede lid geregeld dat in de ministeriële regeling kan worden bepaald dat zorgverzekeraars het CVZ bij de verstrekking van een bepaalde subsidie bijstaan. Tevens zal in die ministeriële regeling dan de vergoeding worden geregeld die daar voor de zorgverzekeraars tegenover staat.

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

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

#### **Artikel 69 (innings- en administratiekantoor in het buitenland wonende niet-verzekerden)**

In het buitenland wonende personen met recht op een Nederlands pensioen of (langlopende) uitkering hebben, indien zij niet op grond van de wetgeving van hun woonland voor ziektekosten verzekerd zijn, recht op (vergoeding van) geneeskundige zorg indien zij – nadat zij zich verzekerd zouden hebben – recht op Zvw-prestaties zouden hebben, indien zij in Nederland zouden hebben gewoond. In het woonland worden dan de verstrekkingen verleend naar het recht van dat woonland, voor rekening van Nederland. Hiertoe wordt jaarlijks een bedrag aan het desbetreffende woonland betaald.

Artikel 69 belast het CVZ met de administratie van deze regeling. Zo zal het CVZ voor de desbetreffende personen een formulier dienen af te geven, op grond waarvan de verzekeraar in de woonstaat kan zien dat betrokkene inderdaad recht heeft op prestaties ten laste van Nederland. Het eerste lid draagt de desbetreffende personen dan ook op zich bij het CVZ aan te melden, terwijl het derde lid het CVZ opdraagt de benodigde administratieve werkzaamheden te verrichten.

De betrokken personen zijn voor de verzekering een bijdrage verschuldigd, die bij ministeriële regeling wordt bepaald (tweede lid). Aangezien de desbetreffende personen niet verzekerd zijn, wordt niet gesproken van een premie. Het recht op de prestaties bestaat derhalve louter op grond van het internationale recht. Het derde lid belast het CVZ met de heffing

en de inning van de bijdrage, met dien verstande dat ingevolge onderdeel a van het vierde lid, bij ministeriële regeling kan worden bepaald dat de organen die het pensioen of de rente uitkeren, de bijdrage direct op dat pensioen of die rente inhouden, en het ingehouden bedrag in het Zorgverzekeringsfonds storten.

Onderdeel b van het vierde lid zorgt ervoor dat er regels kunnen worden gesteld over de wijze waarop het CVZ de in dit artikel geregelde taak vervult. Tevens kunnen regels gesteld over de wijze waarop de instanties die het pensioen of de rente uitkeren, de bijdrage daarop inhouden en aan het Zorgverzekeringsfonds afdragen.

### **6.3 Planning, verslaglegging en financiering**

#### *Algemeen*

De artikelen 70 tot en met 75 gaan over de planning, verslaglegging en financiering van het CVZ, alsmede over de verslaglegging over het Zorgverzekeringsfonds. Anders dan de artikelen in paragraaf 6.2, beperken de paragrafen over de planning en verslaglegging van het CVZ zich niet tot de werkzaamheden of kosten van het CVZ in verband met de Zvw. De stukken die het CVZ op grond van paragraaf 6.2 dient op te stellen, dienen derhalve ook te zien op de taken die het CVZ in het kader van de AWBZ of eventuele andere wetten uitvoert. Wat dit laatste betreft valt in ieder geval te denken aan de toelating van zorgaanbieders als bedoeld in de Wet toelating zorginstellingen.

Op het gebied van het afleggen van verantwoording heeft zich een groot aantal ontwikkelingen voorgedaan. De Algemene Rekenkamer heeft een aantal rapporten over rechtspersonen met een wettelijke taak gepubliceerd, en daarnaast de «Handreiking voor verslaggeving van rechtspersonen met een wettelijke taak». Door de Minister van Financiën is de regeringsnota «Van beleidsbegroting tot beleidsverantwoording» aan de Tweede Kamer gezonden (Kamerstukken II 1998/99, 26 573, nrs. 1 en 2). Deze publicaties zijn het uitgangspunt voor het in de Zvw vastgelegde verantwoordingsproces. De wet bevat de hoofdlijnen van het verantwoordingsproces. Nadere uitwerking vindt plaats in ministeriële regelingen. Kern van het verantwoordingsproces is dat het CVZ zich verantwoordt over de door hem uitgevoerde taken en geleverde prestaties. De verantwoording wordt afgelegd in de jaarverantwoording (jaarrekening plus jaarverslag), waarin onder meer wordt ingegaan op rechtmatigheid en doelmatigheid van de taakuitoefening van het CVZ, en op de bedrijfsvoering.

Het jaarplan en de jaarverantwoording zijn beide zogenoemde verantwoordingsdocumenten.

De verantwoordingsdocumenten vormen voor de Minister van VWS een belangrijk element in de sturing op hoofdlijnen van het CVZ als zbo. Door middel van deze documenten geeft het CVZ aan op welke wijze het de aan hem opgedragen taken denkt te vervullen en welke middelen daarvoor nodig zijn. Achteraf wordt verantwoording afgelegd over de vervulling van de aan hem opgedragen taken en het gebruik van de daarvoor beschikbaar gestelde middelen.

De verantwoordingsdocumenten zijn voorts van belang in de relatie tussen de Minister en de beide Kamers der Staten-Generaal. Gezien zijn verantwoordelijkheid voor het beleid en het stelsel vormt de Minister zich, mede aan de hand van de verantwoordingsdocumenten, een oordeel over het functioneren van het CVZ. Hij brengt dat oordeel vervolgens ter kennis van de beide Kamers der Staten-Generaal.

De artikelen van deze paragraaf brengen, met uitzondering van artikel 71, zevende lid, vergeleken met de bestaande praktijk in de toepassing van de Zfw, weinig nieuws. De artikelen zijn wel opnieuw geformuleerd om beter aan te sluiten bij die praktijk.

### **Artikel 70 (jaarplan)**

Werkprogramma, begroting en meerjarenraming zijn samengevoegd tot één document, het jaarplan. De reden daarvoor is het benadrukken van het verband tussen werkprogramma en begroting. De begroting is de financiële vertaling van het werkprogramma. Evenzo zijn jaarverslag en jaarrekening samengevoegd tot jaarverantwoording (zie art. 72), daar de jaarrekening de financiële weerslag van de uitgevoerde werkzaamheden is.

### **Artikel 71 (budget, financiering)**

Als bekostigingssysteem werd in het verleden al gekozen voor budgettering. Deze keuze is nu in de wet vastgelegd. Budgettering is een geschikt instrument om het niveau van de uitvoeringskosten te sturen in relatie tot de te verrichten taken en de te realiseren output/resultaten. Het CVZ kent geen concurrentie. Door budgettering kan de efficiency binnen de eigen organisatie worden geprikkeld. Het is van belang dat de budgetterings-systematiek niet alleen wordt gericht op inputfactoren, maar waar mogelijk juist ook op de te leveren output en de te leveren resultaten. In de krachtens artikel 74, vierde lid, te stellen nadere regels zal voor het CVZ de mogelijkheid worden opgenomen een niet besteed deel van het budget binnen bepaalde grenzen te reserveren in een egalisereserve. Een eventueel exploitatietekort kan ten laste van de reeds gevormde egalisereserve worden gebracht, voor zover deze toereikend is.

Het eerste lid van artikel 71 regelt de bevoegdheid van de Minister om het budget voor de beheerskosten van het CVZ vast te stellen. Het tweede lid geeft de Minister de mogelijkheid om het budget te wijzigen. Deze bevoegdheid is vooral bedoeld om ook het CVZ bij eventuele rijksbrede of departementsbrede bezuinigingen te kunnen betrekken. In het derde lid wordt het CVZ opgedragen aanmerkelijke verschillen tussen begroting en uitvoering aan de Minister te melden, opdat de Minister desgewenst kan bijsturen. Het CVZ mag volgens het vierde lid geen verplichtingen aangaan of uitgaven doen die tot gevolg hebben dat het budget wordt overschreden. Om te voorkomen dat de werkzaamheden van de organisatie stil komen te liggen indien het budget niet tijdig is vastgesteld, zijn het vijfde lid en zesde lid opgenomen.

Het zevende lid, ten slotte, bepaalt dat de beheerskosten van het CVZ (en daarmee ook van het CTZ, zie art. 84) ten laste van 's Rijks kas, de begroting van het ministerie van VWS, komen. Dit is een wijziging ten opzichte van de in de Zfw geldende situatie, waarin de beheerskosten van het CVZ en het CTZ ten laste van de Algemene Kas en het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten werden gebracht. Ook de beheerskosten van het CTG, CBZ en het CSZ zullen ten laste van de begroting van het ministerie van VWS worden gebracht. Dat laatste zal in de Invoerings- en aanpassingswet Zvw worden geregeld.

Aanleiding hiervoor vormt het streven het Budgettair Kader Zorg om te vormen tot een financieel kader waartoe slechts de uitgaven behoren die rechtstreeks voortvloeien uit het op grond van de Zvw of de AWBZ geldende verzekeringspakket. Het CVZ, CTZ, CTG, CBZ en CSZ zijn te beschouwen als organisaties van de overheid voor ordening en toezicht op het terrein van de zorg. De beheerskosten van deze zelfstandige bestuursorganen staan in een verder verwijderd verband met de uitgaven

in verband met de verzekeringsaanspraken. Daarom is besloten tot financiering ten laste van 's Rijks kas. De financiering uit die kas geschiedt overigens rechtstreeks en niet via (een rijksbijdrage aan) het Zorgverzekeringsfonds.

Opgemerkt wordt, dat onder de beheerskosten van het CVZ ook vallen de kosten die dit bestuursorgaan maakt in zijn functie van verbindingkantoor in internationaal verband. De taken die het CVZ als verbindingkantoor heeft, hoeven echter in dit hoofdstuk niet geregeld te worden, aangezien deze reeds uitputtend in Vo. 1408/71 en de bijbehorende uitvoeringsverordening, dan wel in de EER of de desbetreffende socialezekerheidsverdragen zijn geregeld.

### **Artikel 72 (jaarverantwoording)**

De uiterste datum voor indiening van de jaarverantwoording is van 1 juli teruggebracht naar 15 maart, in lijn met de versnelling van de verantwoording bij de rijksoverheid. De jaarverantwoording bestaat uit de jaarrekening en het jaarverslag.

Volgens het tweede lid moet het CVZ in het jaarverslag in elk geval ingaan op het door hem gevoerde beleid, de doeltreffendheid van dat beleid, de bedrijfsvoering en de uitvoering van het werkprogramma.

Nieuw is het voorschrift dat het CVZ in de jaarrekening rekening en verantwoording aflegt over de rechtmatigheid en doelmatigheid van het beheer (derde lid). Het is minder juist, zoals onder de Zfw, alleen de accountant zijn oordeel over deze twee onderwerpen te laten uitspreken. Het CVZ zelf is immers de verantwoordingsplichtige, en niet de accountant.

De overeenkomstige toepassing van titel 9 van Boek 2 BW op de jaarrekening van het CVZ is nu in de wet vastgelegd (derde lid).

Het vierde tot en met zesde lid regelen de bij de jaarrekening te voegen accountantsverklaring inzake de getrouwheid en rechtmatigheid, en het verslag van de bevindingen van de accountant over de vraag of het beheer en de organisatie van het CVZ voldoen aan eisen van rechtmatigheid, ordelijkheid, controleerbaarheid en doelmatigheid. Deze eisen zijn vergelijkbaar met die welke in de Comptabiliteitswet 2001 worden gesteld aan het beheer en de organisatie van de ministeries.

Artikel 74, derde lid, onderdeel d, maakt het mogelijk nadere regels te stellen ten aanzien van zowel de verklaring en het verslag van bevindingen van de accountant, als het aan verklaring en verslag ten grondslag liggende onderzoek. De ervaring heeft geleerd dat dergelijke regels door alle partijen worden gewaardeerd, omdat zij de bedoelingen verduidelijken, problemen oplossen en de inspanningen optimaal op elkaar afstemmen.

### **Artikel 73 (jaarrekening Zorgverzekeringsfonds)**

Deze bepaling bevat de regels over het afleggen van verantwoording door het CVZ over het door hem gevoerde beheer van het Zorgverzekeringsfonds. De voorschriften rond de jaarrekening van het Zorgverzekeringsfonds zijn identiek aan die rond de jaarrekening betreffende de beheerskosten van het CVZ, zie artikel 72.

Onder de Zfw dient te worden aangegeven in welke mate gebruik is gemaakt van controleresultaten van derden die betrokken zijn bij de totstandkoming van de ontvangsten en, in mindere mate, de uitgaven van de Algemene Kas (vertaald naar de Zvw zou het dan bijvoorbeeld gaan om de rechtmatigheidsverklaring van de interne accountantsdienst van de Belastingdienst omtrent de inning van de inkomensafhankelijke bijdragen, bedoeld in hoofdstuk 5). Die bepaling is vervangen door het voorschrift

dat in de jaarrekening rekening en verantwoording wordt afgelegd over de rechtmatigheid en doelmatigheid van het beheer (tweede lid). In die rekening en verantwoording zal het CVZ moeten aangegeven op welke wijze gebruik wordt gemaakt van de controleresultaten van de bedoelde derden.

De verantwoording met betrekking tot het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten zal via de Invoerings- en aanpassingswet Zvw in de AWBZ worden geregeld.

#### **Artikel 74 (goedkeuring Minister VWS, nadere regels)**

Het eerste lid regelt welke stukken de goedkeuring van de Minister behoeven: de onderdelen «werkprogramma» en «begroting» van het jaarplan, het onderdeel «jaarrekening» van de jaarverantwoording en de jaarrekening met betrekking tot het Zorgverzekeringsfonds. Het onderdeel «meerjarenraming» van het jaarplan behoeft die goedkeuring niet. De meerjarenraming voorziet uitsluitend in een informatiebehoefte van de minister. Het is niet de bedoeling dat de meerjarenraming als zodanig financiële verplichtingen creëert, noch voor de minister, noch voor het CVZ.

Het stuurmiddel van de Minister voor de beheerskosten is vooral het budget, en in mindere mate de begroting van het CVZ. Goedkeuring van de begroting door de Minister is niettemin wenselijk. Het is gebruikelijk en wordt aanbevolen in de rapporten van de Algemene Rekenkamer over rechtspersonen met een wettelijke taak. Bovendien kan het CVZ zo worden opgedragen in een voorkomend geval bepaalde uitgaven niet of juist wel te verrichten.

Nadat de Minister het werkprogramma en de begroting, of onderdelen daarvan, heeft goedgekeurd, zijn deze stukken voor het CVZ taakstellend. Een afwijking van het werkprogramma of een begroting behoeft op grond van het eerste lid wederom de goedkeuring van de minister. Om te voorkomen dat het CVZ voor elke afwijking van een begrotingspost de goedkeuring van de Minister zou moeten vragen, maakt het tweede lid hierop een uitzondering voor begrotingsafwijkingen die per groep van kostensoorten en baten 5% van het budget niet te boven gaan, mits de totale omvang van de begroting gelijk blijft. Hiermee wordt bereikt dat het CVZ zonder tussenkomst van de Minister ruimte heeft voor het compenseren van begrotingsoverschrijdingen met onderschrijdingen binnen zijn begroting, en dat de Minister alleen op hoofdlijnen hoeft te sturen.

Van de jaarverantwoording behoeft het onderdeel «jaarrekening» wel, en het onderdeel «jaarverslag» geen goedkeuring. Goedkeuring van de jaarrekening is gebruikelijk en wordt aanbevolen in de rapporten van de Algemene Rekenkamer over rechtspersonen met een wettelijke taak. Deze argumenten gelden niet voor het jaarverslag. De Minister betreft het jaarverslag uiteraard wel bij zijn oordeel over het functioneren van het CVZ (art. 75, tweede lid).

Het derde lid geeft de onderwerpen waarbij de Minister nadere regels kan stellen. Het ligt in de bedoeling van deze bevoegdheid terughoudend gebruik te maken.

#### **Artikel 75 (verkrijgbaarstelling, oordeel Minister VWS)**

De Zfw bepaalt dat de Minister het werkprogramma, het verslag van werkzaamheden (nu het jaarverslag genoemd) en de jaarrekening van het CVZ, alsmede de jaarrekening van de Algemene Kas aan beide Kamers der Staten-Generaal zendt. Dit keert in de Zvw niet terug. In plaats daarvan

wordt in artikel 75, eerste lid, bepaald welke stukken door het CVZ algemeen verkrijgbaar moeten gesteld, bijvoorbeeld via het internet (eerste lid). Voorts geeft de Minister aan de beide Kamers der Staten-Generaal zijn oordeel over het functioneren van het CVZ (tweede lid).

## **Hoofdstuk 7. Het College toezicht**

### *Paragraaf 7.1 Algemene bepalingen*

#### *Vooraf*

Het CTZ is in de Zvw vooralsnog als zelfstandig bestuursorgaan gehandhaafd. In hoofdstuk V, paragraaf i, van het algemene deel van deze toelichting is geschetst langs welke wegen het toezicht op de zorgverzekeraars zal worden gemoderniseerd. Zo zal bij afzonderlijke wet een Zorgautoriteit worden ingesteld. De taken van het CTZ zullen in die Zorgautoriteit worden geïntegreerd. Omdat de tekst van het wetsvoorstel dat tot laatstgenoemde wet moet leiden nog niet beschikbaar is, wordt in de artikelen van hoofdstuk 7 en in de hiernavolgende toelichting uitgegaan van de situatie zolang deze Zorgautoriteit nog niet werkzaam is. Tezijnertijd zal het wetsvoorstel tot instelling van de Zorgautoriteit de Zvw wijzigen, waarbij met name het hierna gepresenteerde hoofdstuk 7 – dat immers gaat over het CTZ – naar verwachting belangrijke wijziging zal ondergaan of mogelijk zelfs geheel zal komen te vervallen.

#### **Artikel 76 (instelling, algemene taakomschrijving)**

De eerste twee leden van artikel 76 bepalen dat er een CTZ is, dat rechtspersoonlijkheid bezit en dat gevestigd is in een door de Minister van VWS te bepalen plaats.

Het derde lid, onderdeel a, belast het CTZ allereerst met het toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zvw. In het algemene deel van deze toelichting is aangegeven waarom het CTZ, anders dan dit het geval is onder de Zfw, niet meer belast is met het toezicht op een doelmatige uitvoering. Voorts wordt opgemerkt dat het toezicht van het CTZ in principe beperkt is tot de vraag of de bij en krachtens de Zvw gestelde bepalingen door de zorgverzekeraars in acht worden genomen en niet geldt voor zover het toezicht aan andere toezichthouders is opgedragen. Het CTZ gaat derhalve niet na, of de verzekeraars zich houden aan hetgeen hen bij of krachtens de Wtv 1993 is opgelegd. Of de verzekeraar aan zijn financiële verplichtingen zal kunnen voldoen (het prudentiële toezicht), wordt door de PVK bekeken, en of de verzekeraar aan de voor hem geldende, uit de Wtv 1993 voortvloeiende gedragsregels voldoet (het gedragstoezicht) door de AFM. Wat betreft de consumenteninformatie en -advisering geschiedt dit in samenwerking met het CTZ (zie art. 81). In wezen wordt het door het CTZ te houden toezicht hiermee derhalve beperkt tot de vraag of aan de publieke randvoorwaarden die deze wet aan de zorgverzekeringen en de zorgverzekeraars stelt, wordt voldaan.

Zoals in de toelichting op de artikelen 32, 33 en 34 is uiteengezet, worden vereveningsbijdragen en in artikel 33 bedoelde extra bijdragen vooraf aan zorgverzekeraars toegekend, en achteraf, op grond van artikel 34, vastgesteld, waarna het CVZ zonodig tot terugvordering van het teveel betaalde (of bijbetaling van het te weinig betaalde) overgaat. Het is mogelijk dat een zorgverzekeraar in een jaar waarover een bijdrage is toegekend, met zijn werkzaamheden is gestopt en dus op het moment van het vaststellen van de bijdragen als bedoeld in artikel 34 geen zorgverzekeraar meer is. Dat zal hij op grond van artikel 30 aan het CVZ dienen te melden, waarna CVZ deze melding aan het CTZ doorgeeft. Uiteraard is het wél de bedoeling, dat de toegekende en inmiddels uitbetaalde bijdragen nog netjes



worden afgewikkeld. Onderdeel b van het derde lid, geeft het CTZ de taak om hier toezicht op te houden. Op grond van artikel 87 zal het CTZ hiertoe bij de rechtsopvolger van de zorgverzekeraar de nodige informatie kunnen opvragen.

Het derde lid, onderdeel c, belast het College toezicht met toezicht op de uitvoering van andere wetten, volgens bij of krachtens die wetten te bepalen criteria. Hoewel dit onderdeel vanuit wetgevingstechniek gezien gemist kan worden, is het hier toch opgenomen om aan te geven dat het CTZ nog meer taken kan hebben dan het toezicht op de rechtmatige uitvoering, door de zorgverzekeraars, van de Zvw. In ieder geval zal, via de Invoerings- en aanpassingswet Zvw, geregeld worden dat het CTZ toezicht houdt op de rechten doelmatige uitvoering van de AWBZ.

### **Artikel 77 (samenstelling)**

Het CTZ zal uit ten hoogste vijf leden bestaan. Verder zijn de bepalingen in paragraaf 6.2 over de samenstelling, algemene taakomschrijving en werkwijze van het CVZ van overeenkomstige toepassing verklaard. Anders dan onder de Zfw, zal nu ook het CTZ commissies kunnen instellen. In dergelijke commissies kunnen ook personen deelnemen die geen lid van het CTZ zijn. Een voor de hand liggende commissie is een commissie waarin zowel leden van het CTZ als leden van de PVK deelnemen.

### **Artikel 78 (aanwijzing natuurlijke personen als toezichthouders)**

Deze bepaling draagt het CTZ op personeelsleden aan te wijzen die toezichthouder zijn in de zin van de Awb en derhalve de in afdeling 5.2 Awb geregelde toezichtsbevoegdheden hebben.

Artikel 184 Wetboek van Strafrecht (Sr) stelt het niet verlenen van medewerking aan een toezichthouder strafbaar.

#### *Paragraaf 7.2 Taken en bevoegdheden*

##### *Vooraf*

Anders dan dit in de Zfw het geval is, regelt de Zvw niet meer de taken die het CTZ (totdat de Zorgautoriteit met zijn werkzaamheden start) in het kader van de AWBZ heeft (recht- en doelmatigheidstoezicht). Het toezicht op de uitvoering van de AWBZ zal via de Invoerings- en aanpassingswet Zvw of via de wet waarmee de Zorgautoriteit wordt ingesteld worden geregeld.

### **Artikel 79 (rapportage rechtmatigheid uitvoering door zorgverzekeraars)**

Het CTZ zendt op grond van het eerste lid jaarlijks voor 1 november een samenvattend rapport aan de Minister. De rapportage moet ingaan op de rechtmatigheid van de uitvoering van de Zvw door de zorgverzekeraars in het voorafgaande kalenderjaar. De rechtmatige uitvoering omvat de vraag of en in hoeverre de zorgverzekeraars de wet naar letter en strekking (met inbegrip van de zorgplicht) juist hebben uitgevoerd.

Zoals in de toelichting op artikel 76 reeds is gesteld, dient het CTZ zich in zijn toezicht te beperken tot de vraag of de Zvw rechtmatig is uitgevoerd. De vraag of de Wtv 1993 rechtmatig wordt uitgevoerd – en dus of de verzekeraar aan zijn verplichtingen jegens zijn verzekerden of verzekeringnemers kan voldoen – wordt door de PVK beantwoord.

Het CTZ kan zijn oordeel baseren op de jaarrekening en het (geconsolideerde) jaarverslag, die de zorgverzekeraar hem ieder jaar moet zenden (art. 37), op het uitvoeringsverslag (art. 38), op de accountantsverklarin-

gen enverslagen over deze stukken, en uiteraard ook op eigen onderzoek bij de zorgverzekeraar.

De Minister van VWS zendt het samenvattende rapport aan de Staten-Generaal en legt aldus verantwoording af (derde lid). Het CTZ stelt het samenvattende rapport algemeen verkrijgbaar (vierde lid).

### **Artikel 80 (gebruik controleresultaten van derden)**

#### *eerste lid*

In dit artikel is, ter beperking van de administratieve lasten en uit het oogpunt van efficiency, het uitgangspunt neergelegd dat het CTZ niet steeds zelf onderzoek verricht, maar zoveel mogelijk gebruik maakt van door anderen verrichte controles. Hierbij moet vooral gedacht worden aan de interne controles van de zorgverzekeraars en de controles van hun externe accountants.

#### *tweede lid*

Het is van belang dat het CTZ in staat wordt gesteld zich tussentijds reeds een oordeel te vormen over de voortgang en de voorlopige resultaten van de controles die bij de zorgverzekeraars plaatsvinden. Het kan namelijk op basis hiervan bepalen of en zo ja welke aanvullende werkzaamheden het moet verrichten. Dit bevordert de ontwikkeling van een dynamisch controleproces («tijdens de rit») en maakt het mogelijk de noodzakelijke controles tijdig na afloop van het boekjaar af te ronden. De woorden «hen die met de controle zijn belast» in het tweede lid omvatten zowel de interne controleurs van de zorgverzekeraars, als de door hen ingeschakelde externe accountants. Omdat de extern accountant werkt in opdracht en ten behoeve van de zorgverzekeraar, is de verplichting over het verstrekken van de gevraagde informatie neergelegd bij de zorgverzekeraar. Het CTZ kan de zorgverzekeraar erop aanspreken indien deze in zijn opdrachtverlening aan zijn externe accountant niet heeft geregeld dat de gevraagde informatie aan dat college verstrekt moet worden.

### **Artikel 81 (toezichtstoetsen, onderzoek op verzoek van de Minister of van het CVZ)**

#### *eerste lid*

Het CTZ dient op verzoek van de Minister van VWS toezichtstoetsen te verrichten. De taken en bevoegdheden van een toezichthouder, maar ook de inhoud van zijn toezicht zijn sterk afhankelijk van het veld waarop toezicht moet worden gehouden. De inrichting van het veld en de voorschriften waaraan het veld zich moet houden, bepalen de wensen en mogelijkheden ten aanzien van het toezicht. Artikel 82 leidt ertoe dat het CTZ vanuit toezichtperspectief aan kan geven of voorgenomen beleid uitvoerbaar, doeltreffend en doelmatig is. Ten opzichte van artikel 1x6 Zfw is de term «doeltreffend» toegevoegd. Aldus wordt aangesloten bij de Comptabiliteitswet 2001 (zie art. 20, eerste lid, van die wet).

#### *tweede en derde lid*

De Minister van VWS kan het CTZ tussentijds vragen een dringend toezichtsonderzoek te verrichten, waarmee in het werkprogramma nog geen rekening is gehouden, bijvoorbeeld indien zich plotseling een calamiteit voordoet of dreigt voor te doen bij een zorgverzekeraar. Ook het CVZ zou in het kader van zijn taakuitoefening behoefte kunnen hebben aan onderzoek door het CTZ. Omdat het werkprogramma van het CTZ

instemming van de Minister behoeft en omdat beide colleges aan elkaar nevensgeschikte organen zijn, kan het niet zo zijn dat een verzoek van het CVZ verplichtend is voor het toezichtcollege. Het toezichtcollege zal bij een verzoek van het CVZ moeten overwegen of het de onderzoeksvraag van het CVZ kan «meenemen» in al voorgenomen onderzoek, dan wel in zijn volgende werkprogramma kan opnemen. Zowel voor een verzoek van de Minister als van het College van zorgverzekeringen geldt uiteraard dat de bevoegdheden van het CTZ toereikend moeten zijn om het gevraagde onderzoek te doen. Indien het CTZ een onderzoek op verzoek van de Minister of het CVZ uitvoert, laat dit onverlet dat het zo'n onderzoek onder eigen verantwoordelijkheid uitvoert.

### **Artikel 82 (aanvullende transparantietaak CTZ)**

De met de Zvw beoogde resultaten kunnen alleen worden bereikt indien zorgverzekeraars met elkaar concurreren om de klandizie van verzekeringsplichtigen. Dat vereist dat verzekeringsplichtigen de mogelijkheid hebben om van zorgverzekeraar te wisselen indien zij verwachten dat een nieuwe zorgverzekeraar meer aan hun wensen tegemoet komt dan de zorgverzekeraar bij wie zij verzekerd zijn. Deze mogelijkheid tot wisselen is in artikel 7 geregeld (dat artikel laat overigens onverlet de uit art. 7.17.1.13 BW of uit de zorgpolis voortvloeiende extra opzegmogelijkheden van de verzekeringnemer). Van de mogelijkheid tot wisselen zal echter weinig gebruik worden gemaakt indien een verzekeringsplichtige niet over informatie beschikt op grond waarvan hij de prijs/prestatieverhouding van zijn eigen verzekeraar af kan zetten tegen die van andere verzekeraars. Artikel 82 draagt het CTZ op dergelijke informatie over de zorgverzekeraars bekend te maken, voor zover hier althans naar zijn mening niet reeds in voldoende mate in wordt voorzien door anderen (te denken valt, zoals uit het algemene deel van deze toelichting kan worden afgeleid, aan de Consumentenbond).

De informatieverstrekking betreft twee hoofdonderdelen. Allereerst gaat het om het publiceren van kernelementen uit de modelovereenkomsten die de zorgverzekeraars hanteren (het CTZ krijgt de modelovereenkomsten op grond van artikel 25 binnen). Daarnaast gaat het om de dienstverlening van zorgverzekeraars aan verzekerden en verzekeringnemers, indien de verzekering eenmaal gesloten is. Het gaat hierbij om vragen die met de invulling van de zorgplicht te maken hebben, zoals de vraag welke activiteiten de zorgverzekeraar verricht om de verzekerde van de benodigde zorg te voorzien en hoe lang dat gemiddeld duurt, maar ook om meer basale vragen, zoals de vraag naar de telefonische bereikbaarheid van de verzekeraars en hoe lang een restitutieverzekeraar er over doet om ingediende rekeningen aan de verzekerde te vergoeden.

Aangezien doel van de hier geregelde (aanvullende) taak van het CTZ is, het transparant maken van de prijs/prestatieverhouding van de zorgverzekeraars om het de verzekeringsplichtigen gemakkelijker te maken te kiezen, is het wenselijk dat het CTZ zijn publicaties (op papier of op een website) als vergelijkende overzichten vormgeeft.

Krachtens het derde lid kan bij ministeriële regeling worden bepaald over welke aspecten van de modelovereenkomsten en de dienstverlening het CTZ dient te publiceren. Dit is vooral van belang met het oog op de kenbaarheid voor de zorgverzekeraars. Een dergelijke regeling zal in overleg met het CTZ tot stand komen.

### **Artikel 83 (bevoegdheid regelstelling CTZ en CVZ)**

Het CVZ krijgt in het eerste lid de bevoegdheid om in overeenstemming met het CTZ voorschriften te geven aan de zorgverzekeraars over de inrichting van hun administratie. Hierdoor wordt bevorderd dat de zorgverzekeraars hun administratie op vergelijkbare wijze inrichten. Dit is uit het oogpunt van het CTZ van belang in verband met de efficiency van zijn werk. Aangezien ook de PVK op grond van artikel 70, tweede lid, Wtv 1993 aanbevelingen en algemene richtlijnen omtrent de administratieve organisatie en interne controle van (zorg)verzekeraars kan geven, doet het CVZ er verstandig aan, zijn voorschriften met de PVK af te stemmen.

Op grond van het tweede lid kan het CTZ regels stellen met betrekking tot de controle door de zorgverzekeraars en de inhoud en de inrichting van het accountantsverslag over het uitvoeringsverslag alsmede over het aan dat accountantsverslag ten grondslag liggende onderzoek.

#### *Ten slotte*

De Zfw geeft het CTZ nog drie extra toezichtsinstrumenten, die in de Zvw niet terugkeren. Allereerst heeft het CTZ op grond van artikel 1x5 Zfw onder meer de taak desgevraagd of uit eigen beweging het CVZ te adviseren over de intrekking van een toelating als ziekenfonds. Aangezien deze wet niet meer voorziet in afzonderlijke toelatingen – van verzekeraars – tot de zorgverzekeringsmarkt, dient dit instrument te vervallen.

Op grond van artikel 1x9 Zfw kan het CTZ een ziekenfonds onder bewind stellen indien volgens het CTZ sprake was van wanbeheer of een toestand dreigde te ontstaan waarin het ziekenfonds zijn taak niet naar behoren zou vervullen. Op grond van artikel 1x10 Zfw kan het CTZ schadevergoeding vorderen van een (gewezen) bestuurder van een ziekenfonds, veroorzaakt door diens nalatigheid of wanbeheer.

De Wtv 1993 kent de PVK de bevoegdheid toe verzekeraars onder (stil) bewind te plaatsen (art. 54, derde lid, onderdeel a, Wtv 1993), terwijl de aansprakelijkstelling van bestuurders op grond van artikel 54, zevende lid, Wtv 1993 kan plaatsvinden. Daarnaast kent de Wtv 1993 nog een aantal andere mogelijkheden voor de PVK om bij wanbeheer van de verzekeraar of een dreigende onmogelijkheid om aan zijn financiële verplichtingen uit de verzekeringen te voldoen, in te grijpen. Handhaving, voor het CTZ, van de in de artikelen 1x9 en 1x10 Zfw neergelegde toezichtsinstrumenten, naast de in de Wtv 1993 neergelegde instrumenten acht de regering onnodig. Dergelijke instrumenten zouden immers de facto vooral worden toegepast bij (dreigende) financiële onregelmatigheden, en het is nu juist de PVK die er op moet toezien, dat de zorgverzekeraar aan zijn uit zijn zorgverzekeringen voortvloeiende financiële verplichtingen moet voldoen en daar de juiste instrumenten voor heeft.

Constaateert het CTZ dat een zorgverzekeraar in ernstige mate in strijd handelt met het bij of krachtens de Zvw geregelde, dan kan het CTZ een van de in hoofdstuk 9 geregelde maatregelen treffen.

#### *Paragraaf 7.3 Planning en verslaglegging, financiering*

### **Artikel 84 (overeenkomstige toepassing van voor CVZ geldende regels)**

De regels waaraan het CVZ wat betreft zijn eigen planning en verslaglegging moet voldoen, zijn van overeenkomstige toepassing op het CTZ. Hetzelfde geldt voor de financiering. Uiteraard is de plicht tot het opstellen van een financieel verslag over het Zorgverzekeringsfonds, die in artikel

73 aan het CVZ als beheerder van het Zorgverzekeringsfonds is opgedragen, niet van overeenkomstige toepassing.

## **Hoofdstuk 8. Gegevensverstrekking**

### **Artikel 85 (gebruik sofi-nummer)**

#### *algemeen*

Artikel 85 bepaalt dat zorgverzekeraars het sofi-nummer van hun verzekerden en hun gewezen verzekerden, dat hen op grond van artikel 4 bij het verzoek tot het sluiten van een verzekering dient te worden medegedeeld, in hun administratie opnemen. Voorts regelt artikel 85 dat zij persoonsgegevens van hun verzekerden op basis van het sofi-nummer met de in artikel 87 en 88 genoemde personen en instanties uitwisselen, voor zover althans die personen en instanties op hun beurt bevoegd zijn tot gebruik van het sofi-nummer. Declaraties van zorgaanbieders zullen op basis van het sofi-nummer geschieden (art. 117), en voorts zullen de zorgverzekeraars aan de hand van het sofi-nummer de voor de risicoverevening noodzakelijke persoonsgegevens aan het CVZ (of een door het CVZ aangewezen bewerker) dienen te verstrekken (art. 85, derde lid, juncto art. 35).

Zoals bekend, bereidt het kabinet introductie van het «burgerservice-nummer» (bsn) voor. Dit nummer is een uniek identificerend nummer voor iedere burger, waarmee de burger bij elk (digitaal) loket in de publieke sector terecht kan. Het bsn zal in de plaats komen van enkele bestaande nummers, waaronder het sofi-nummer. Het kabinet is enige tijd van mening geweest dat het wenselijk was om naast het bsn voor de zorgsector een sectorspecifiek «zorgidentificatienummer» in te voeren. Van dit uitgangspunt is het kabinet, zoals blijkt uit de brief die de Minister voor Bestuurlijke Vernieuwing en Koninkrijksrelaties en de Minister van VWS op 14 mei 2004 aan de Tweede Kamer hebben gestuurd (Kamerstukken II 2003/04, 29 362, nr. 15), inmiddels teruggekomen. Het bsn zal, indien het gebruik ervan met voldoende waarborgen blijkt te kunnen worden omkleed, ook voor de zorgsector gaan gelden. Op dit moment worden deze waarborgen, die kunnen liggen op technisch, juridisch, organisatorisch of gedragsspecifiek vlak, nader uitgewerkt. In het najaar van 2004 zal een en ander aan het CBP worden voorgelegd.

Het is de bedoeling dat het bsn met ingang van 1 januari 2006, derhalve met ingang van dezelfde dag als de dag waarop de regering voorliggend wetsvoorstel in werking zou willen laten treden, gebruikt wordt. Het is echter niet wenselijk in de Zvw zelf reeds het gebruik van het bsn te regelen. Immers, het bsn kan pas worden gebruikt indien daarvoor een algemene wettelijke basis is geschapen. De Minister van Bestuurlijke Vernieuwing en Koninkrijksrelaties zal hiervoor een wetsvoorstel ontwerpen. Vervolgens zal het bsn door middel van aanpassing van diverse wetten of wetsvoorstellen – waaronder de AWBZ en de Zvw – in de zorgsector worden ingevoerd.

Dit betekent, dat de Zvw nog dient uit te gaan van een situatie waarin het bsn niet bestaat. Bijkomend voordeel daarvan is, dat een eventuele vertraging in de invoering van het bsn niet automatisch tot vertraging van de invoering van de Zvw hoeft te leiden.

Nu het kabinet het niet meer wenselijk vindt naast het bsn een zorgidentificatienummer te gebruiken, zou het onwenselijk zijn om tot aan de invoering van het bsn in de Zvw wél uit te gaan van een zorgidentificatienummer. Omdat in de sector van de sociale verzekeringen en de belastingen tot aan de invoering van het bsn met het sofi-nummer wordt gewerkt, is daarom besloten in de Zvw te regelen dat de zorgverzekeraars

met het sofi-nummer werken. Uit het advies van het CBP op de Zvw blijkt dat het CBP het gebruik van het sofi-nummer door zorgverzekeraars weliswaar minder wenselijk vindt dan gebruik van een zorgsectorspecifiek zorgidentificatienummer, maar dat het CBP dit, mits daar voldoende waarborgen voor worden gegeven, niet onacceptabel vindt.

De redenen om (mocht het bsn pas na inwerkingtreding van de Zvw worden geïntroduceerd) het sofi-nummer te laten gebruiken in plaats van een apart zorgidentificatienummer, zijn in hoofdlijnen gelijk aan de in bovengenoemde brief opgesomde redenen om niet naast het bsn een afzonderlijk zorgidentificatienummer in te voeren:

- a. de burger wordt niet belast met meerdere nummers;
- b. er hoeft geen nieuwe nummergenerator te worden opgetuigd;
- c. voor de noodzakelijke gegevensuitwisseling hoeven de zorgverzekeraars niet naast het sofi-nummer (dat zij tot in ieder geval in hun rol van uitvoeringsorganen voor de AWBZ dienen te gebruiken, zie art. 40a van die wet) ook nog een ander nummer te gaan gebruiken, hetgeen administratieve lasten bespaart.

Uiteraard is het kabinet met het CBP van mening dat met het sofi-nummer zeer zorgvuldig moet worden omgegaan. In de Zvw (dus op het niveau van de formele wet) is daarom bepaald dat:

- de zorgverzekeraars het sofi-nummer gebruiken voor de zorgverzekeringen en voor de uitvoering van de Zvw (artt. 4, eerste lid en 85, eerste lid),
- de zorgaanbieders het sofi-nummer op hun declaraties zetten (art. 117 vierde lid), en
- het CVZ het sofi-nummer in de administratie ten behoeve van de risicoverevening (laat opnemen (art. 35)
- de zorgverzekeraars en het CVZ op sofi-nummer persoonsgegevens uitwisselen met de personen en instanties, genoemd in de artikelen 87 en 88, voor zover deze personen en instanties althans zelf bevoegd zijn om het sofi-nummer te gebruiken.

Dat gebruik van dit nummer door de zorgverzekeraars, zorgaanbieders en het CVZ beperkt blijft tot deze doelen, volgt uit artikel 24, eerste lid, van de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp). Dat artikellid luidt: «Een nummer dat ter identificatie van een persoon bij wet is voorgeschreven, wordt bij de verwerking van persoonsgegevens slechts gebruikt ter uitvoering van de betreffende wet dan wel voor doeleinden bij de wet bepaald.» Verder dan voor de bij de Zvw bepaalde doelen mag het sofi-nummer derhalve niet worden gebruikt.

Specifiek wat betreft de zorgverzekeraars betekent dit dat het gebruik van het sofi-nummer beperkt blijft tot uitvoering van de Zvw en de zorgverzekeringen en van de AWBZ (aangezien zorgverzekeraars tevens uitvoeringsorganen voor de AWBZ zullen worden, en artikel 40 AWBZ het sofi-nummergebruik – of, per 1 januari 2006: het bsn – voor uitvoeringsorganen AWBZ voorschrijft). Dat betekent derhalve ook, dat het nummer niet mag worden gebruikt bij eventuele werkzaamheden van de zorgverzekeraar in het kader van andere schadeverzekeringen (waaronder aanvullende ziektekostenverzekeringen). Ook is het uiteraard niet toegestaan met het oog op andere verzekeringen – bijvoorbeeld levensverzekeringen – persoonsgegevens op sofi-nummer te verstrekken aan andere privaatrechtelijke verzekeraars. Dergelijke verzekeraars mogen het sofi-nummer immers niet gebruiken (behalve voor zover ook zij een publieke taak zouden hebben en zij daarenboven bij wet of bij de amvb, bedoeld in artikel 24 Wbp tot het gebruik van het nummer bevoegd zouden zijn gemaakt). Daarboven komt dat dergelijke verzekeraars niet behoren tot de in artikel 87 genoemde

instanties, zodat verzekeraars hen geen gegevens op sofi-nummer mogen verstrekken.

Krachtens artikel 51 Wbp houdt het CBP toezicht op de verwerking van persoonsgegevens. Het CTZ houdt daarnaast toezicht op de rechtmatigheid van de uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars. De werkteerijnen van beide toezichthouders overlappen elkaar daar waar het gaat om de rechtmatigheid van de verwerking van persoonsgegevens zoals bij of krachtens de Zvw geregeld. Uiteraard is het wenselijk dat de toezichthouders elkaar op de hoogte houden van overtredingen die zij op dit terrein constateren, en ook overigens samenwerken.

Artikel 24 van de Wbp leidt er echter toe dat slechts die personen en instanties het sofi-nummer mogen gebruiken, aan wie dat gebruik bij wet is voorgeschreven dan wel aan wie dat gebruik op grond van de amvb, bedoeld in het tweede lid van dat artikel, is toegestaan. Om deze redenen wordt bij de Zvw bepaald welke personen en instanties in de Zvw-sfeer het sofi-nummer gebruiken, te weten: zorgverzekeraars (artt. 4 en 85), het CVZ (art. 35) en zorgaanbieders (artt. 86 en 117).

#### *eerste lid*

Het eerste lid bepaalt dat de zorgverzekeraar het sofi-nummer van zijn verzekerden – dat hij op grond van artikel 4 bij het sluiten van de verzekering zal moeten vragen – in zijn administratie opneemt (en daarmee ook mag gebruiken). Gezien zijn uit artikel 2:10 BW voortvloeiende bewaarplicht, bewaart hij dit nummer nog zeven jaar na het einde van de verzekering, tezamen met de verlopen zorgpolis.

#### *tweede lid*

Het tweede lid draagt de zorgverzekeraar op bij de polisadministratie zoals deze in artikel 33b, tweede lid, van de Wet structuur uitvoeringsorganisatie werk en inkomen (SUWI) geregeld is, te verifiëren, of het opgegeven sofi-nummer hoort bij de (overige) persoonsgegevens van de verzekerde. De zorgverzekeraar verricht de verificatie bij aanvang van de verzekering, en vervolgens indien daartoe aanleiding is. Indien van de persoon wiens gegevens worden opgenomen in de polisadministratie geen sofi-nummer bekend is, kan toch een sofi-nummer worden toegekend. De amvb bedoeld in het vierde lid kan daar betrekking op hebben.

#### *derde lid*

Het derde lid bepaalt dat bij uitwisseling van (persoons)gegevens tussen de in de artikelen 87 en 88 genoemde personen en instanties, gebruik wordt gemaakt van het sofi-nummer, voor zover die personen en instanties althans op grond van hetgeen bij wet is geregeld of op grond van de amvb, bedoeld in artikel 24, tweede lid, Wbp, dat nummer mogen gebruiken. Aldus wordt onder meer bewerkstelligd dat de levering van verzekerdengegevens door de verzekeraars aan het CVZ, benodigd voor het berekenen van de vereveningsbijdragen (art. 35) op sofi-nummer plaatsvindt.

Ten slotte wordt opgemerkt dat het sofi-nummer ook gebruikt zal worden bij de gegevensuitwisseling en betaling van de inkomensafhankelijke bijdragen als bedoeld in paragraaf 5.2. Omdat de heffing en invordering van deze bijdragen met overeenkomstige toepassing van de regels voor de heffing en invordering van de loon- of inkomstenbelasting geschiedt (artt. 48, 49 en 51) en in dat kader het gebruik van het sofi-nummer reeds geregeld is, hoeft het gebruik van het sofi-nummer bij de heffing en invor-

dering van de inkomensafhankelijke bijdragen niet apart geregeld te worden.

*vierde lid*

Op grond van het vierde lid kunnen bij amvb nadere regels worden gesteld over de opname van het sofi-nummer in de administratie van de zorgverzekeraar en over de verificatie van dat nummer. De voorbereiding van een dergelijke amvb zal in overeenstemming met de Minister van Financiën geschieden.

**Artikel 86 (verstrekking gezondheidsgegevens door zorgaanbieders)**

*eerste, tweede en vierde lid*

Krachtens de zorgverzekering kan de zorgverzekeraar de zorgaanbieder voor de verleende, verzekerde zorg direct zelf betalen, of kan hij de verzekerde (of verzekeringnemer) de kosten vergoeden die deze ten gevolge van het betalen van de rekening van de zorgaanbieder heeft gemaakt. In beide gevallen zal de zorgverzekeraar moeten weten welke zorg aan welke verzekerde is geleverd. Anders kan hij immers de volgende vragen, die beantwoord moeten zijn wil de verzekeraar overeenkomstig de bepalingen in de zorgverzekering kunnen betalen, niet beantwoorden:

1. is de persoon aan wie de zorg of dienst is geleverd wel bij de desbetreffende zorgverzekeraar verzekerd?
2. is de gedeclareerde zorg of dienst wel op grond van de zorgverzekering verzekerd?
3. indien krachtens de zorgverzekering de verzekerde de desbetreffende zorg bij een gecontracteerde zorgaanbieder dient te betrekken: is over de gedeclareerde zorg of dienst wel met de zorgaanbieder gecontracteerd?
4. zo ja, is de gecontracteerde prijs gedeclareerd?
5. indien de zorg van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder is betrokken, is de declaratie in verhouding tot de door de overige zorgaanbieders voor gelijksoortige activiteiten berekende bedrag redelijk (zie de toelichting op artikel 11)?
6. indien de verzekerde voor de desbetreffende behandeling voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar nodig had: valt de gedeclareerde zorg of dienst wel onder de reikwijdte van de gegeven toestemming?

Voorts zal hij zonder deze gegevens fraude minder goed kunnen bestrijden.

Aan de andere kant betreffen deze gegevens per definitie bijzondere gegevens, te weten gezondheidspersoonsgegevens, in de zin van de Wbp. Dergelijke gegevens mogen slechts verwerkt worden door de in artikel 21 Wbp genoemde personen voor de daar genoemde doelen, en dat dan nog slechts voor zover dat noodzakelijk is voor het daar genoemde doel. Zelfs al mogen persoonsgegevens op grond van laatstgenoemd artikel verwerkt worden, dan kan het medisch beroepsgeheim van zorgaanbieders daar via artikel 9, vierde lid, Wbp nog aan in de weg staan. De uit het medisch beroepsgeheim voortvloeiende zwijgplicht kan, zo volgt uit artikel 7:457 BW, in casu slechts opzij worden gezet indien een wettelijk voorschrift de zorgaanbieder tot spreken verplicht.

Artikel 21, eerste lid, onderdeel a, Wbp bepaalt dat hulpverleners, instellingen of voorzieningen voor gezondheidszorg gezondheidspersoonsgegevens mogen verwerken voor zover dat met het oog op een goede behandeling of verzorging van de betrokkene, dan wel het beheer van de



desbetreffende instelling of beroepspraktijk noodzakelijk is. Aangezien zorgaanbieders hun rekeningen slechts vergoed zullen krijgen indien zij de verleende zorg op de rekening specificeren, kan gesteld worden dat het verantwoord is van welke zorg aan welke verzekerde is geleverd, voor de zorgaanbieder noodzakelijk is met het oog op het beheer van zijn instelling of beroepspraktijk.

Artikel 21, eerste lid onderdeel b, Wbp bepaalt onder meer dat verzekeraars als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel h, van de Wtv 1993 (waartoe de zorgverzekeraars behoren) gezondheidspersoonsgegevens mogen verwerken voor zover dat noodzakelijk is voor de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst. In de eerste alinea van de toelichting op voorliggend artikel is reeds beargumenteerd waarom het noodzakelijk is dat zorgverzekeraars bepaalde gezondheidsgegevens van hun verzekerden kennen.

Aangezien onder «verwerken» in de zin van de Wbp mede wordt verstaan «verstrekken», kan geconcludeerd worden dat de Wbp het reeds mogelijk maakt dat zorgaanbieders bepaalde gezondheidspersoonsgegevens verstrekken aan de zorgverzekeraars van de verzekerden aan wie zij zorg of andere diensten hebben verleend. Desalniettemin wordt dit hier in voorliggend artikel nog eens met zoveel woorden bepaald. De reden hiervoor is allereerst dat aldus op dit privacy-gevoelige punt expliciet in de Zvw wordt geregeld wat mag en wat niet mag: zorgaanbieders mogen gezondheidspersoonsgegevens aan een zorgverzekeraar verstrekken voor zover dat voor die zorgverzekeraar noodzakelijk is voor het uitvoeren van de zorgverzekering of de Zvw. De tweede reden is, dat aldus bij wettelijk voorschrift (te weten bij voorliggend wetsartikel zelf) de zwijgplicht van artikel 7:457 BW opzij wordt gezet. Wat betreft de zwijgplicht van instellingen of individuele beroepsbeoefenaren geschiedt dit in het eerste, tweede en derde lid; wat betreft de zwijgplicht van beroepsbeoefenaren die werkzaam zijn voor een instelling die de rekeningen verzendt, geschiedt dat in het vierde lid. De derde reden, ten slotte, is de mogelijkheid, in het zesde lid van voorliggend artikel, om bij ministeriële regeling te bepalen om welke gegevens het in ieder geval gaat of om nadere, bijvoorbeeld uit privacy-overwegingen voortkomende, voorwaarden aan de gegevensverwerking te stellen.

Het eerste lid ziet hierbij op de situatie waarin de zorgverzekeraar de rekening van de zorgaanbieder direct betaalt (naturaverzekering of restitutie-verzekering met betalingsovereenkomst tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder). Het tweede lid ziet op de situatie waarin de verzekerde of de verzekeringnemer eerst de rekening voldoet, waarna hij deze ter vergoeding bij de zorgverzekeraar indient (restitutieverzekering zonder betalingsovereenkomst tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder).

#### *derde lid*

Het derde lid geeft de juridische basis voor verstrekking, door de zorgaanbieders, van dbc-gezondheidspersoonsgegevens aan een door de Minister van VWS aan te wijzen «informatie- en onderhoudsorgaan dbc's».

Hoewel artikel 86 geldt voor alle zorgaanbieders die tot het wettelijke pakket behorende zorg leveren, is de invoering van het beleid inzake de «diagnose behandeling combinaties» (dbc's) voor – met name – de medisch-specialistische zorg aanleiding voor de opnemingsartikelen 86. Ziekenhuizen en enkele andere zorginstellingen hebben hun werkzaamheden de afgelopen jaren onderverdeeld in ongeveer 30 000 dbc's. Het is de bedoeling dat zij in de toekomst per dbc of dbc-cluster met zorgverzekeraars prijs- en productie-afspraken maken, en vervolgens per geleverde dbc declareren. Daarbij zal altijd ook moeten worden gemeld aan welke

patiënt de dbc geleverd is, aangezien de zorgverzekeraar anders niet kan nagaan of de patiënt wel bij hem verzekerd is. Een dbc bevat informatie over de diagnose en behandeling van de patiënt. In termen van het privacyrecht kan dan ook worden geconcludeerd dat een zorgaanbieder die op zijn declaratie zet aan welke patiënt welke dbc geleverd is, een gezondheidspersoonsgegeven op die declaratie zet. Zorgdeclaraties komen direct (natura en soms ook restitutie) of indirect (restitutie) bij de zorgverzekeraar terecht.

Mede gezien het grote aantal dbc's, is het CBP van mening dat de meeste dbc's meer gezondheidsinformatie over een patiënt/verzekerde bevatten dan voor de zorgverzekeraar noodzakelijk is om de Zvw (of, voor het jaar 2005: de Zfw) goed uit te kunnen voeren. In overleg met het CBP en alle betrokken partijen is het afgelopen jaar een (voorlopig) toetsingsinstrument opgesteld aan de hand waarvan per dbc zal worden bepaald of melding, op de declaratie, van de aan de patiënt geleverde dbc noodzakelijk is, dan wel kan worden volstaan met melding van het (minder gezondheidsgegevens bevattende) cluster waartoe de geleverde dbc behoort.

Voor het systeem van risicoverevening is het echter noodzakelijk dat gegevens over dbc-consumptie worden gekoppeld aan verzekerdengegevens van de zorgverzekeraars. Dit dient altijd op dbc-niveau te gebeuren, koppeling op dbc-clusterniveau volstaat niet. Het eenvoudigst zou een dergelijke koppeling kunnen plaatsvinden als de zorgaanbieders telkens op de declaratie zouden mogen vermelden welke dbc aan welke patiënt is geleverd. Zoals in het voorgaande is aangegeven, is het CBP echter van mening dat het privacyrecht dit niet toelaat. Daarom streeft het kabinet ernaar deze koppeling op te dragen aan een op grond van artikel 86, derde lid, Zvw aan te wijzen (rechts)persoon (trusted third party), te weten het «dbc-informatie- en onderhoudsorgaan» (DIS). Het is de bedoeling dat de ziekenhuizen iedere geleverde dbc op persoonsniveau aan het DIS melden, en dat de zorgverzekeraars op persoonsniveau hun verzekerden, met bepaalde bijbehorende verzekerdenmerken, melden (artikel 88, eerste lid, bevat voor dit laatste de basis, terwijl verdere invulling op grond van het vijfde lid van dat artikel mogelijk is). Het DIS zal deze gegevens op persoonsniveau koppelen. De informatie die daaruit resulteert, zal zo worden gepresenteerd dat deze niet meer tot personen herleidbaar is, en vervolgens naar degene die deze nodig heeft (CVZ, de Minister van VWS) worden doorgeleid. Aangezien (a) koppeling op persoonsniveau noodzakelijk is voor een goede uitvoering van het risicovereveningssysteem en daarmee van de Zvw en (b) koppeling door de zorgverzekeraars zelf volgens het CBP in strijd komt met het privacyrecht omdat dat zou betekenen dat deze zorgverzekeraars alle dbc's op persoonsniveau zullen krijgen, kan de conclusie niet anders luiden dan dat er een (rechts)persoon moet worden aangewezen die deze koppeling zal verzorgen. Het kabinet is derhalve van mening dat verwerking van persoonsgegevens door het op grond van artikel 86, derde lid, aan te wijzen DIS past binnen de kader van de Wbp.

Ten slotte merk ik op dat het DIS nog heel wat andere functies heeft dan «koppelaar met het oog op het risicovereveningssysteem». Daarvoor wordt verwezen naar de brief van de Minister van VWS van 29 juni 2004 «Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)», Kamerstukken II 2003/04, 29 248, nr. 6.

#### *vijfde lid*

Het vijfde lid legt het personeel van de zorgverzekeraar of van degene die de zorgverzekeraar voor de verwerking van de gezondheidspersoons-

gegevens heeft ingeschakeld, alsmede het personeel van het «informatie- en onderhoudsorgaan dbc's» een zwijgplicht op. Dit is nodig nu artikel 2:5 Awb voor het personeel van zorgverzekeraars, die geen bestuursorgaan zijn, niet geldt, en artikel 21, tweede lid, Wbp niet garandeert dat een in een arbeidsovereenkomst te formuleren geheimhoudingsplicht beperkt genoeg wordt geformuleerd. De in het vijfde lid neergelegde geheimhoudingsplicht sluit juridisch uit, dat gezondheidspersoonsgegevens die met het oog op de uitvoering van de zorgverzekering zijn binnengekomen, voor andere privaatrechtelijke werkzaamheden van de verzekeraar (bijvoorbeeld het beoordelen van het verzekerd risico voor aanvullende verzekeringen) worden gebruikt. Daarnaast zullen zorgverzekeraars uiteraard maatregelen moeten treffen om ervoor te zorgen dat dit ook in de praktijk niet gebeurt. Het CBP zal, in samenwerking met het CTZ, toezicht houden op de naleving van het derde lid.

#### *zesde lid*

Artikel 86, zesde lid, onderdeel a, van de Zvw, geeft de mogelijkheid te regelen welke gegevens in ieder geval moeten worden uitgewisseld. De mogelijkheid tot het treffen van een ministeriële regeling zal in ieder geval worden gebruikt om te bepalen welke (dbc-)gegevens dbc-instellingen op persoonsniveau aan zorgverzekeraars dienen te verstrekken. Het is de bedoeling de reikwijdte van de ministeriële regeling stapsgewijs uit te breiden voor de gegevensverstrekking van aanbieders op andere zorgdeelmarkten (farmacie, hulpmiddelen, etcetera).

#### **Artikel 87 (verstrekking gegevens, waaronder persoonsgegevens aan zorgverzekeraars en publiekrechtelijke uitvoerders)**

Artikel 87 verplicht een ieder – derhalve onder meer verzekeringnemers, verzekerden, en werkgevers – aan in het eerste lid genoemde zorgverzekeraars en instanties kosteloos de gegevens en inlichtingen te verstrekken die voor die zorgverzekeraars en instanties noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de zorgverzekeringen of van deze wet. Het kan hierbij zowel om persoonsgegevens in de zin van de Wbp gaan, als om andere gegevens en inlichtingen.

De tekst van het artikel is grotendeels ontleend aan artikel 73b Zfw. Een wijziging ten opzichte van artikel 73b Zfw is, dat de plicht tot gegevensverstrekking niet meer beperkt is tot de gegevens over een aantal personen. Deze opsomming bleek in de praktijk een efficiënte uitvoering te belemmeren en komt ook in het «zuster»-artikel 56 van de AWBZ niet voor. Het weglaten van deze opsomming betekent niet, dat de privacy minder is gewaarborgd. Deze vindt borging in de beperking, dat slechts die gegevens hoeven te worden verstrekt, die voor de vrager noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de zorgverzekering of de Zvw. Voor de wijze waarop dit noodzakelijkheidsbegrip dient te worden ingevuld, zij verwezen naar de Wbp.

De verhouding tussen de artikelen 86 en 87 is deze, dat artikel 86 kan worden beschouwd als een specialis – de verstrekking van persoonsgegevens door zorgaanbieders aan zorgverzekeraars regelende – op artikel 87. Derhalve kunnen zorgaanbieders op grond van artikel 87 verplicht worden om andere gegevens dan persoonsgegevens aan zorgverzekeraars te leveren.

Op grond van het vierde lid kunnen nadere regels aan de in dit artikel voorgeschreven gegevensverstrekking worden gesteld.

### **Artikel 88 (verstrekking gegevens, waaronder persoonsgegevens, tussen zorgverzekeraars en publiekrechtelijke uitvoerders)**

Artikel 88, eerste lid, regelt, in navolging van artikel 73c Zfw, de (persoons-)gegevensuitwisseling tussen de zorgverzekeraars en instanties, genoemd in artikel 87.

Het vijfde lid kan onder meer worden gebruikt om te bewerkstelligen dat de zorgverzekeraars de voor de berekening van hun vereveningsbijdrage noodzakelijke persoonsinformatie overdragen aan het zogenoemde «informatie- en onderhoudsorgaan dbc's». Voor zover op grond van artikel 88 persoonsgegevens zullen worden uitgewisseld, kan het vijfde lid tevens – dit mede naar aanleiding van het advies van het CBP – worden gebruikt om privacywaarborgen in te bouwen.

### **Artikel 89 (periodieke gegevensverstrekking door zorgverzekeraar)**

Artikel 89, eerste lid, bepaalt dat het CTZ onderscheidenlijk het CVZ na overleg met het CVZ onderscheidenlijk het CTZ kan bepalen welke gegevens en inlichtingen regelmatig door de zorgverzekeraars moeten worden verstrekt. Het gaat hierbij niet om persoonsgegevens in de zin van de Wbp. Het tweede lid regelt dat het CTZ respectievelijk het CVZ tevens kunnen bepalen wanneer en op welke wijze de inlichtingen worden verstrekt, en dat zij kunnen vragen dat een externe accountant de juistheid van de verstrekte gegevens bevestigt. Het woord «regeling» in het eerste lid en het woord «regels» in het tweede lid geven aan, dat de door het CTZ en CVZ in zijn regeling op te nemen voorschriften algemeen verbindende voorschriften zullen zijn en de zorgverzekeraars derhalve zullen binden.

Onder de Zfw heeft het CTZ onder meer tot taak, na te gaan of de ziekenfondsen hun middelen rechtmatig besteed hebben. In dat verband wordt van hen gevergd jaarlijks door middel van een financieel verslag voor 1 maart verantwoording af te leggen over de besteding van hun middelen (art. 43f Zfw). Dit financieel verslag dient vergezeld te gaan van een accountantsverklaring. Nu het CTZ onder de Zvw geen toezicht meer houdt op de wijze waarop de zorgverzekeraars hun middelen besteden, wordt hen in het kader van hun verantwoording (paragraaf 4.3 van deze wet) niet meer opgedragen een financieel verslag aan het CTZ of CVZ te zenden.

Echter, de financiële informatie in het financieel verslag wordt onder de Zfw niet alleen gebruikt om na te gaan of het ziekenfonds zijn middelen rechtmatig heeft besteed, maar wordt tevens onder meer gebruikt voor het vaststellen van de vereveningsbijdragen en voor het vaststellen – door de Minister van VWS – van de hoogte van premies of bijdragen aan de Algemene Kas. Om dezelfde redenen is onder de Zvw dergelijke financiële informatie nodig, zij het dat voor «Algemene Kas» uiteraard «Zorgverzekeringsfonds» moet worden gelezen, en voor «ziekenfonds» «zorgverzekeraar». Op grond van artikel 89 kunnen het CVZ of het CTZ (in onderling overleg) daarom regelen welke financiële informatie de zorgverzekeraars voor 1 maart moeten leveren en in welke mate de juistheid van de aan te leveren gegevens van een oordeel van een accountant voorzien moeten zijn. Op grond van artikel 90, tweede lid, zal de Minister het CVZ of CTZ vervolgens verzoeken die financiële informatie aan hem door te geven, die voor zijn werk noodzakelijk is. De Minister kan laatstgenoemd artikellid ook gebruiken om zijn wensen ten aanzien van de aan te leveren informatie vooraf aan het CVZ of CTZ kenbaar te maken.

Overigens kunnen het CTZ en het CVZ artikel 89 ook gebruiken om op andere data dan 1 maart periodieke informatie op te vragen.

Op grond van de Europese regelgeving dient het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) in het kader van de EMU-rapportage informatie aan te leveren. Wat betreft de uitgaven en inkomsten van ziekenfondsen baseert het CBS zich thans voornamelijk op informatie van het CVZ. Die informatie is onder andere afkomstig uit de jaar- en kwartaalstaten. De te verstrekken informatie op grond van artikel 89 zal in de toekomst mede de basis voor de rapportages van het CBS vormen. Voorts kan op grond van artikel 89 informatie worden opgevraagd die nodig is het risicovereveningssysteem en voor de budgetcyclus van het Rijk.

Met het oog op beperking van de administratieve lasten voor zorgverzekeraars spreekt het voor zich dat de gegevensopvraag zich dient te beperken tot datgene dat voor CTZ, CVZ en de Minister noodzakelijk is om hun taken te vervullen.

Op grond van het derde lid kan bij ministeriële regeling worden bepaald welke statistische gegevens de zorgverzekeraars verzamelen betreffende vormen van zorg en andere op grond van de zorgverzekeringen te verzekeren diensten (zie de artt. 11 juncto 10).

### **Artikel 90 (gegevensverstrekking aan Minister van VWS, CTG, CBZ en CSZ)**

#### *eerste lid*

Het eerste lid van artikel 90 zorgt ervoor dat het CVZ en het CTZ de Minister van VWS op de hoogte brengen van ontwikkelingen die ertoe kunnen leiden dat er, ondanks het verbod daartoe, bij de acceptatie van verzekeren toch op risico wordt geselecteerd, of die ertoe kunnen leiden dat de rechtmatige en volledige uitvoering van gesloten zorgverzekeringen in gevaar komt, bijvoorbeeld doordat de Wtv-vergunning voor de uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf branches 1 en 2 ingetrokken dreigt te worden zonder dat sprake is van polisovername door een andere zorgverzekeraar. Deze informatie kan betrekking hebben op vertrouwelijke gegevens van afzonderlijke, met naam genoemde zorgverzekeraars (art. 92, derde lid). De PVK wordt in het eerste lid niet genoemd. Aangenomen mag worden dat door de PVK in het kader van zijn prudentiële toezicht geconstateerde ongewenste ontwikkelingen die mede voor de Minister van VWS, het CVZ of het CTZ van belang kunnen zijn aan het CTZ mededeelt (zie art. 92, derde lid). Vervolgens kan het CTZ besluiten op grond van artikel 90, eerste lid (juncto art. 92, derde lid) de informatie aan de Minister van VWS door te geven.

#### *tweede lid*

Op grond van het tweede lid dienen het CVZ en het CTZ tevens desgevraagd aan de Minister van VWS, aan het CTG, aan het CBZ of aan het CSZ, de voor de uitoefening van hun taak benodigde inlichtingen en gegevens te verstrekken. Ook hier geldt wederom dat aan de Minister vertrouwelijke informatie per afzonderlijke verzekeraar mag worden verstrekt (art. 92, derde lid). Dit geldt echter niet voor de informatieverstrekking aan het CTG, het CBZ of het CSZ.

#### *derde lid*

Het derde lid vormt een compilatie van de artikelen 1y en 1z Zfw. Het verplicht het CVZ en het CTZ aan de Minister van VWS of aan het CTG,

CBZ of het CSZ toegang te geven tot en inzage te geven in zakelijke gegevens en bescheiden, voor zover dat voor de vervulling van de taak van de Minister, het CTG, het CBZ of het CSZ redelijkerwijs nodig is. Aan het CTG, het CBZ of het CSZ mogen echter geen vertrouwelijke gegevens omtrent afzonderlijke verzekeraars ter inzage worden gegeven (zie art. 92).

### **Artikel 91 (gebruik van een elektronische infrastructuur)**

In het eerste lid wordt in navolging van hetgeen thans in artikel 39 Zfw geregeld is, de wettelijke basis gelegd voor de elektronische verstrekking of ontvangst (verder «uitwisseling» genoemd) van gegevens. Het gaat hier om standaardpersoonsgegevens (waarvan de bevoegdheid tot doorgifte overigens op grond van artikel 85 of 88 geoorloofd dient te zijn), bijvoorbeeld met betrekking tot verzekeringsplichtigen of verzekerden. Op dit moment is op grond van artikel 39 Zfw de gegevensuitwisseling met het zogenoemde Routerings Instituut (inter)Nationale Informatiestromen (Rinis) gebaseerd.

In het tweede lid wordt aan CVZ de mogelijkheid gedelegeerd om ter zake van die elektronische uitwisseling regels te stellen omtrent bepaalde, in de verschillende onderdelen aangeduide onderwerpen, die van wezenlijk belang zijn voor het goed functioneren van die gegevensuitwisseling. Het betreft onderwerpen als de wijze waarop de uitwisseling plaatsvindt, de (verplichte) aansluiting van een zorgverzekeraar op de infrastructuur die bij de gegevensuitwisseling gebruikt zal worden, de organisatie en het beheer van de infrastructuur (op welke wijze zorgt een zorgverzekeraar er voor dat de gegevensuitwisseling tot stand komt en in stand kan blijven en op welke wijze worden de verantwoordelijkheden vastgelegd), regels omtrent de aard en omvang van de gegevensuitwisseling (met betrekking tot welk doel wordt de uitwisseling gerealiseerd), de kwaliteit, tijdigheid en juistheid van de aangeleverde gegevens en de wijze waarop wordt omgegaan met foutmeldingen. Ook moeten zonnodig regels kunnen worden gesteld omtrent de financiering van het gebruik van de infrastructuur en de toedeling van kosten.

### **Artikel 92 (geheimhoudingsplicht gegevens individuele zorgverzekeraars)**

#### *eerste en tweede lid*

Op grond van artikel 16 van de derde richtlijn schadeverzekering dienen «vertrouwelijke» gegevens over afzonderlijke verzekeraars, die toezichthouders of hun personeel in het kader van hun toezichtstaak over verzekeraars vernemen, geheim te worden gehouden. Deze geheimhoudingsverplichting is in artikel 92 overgenomen. Omdat de redactie van artikel 1:72 van het wetsvoorstel Wft beter aansluit op de tekst van de richtlijn dan het bestaande artikel 182 Wtv 1993, is ervoor gekozen om voor de eerste twee leden van artikel 92, vooruitlopend op de verdere aanpassing van de Zvw op de Wft, alvast aan te sluiten bij laatstgenoemd artikel van de Wft.

#### *derde lid*

De redactie van het derde lid sluit aan bij die van artikel 1:73 van het wetsvoorstel Wft. Echter, de soorten instanties die op grond van dit lid gegevens met elkaar mogen uitwisselen alsmede gegevens aan de Minister van VWS verstrekken, zijn uitgebreider dan de soorten instanties waaraan artikel 1:73 dit de DNB/PVK of de AFM toestaat, en mogelijk ook ruimer dan hetgeen artikel 16 van eerdergenoemde richtlijn toestaat. Het kabinet is echter van mening dat het met het oog op de consumentenbescher-

ming en de financiële houdbaarheid van het stelsel, derhalve in het kader van het algemeen belang, noodzakelijk is dat het CTZ, het CVZ, de PVK en de AFM, voor zover dat noodzakelijk is voor de uitoefening van hun wettelijke taken, met elkaar en aan de Minister van VWS vertrouwelijke gegevens over afzonderlijke verzekeraars kunnen uitwisselen. Anders dan bij een gewone private verzekering beoogt de zorgverzekering immers ook sociale doelen, terwijl de financiering ervan deels uit publieke middelen plaatsvindt. Overigens zijn de hier genoemde instanties en hun personeel, alsmede de Minister van VWS en zijn personeel, op grond van het eerste lid van artikel 92 weer gehouden tot geheimhouding, behalve voor zover dit voor de uitvoering van hun taak of door het bij of krachtens de Zvw geregelde wordt geëist.

*vierde, vijfde en zesde lid*

Het vierde lid, onderdelen a en b, en het vijfde lid, vormen een vertaling van artikel 182, derde en vierde lid, van de Wtv 1993. De inhoud van deze leden wordt in het wetsvoorstel Wft zeer gedetailleerd uitgewerkt. In het kader van de invoerings- en aanpassingswetgeving Zvw of Wft, zal worden overwogen om door middel van verwijzing naar laatstbedoelde bepalingen in artikel 92 Zvw bij de Wft aan te sluiten. Op dit moment is dat echter nog niet mogelijk.

Het vierde lid, onderdeel c, en het zesde lid vormen een vertaling van artikel 1x14, achtste lid, Zfw.

Aangezien zorgverzekeraars tevens verzekeraar zijn, geldt artikel 92 ook ten aanzien van gegevens over zorgverzekeraars. Bewust is voor de ruimere formulering «verzekeraar» gekozen. Niet uitgesloten is immers, dan een verzekeraar die zich voordoet als zorgverzekeraar, toch geen zorgverzekeraar is. Dat is het geval indien de door hem aangeboden modelovereenkomsten geen goede modellen voor een zorgverzekering zijn. In de toelichting op artikel 25 is hier uitgebreid op ingegaan. Het is wenselijk dat de PVK, de AFM, het CTZ, het CVZ elkaar en de Minister ook over dergelijke «pseudo-zorgverzekeraars» (die wel verzekeraar zullen zijn), kunnen informeren. De uitwisseling geldt slechts voor zover dat in het kader van de taakuitoefening van de PVK, de AFM, het CTZ of het CVZ noodzakelijk is.

## **Hoofdstuk 9. Handhaving**

*Paragraaf 9.1 Aanwijzingen aan verzekeraars*

### **Artikel 93 (aanwijzingsbevoegdheid jegens verzekeraar)**

In dit artikel is een bevoegdheid van het CTZ geregeld om aanwijzingen te geven aan zorgverzekeraars alsmede aan niet-zorgverzekeraars die verzekeringen als zorgverzekering aanbieden die geen zorgverzekeringen zijn. Met de woorden «uit hoofde van zijn toezichthoudende taak» wordt bedoeld dat het CTZ zijn aanwijzingsbevoegdheid alleen kan gebruiken voor zover hij in het kader van zijn toezichtstaak gedrag van een zorgverzekeraar constateert dat hij via een aanwijzing wil corrigeren. Dit betekent met name, dat overtredingen van bepalingen bij of krachtens de Wtv 1993 gesteld, niet tot een aanwijzing van het CTZ zullen kunnen leiden. In dat geval kan de PVK namelijk op grond van artikel 54 van laatstgenoemde wet een aanwijzing geven.

De aanwijzingsmogelijkheid kan bijvoorbeeld worden gebruikt indien een zorgverzekeraar zijn zorgverzekeringen op een onredelijke wijze uitvoert. Uiteraard volgt uit het privaatrechtelijke karakter van de zorgverzekering, dat het in zo'n geval in principe de verzekeringnemer of verzekerde is, die

de zorgverzekeraar hier, via een actie wegens wanprestatie, op aan dient te spreken. Voorts volgt uit het systeem van de wet dat een zorgverzekeraar die dientengevolge zijn gedrag niet wijzigt, op den duur zijn verzekeren zal verliezen. Net als in de Wtv 1993 – welke wet slechts ziet op privaatrechtelijke en derhalve in principe door de verzekeringnemer of verzekerde te handhaven verzekeringen – is hier echter toch de mogelijkheid voor het CTZ opgenomen, om bij ongewijzigd onredelijk gedrag van de verzekeraar een aanwijzing te geven. Dit is in de Zvw temeer op zijn plaats, nu deze wet beoogt sociale verzekeringen tot stand te doen komen. Het spreekt, gezien het voorgaande (handhaving via civielrechtelijke actie van de consument in combinatie met marktwerking) echter voor zich, dat het CTZ van de mogelijkheid een aanwijzing te geven met betrekking tot de inhoud of de uitvoering van de zorgverzekering in de praktijk slechts in uitzonderlijke gevallen gebruik zal maken.

De aanwijzingsbevoegdheid kan niet worden gebruikt om invloed uit te oefenen op concrete besluiten in individuele gevallen (tweede lid).

Volgt een zorgverzekeraar een aanwijzing niet of niet tijdig op, dan kan het CTZ op grond van het vierde lid van artikel 93 een last onder dwangsom opleggen, of, in bepaalde gevallen, het ongewenste gedrag van de verzekeraar of het feit dat hem een last onder dwangsom of bestuurlijke boete is opgelegd, publiceren.

Wat betreft het vierde lid, onderdeel a, wordt opgemerkt dat het CTZ ingevolge artikel 5:32 Awb bevoegd is om in plaats van bestuursdwang toe te passen een last onder dwangsom op te leggen.

Op grond van het vierde lid, onderdeel b, heeft het CTZ de mogelijkheid het niet opvolgen van een aanwijzing te publiceren, indien althans sprake is van een van de in de drie subonderdelen genoemde situaties. De dreiging van publicatie kan een effectief middel zijn om ongewenst gedrag van een (zorg)verzekeraar te beëindigen en blijkt het dat niet te zijn, dan kunnen de klanten van de desbetreffende verzekeraar na publicatie besluiten over te stappen.

Uit artikel 92, eerste lid, Zvw volgt, dat het CTZ bij zijn publicaties geen vertrouwelijke gegevens over afzonderlijke zorgverzekeraar mag vermelden. Daar bieden de Europese richtlijnen schadeverzekeringen immers geen ruimte toe. De huidige praktijk in het kader van de financiële toezichtswetgeving bevestigt echter dat publicatie van de in het vierde lid, onderdeel a, b of c, genoemde gegevens, mits het CTZ de gepubliceerde informatie beknopt houdt («Het CTZ waarschuwt de consument om geen zorgverzekeringen van zorgverzekeraar x te sluiten. Gebleken is namelijk dat zorgverzekeraar x artikel y van de Zvw overtreedt.»), niet te zien zal zijn als publicatie van vertrouwelijke gegevens.

Overigens heeft het CTZ daar waar een (zorg)verzekeraar bepaalde bij of krachtens de Zvw geregelde bepalingen overtreedt dan wel een verzekeraar verzekeringen als zorgverzekering aanbiedt die dat niet zijn, tevens de mogelijkheid om een last onder dwangsom op te leggen of een bestuurlijke boete op te leggen (artt. 94 en 96 tot en met 99). Dit geldt zelfs indien het CTZ tot een publicatie als bedoeld in het vierde lid, onderdeel b, is overgegaan, aangezien de publicatie geen bestraffende sanctie jegens de zorgverzekeraar is of als zodanig uitwerkt. De publicatie is er immers op gericht om de consument te informeren of te waarschuwen.



**Artikel 94 (mogelijkheid last onder dwangsom bij overtreding van diverse artikelen)**

*eerste lid*

Artikel 94 geeft het CTZ de bevoegdheid de zorgverzekeraar een last onder dwangsom op te leggen indien deze niet voldoet aan de voorschriften, gesteld bij of krachtens de artikelen 3, 4, tweede tot en met vijfde lid, 5, derde lid, 9, 25, derde lid, 28, 29, eerste en tweede lid, 35, eerste en tweede lid, 37, 38, eerste en vierde lid, 64, tweede lid, 67, tweede lid, 68, tweede lid, 80, tweede lid, 83, 85, 88, eerste, tweede en vierde lid, 89, 91 of 95, vierde lid.

De last onder dwangsom is, naast de aanwijzing, een instrument om toekomstige overtredingen te vermijden en reeds opgetreden overtredingen, of de gevolgen daarvan, te beëindigen of ongedaan te maken. Daarmee heeft de last onder dwangsom of de aanwijzing een ander karakter – te weten «reparatoir» of «op herstel gericht» – dan de in de hiernavolgende artikelen geregelde bestuurlijke boete, die in eerste instantie bedoeld is om reeds begane overtredingen te straffen.

Opgemerkt wordt dat overtreding van Zvw-artikelen die bepalen wat de inhoud van de zorgverzekering dient te zijn – derhalve het grootste gedeelte van de in de hoofdstukken 2 en 3 opgenomen artikelen – niet met een last onder dwangsom, inhoudende dat op straffe van verbeurte van de dwangsom alsnog aan bepaalde in die hoofdstukken opgenomen artikelen moet worden voldaan, kan worden tegengegaan. Dat zou immers betekenen dat het CTZ de verzekeraar kan dwingen bepaalde onderwerpen in zijn verzekeringsovereenkomsten op te nemen, hetgeen zich niet goed met de richtlijnen schadeverzekering verhoudt. Overtreding van de in de hoofdstukken 2 en 3 opgenomen bepalingen zal er echter toe leiden, dat de desbetreffende verzekeringen geen zorgverzekeringen zullen zijn. Het CTZ kan op grond van artikel 94, derde lid, wel een last onder dwangsom geven om dergelijke verzekeringen niet meer als zorgverzekeringen aan te bieden. Overigens tellen zulke verzekeringen niet mee voor de verevening (artt. 32 en 34). Indien de verzekeraar dergelijke verzekeringen als zorgverzekering heeft verkocht, is hij bovendien schadelijkt (art. 27). Omdat een verzekeraar op grond van artikel 25 de plicht heeft zijn modellen voor de zorgverzekering vooraf aan het CTZ over te leggen, kan het CTZ nagaan of een volgens de modellen gesloten verzekering daadwerkelijk een zorgverzekering op zal leveren. Het niet overleggen van de modellen, kan op grond van voorliggend artikel wél tot een last onder dwangsom leiden, en kan voorts met een bestuurlijke boete worden bestraft (art. 96).

*tweede en derde lid*

Op grond van het tweede lid krijgt het CTZ ook de mogelijkheid een boete op te leggen aan een niet-zorgverzekeraar. Wat betreft de overtreding van de artikelen 25, eerste en tweede lid, gaat het daarbij om de situatie waarin een verzekeraar onder de veronderstelling zorgverzekeringen aan te bieden de verzekeringsmarkt betreedt, zonder zich eerst als zorgverzekeraar aan te melden of zijn modelovereenkomsten over te leggen. Zoals in het begin van de toelichting op hoofdstuk 4 is aangegeven, is dit op zich niet verboden. De melding en de overlegging van de modelovereenkomsten vormen immers geen toetredingsvoorwaarden tot de zorgverzekeringsmarkt. Het overtreden van artikel 25, eerste en tweede lid heeft echter wel als gevolg dat een verzekeraar die daadwerkelijk zorg-

verzekeringen aanbiedt en daardoor dus zorgverzekeraar wordt, geen recht heeft op de vereveningsbijdrage, terwijl een verzekeraar die geen zorgverzekeringen zou blijken aan te bieden schadelijkt wordt tegenover zijn verzekeringnemers en verzekerden (en daarnaast uiteraard ook geen vereveningsbijdrage krijgt). Voorts kan op grond van artikel 96 een boete worden opgelegd. Met name met het oog op deze tweede situatie – dus de situatie dat de verzekeraar verzekeringen als zorgverzekeringen aanbiedt die dat niet zijn – en derhalve met het oog op de bescherming van verzekeringnemers en verzekerden, wordt in het tweede lid geregeld, dat het CTZ een verzekeraar die zich niet houdt aan het eerste of tweede lid van artikel 25, een last onder dwangsom kan opleggen. De last zal dan inhouden, dat de modelovereenkomsten alsnog moeten worden overgelegd. De bepaling richt zich zowel tot de verzekeraar die de zorgverzekeringsmarkt reeds met echte zorgverzekeringen heeft betreden (zonder de modellen daarvoor over te leggen of zich als zorgverzekeraar aan te melden) en derhalve zorgverzekeraar is, als tot verzekeraars die als «zorgverzekering» een niet overgelegde modelovereenkomst aanbieden die (mogelijk) geen zorgverzekering is. Onder «verzekeraars» vallen immers ook de zorgverzekeraars (zie art. 1, onderdelen a en b, Zvw).

Constaateert het CTZ dat een overeenkomstig een model gesloten overeenkomst geen zorgverzekering op zal leveren, dan zal hij de verzekeraar verzoeken zijn model aan te passen dan wel de markt niet te betreden of te verlaten. Dit geldt mutatis mutandis voor een zorgverzekeraar met een nieuw of gewijzigd model dat volgens het CTZ geen zorgverzekeringen (meer) zal opleveren. Een verzekeraar die zich daar niet aan houdt, en derhalve misleidend als «zorgverzekering» blijft aanbieden een verzekering die dat niet is, kan van het CTZ op grond van artikel 93 een aanwijzing krijgen om dit gedrag stop te zetten. Bij niet opvolging daarvan is publicatie mogelijk. Ook is echter op grond van het derde lid van dit artikel een (nieuwe) last onder dwangsom mogelijk, inhoudende dat de verzekeraar zijn misleidende gedrag, op straffe van verbeurte van een door het CTZ vast te stellen dwangsom, dient te beëindigen.

Wat betreft overtreding van artikel 30 (tweede lid): het gaat hier om rechtspersonen die geen zorgverzekeringen meer uitvoeren, en derhalve geen zorgverzekeraar en mogelijk zelfs geen verzekeraar meer zijn. Om de afrekening van de vereveningsbijdragen in goede banen te leiden, is het echter van belang dat een dergelijke ex-zorgverzekeraar verplicht kan worden alsnog aan het CVZ mee te delen, met ingang van welke datum zijn laatste zorgverzekering eindigde.

#### *vierde lid*

De zinsnede «met dien verstande (...)» is nodig omdat door het CTZ geïnde dwangsommen anders op grond van de eerste volzin van artikel 5:33, eerste lid, Awb aan het CTZ zouden toekomen.

#### *Paragraaf 9.3 Bestuurlijke boeten*

### **Artikel 95 (boete bij te late verzekering)**

In het voorgaande is diverse malen aangegeven dat op het te laat (laten) afsluiten van een verzekering de sanctie van een bestuurlijke boete staat.

Het eerste lid bepaalt in welke gevallen de boete wordt opgelegd. Enerzijds gaat het om gevallen waarin iemand niet binnen vier maanden na het ontstaan van de verzekeringsplicht een zorgverzekering heeft. Anderzijds gaat het om gevallen waarin een eenmaal gesloten zorgverzekering is geëindigd zonder dat voor de verzekerde direct aansluitend een nieuwe

zorgverzekering gaat lopen (of, indien de verzekerde meerdere verzekeringen tegelijk had: een andere zorgverzekering blijft lopen), terwijl wel de verzekeringsplicht blijft gelden. Oftewel: gevallen waarin de verzekerde een «gat» in zijn verzekeringshistorie heeft, terwijl hij gedurende dat gat wel degelijk verzekeringsplichtig was.

De boete wordt opgelegd aan de te laat verzekerde, ook als deze een ander is dan de verzekeringnemer. De verzekerde heeft immers niet aan zijn plicht voldaan, om ervoor te zorgen tijdig verzekerd te zijn. Dit uitgangspunt leidt slechts uitzondering indien ingevolge artikel 2, derde lid, niet op de verzekeringsplichtige, maar op zijn wettelijke vertegenwoordiger de plicht rustte om ervoor te zorgen dat de verzekeringsplichtige verzekerd was. In dit geval wordt de boete aan deze wettelijke vertegenwoordiger opgelegd (tweede lid).

Het derde en het vierde lid bepalen de hoogte van de boete: deze is gelijk aan 130% van de premie voor de zorgverzekering die men uiteindelijk alsnog heeft gesloten, over de periode gedurende welke de verzekeringsplichtige ten onrechte niet verzekerd was (derde lid). Deze periode is echter niet langer dan vijf jaar (vierde lid). Het percentage van 130 is gekozen om enerzijds het economische voordeel weg te nemen, dat een verzekeringsplichtige heeft gehad door zich over een bepaalde periode niet te verzekeren (met als gevolg dat hij ook geen premie hoefde te betalen), anderzijds daarbovenop een bestraffend element toe te voegen. De premie waarvan bij de berekening van de hoogte van de boete wordt uitgegaan, is de premie voor de zorgverzekering die alsnog ten behoeve van de verzekeringsplichtige wordt gesloten, zoals deze krachtens de polis op het moment van die sluiting luidt. Dit is met het oog op de uitvoerbaarheid voor de zorgverzekeraars en daarmee met het oog op de administratieve lasten te verkiezen boven het voorschrijven van een standaardpremie waarvan moet worden uitgegaan. Het kabinet realiseert zich dat een verzekeringsplichtige het bedrag van de boete enigszins zal kunnen dempen door een zorgverzekering uit te zoeken met een lage premie en een hoog eigen risico. Echter, doorgaans zal een verzekeringsplichtige die zich niet verzekerd had, de zorgverzekering alsnog sluiten op het moment dat hij zorg nodig heeft. Hij wordt dan bij zijn zorgconsumptie onmiddellijk met dat hogere eigen risico (en mogelijk ook met een iets minder goede dienstverlening dan bij een zorgverzekeraar die een hoge premie hanteert) geconfronteerd.

De periode waarover de premie wordt berekend, is gemaximeerd op vijf jaren. Daarmee wordt aangesloten bij de verjaringstermijn van artikel 111, eerste lid, Zvw.

De boete wordt opgelegd door het CVZ, welk college een bestuursorgaan is in de zin van de Awb. Het CVZ is echter niet in staat zelf de boetewaardige gedragingen te constateren. Daarnaast zou het zeer inefficiënt zijn het CVZ de hoogte van de boete te laten berekenen of de boeten te laten innen. Met het oog daarop bepaalt het vijfde lid, dat het CVZ de voorbereiding (waaronder het constateren van het boetewaardig gedrag) en de uitvoering van zijn boetebeschikking namens hem door de zorgverzekeraars laat verrichten. Daarnaast is het wenselijk dat het CVZ het geven van de boetebeschikkingen aan de zorgverzekeraars mandateert. Dat wil zeggen: de zorgverzekeraars geven de beschikking in naam van het CVZ. Anders bestaat immers het risico van een tijdrovende «voorlegprocedure», een procedure volgens welke de zorgverzekeraar de conceptbeschikking schrijft, deze voor tekening naar het CVZ verstuurt, waarna het CVZ de beschikking met het oog op de afhandeling (verzending aan de verzekerde, invordering van de boete) weer aan de zorgverzekeraar retourneert.

Artikel 105, eerste lid, onderdelen a en b, bepaalt dat het CVZ geen boete oplegt voor zover de overtreding niet aan de overtreder kan worden verweten dan wel er voor de overtreding een rechtvaardigingsgrond bestond. Indien de verzekeringsplichtige zich derhalve te laat verzekert of laat verzekeren zonder dat dit hem kan worden verweten, legt het CVZ geen boete op. Bij gevallen waarin het te laat verzekeren niet aan de verzekeringsplichtige te verwijten is, kan gedacht worden aan personen met een psychiatrische of psychogeriatrische aandoening die hen belette tijdig een zorgverzekering te sluiten, maar ook aan personen die te goeder trouw een verzekering hebben gesloten die achteraf geen zorgverzekering bleek te zijn (meer over dit laatste in de toelichtingen op de artikelen 25 en 94). Indien op grond van artikel 2, derde lid, de wettelijke vertegenwoordiger degene is die ervoor moet zorgen dat de verzekeringsplichtige die hij vertegenwoordigt verzekerd is, wordt, als gezegd, de boete bij te late verzekering aan hem opgelegd (tweede lid). Hij is derhalve de overtreder in de zin van artikel 105, en de boete wordt hem slechts dan niet opgelegd, indien de te late verzekering *hem* niet te verwijten is. Naar mate waarin de te late verzekering aan de verzekeringsplichtige te wijten is – veelal zal hier wegens wilsonbekwaamheid van de betrokkene geen sprake van zijn – wordt derhalve niet gekeken.

Om een ongelijke uitvoering van zijn boetebevoegdheid door de verschillende zorgverzekeraars te voorkomen, zal het CVZ nader uit dienen te werken in welke gevallen wegens niet-verwijtbaarheid wordt afgezien van een boete, en in welke gevallen een rechtvaardigingsgrond aanwezig kan worden geacht. Overigens mag het CVZ – en mogen derhalve ook de zorgverzekeraars – er bij het opleggen van de boete van uitgaan dat het te late verzekeren verwijtbaar is en dat er geen rechtvaardigingsgrond is. Het is vervolgens aan de verzekeringsplichtige om aannemelijk te maken dat de verwijtbaarheid ontbrak of dat er een rechtvaardigingsgrond was.

Overigens leidt artikel 107, eerste lid, Zvw ertoe dat, zelfs indien het te laat verzekeren verwijtbaar is en derhalve een boete moet worden opgelegd, de hoogte van die boete, in afwijking van het in artikel 95, derde lid bepaalde, moet worden gemitigeerd indien de overtreder aannemelijk maakt dat een volgens deze leden berekende boete wegens bijzondere omstandigheden te hoog is. Zoals is aangegeven in de toelichting op artikel 5.1.4.7, derde lid, van het «wetsvoorstel tot aanvulling van de Algemene wet bestuursrecht (Vierde tranche Algemene wet bestuursrecht)» (Kamerstukken II 2003/04, 29 702, nrs. 1 t/m 3), vloeit dit voort uit de door artikel 6 van het Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden gestelde eis van evenredigheid tussen overtreding en sanctie.

Het voorbereiden, opleggen en uitvoeren van de in dit artikel geregelde boetebeschikkingen vormt voor de zorgverzekeraars een niet tot de uitvoering van het verzekeringsbedrijf behorende nevenactiviteit. Op grond van de eerste richtlijn schadeverzekering mogen zij dit werk slechts verrichten voor zover zij er geen risico op lopen. Daarom regelt het zesde lid, dat de zorgverzekeraars voor deze werkzaamheden recht hebben op een vergoeding. Om de verzekeraars een belang te geven bij het daadwerkelijk constateren, opleggen en innen van de boeten, bedraagt de vergoeding een percentage van de ingevorderde boeten. Het percentage zal door het CVZ worden bepaald.

De zorgverzekeraars dragen de ingevorderde boeten onder aftrek van de vergoeding, bedoeld in het zesde lid, af aan het Zorgverzekeringsfonds (zevende lid; zie ook art. 39, tweede lid, onderdeel h).

Ten slotte wordt hier nog opgemerkt dat artikel 10:3, derde lid, Awb ertoe leidt dat het CVZ het beschikken op bezwaar tegen een boetebeschikking

niet aan dezelfde personen mag mandateren als aan de personen aan wie het nemen van de primaire beschikking is gemandateerd. Het CVZ zal derhalve of zelf de bezwaarschriften moeten behandelen, of andere personen, al dan niet bij de desbetreffende zorgverzekeraar, tot het geven van de beschikkingen op bezwaar moeten mandateren.

Is de belanghebbende het niet eens met de beslissing op bezwaar, dan kan hij op grond van de Awb in beroep bij de rechtbank. Door middel van een via de Invoerings- en aanpassingwet Zvw aan te brengen wijziging in de bijlage bij de Beroepswet, zal hoger beroep bij de Centrale Raad van Beroep (CRvB) mogelijk worden gemaakt. Aldus wordt aangesloten bij de in de overige sociale verzekeringen gebruikelijke beroepsgang.

#### **Artikel 96 (boete bij niet voldoen aan artikel 3, 25, 28, 29 of 30)**

Artikel 96 kent het CTZ de bevoegdheid toe forse boeten op te leggen indien een zorgverzekeraar (eerste lid), dan wel een verzekeraar respectievelijk een gewezen zorgverzekeraar (tweede lid) niet voldoet aan enkele belangrijke Zvw-artikelen. Voor de ratio van het tweede lid wordt verwezen naar de toelichting op artikel 94, tweede lid.

#### **Artikel 97 (boete indien zorgverzekeraar onjuiste of onvolledige vereveningsgegevens verschaft)**

De hoogte van de vereveningsbijdragen, bedoeld in de artikelen 32 en 34, alsmede, onder omstandigheden, de hoogte van de bijdragen op grond van artikel 33, is gebaseerd op het aantal verzekerden van een zorgverzekeraar, en hun kenmerken. Een zorgverzekeraar die, bijvoorbeeld met het oog op het verkrijgen van een hogere bijdrage, hierover onjuiste informatie aan het CVZ of aan een door het CVZ aangewezen persoon die de bijdragen berekent, verschaft, kan een boete van maximaal € 10 000 000 tegemoet zien. Omdat met de vereveningsbijdragen forse bedragen gepaard gaan, en derhalve het aanleveren van onvolledige of onjuiste gegevens flinke voordelen op kan leveren, is het maximumboete ook fors. Overigens dient het CTZ, net als bij het opleggen van zijn overige boeten, bij het bepalen van de hoogte van de op te leggen boete wel rekening te houden met de mate van verwijtbaarheid en met de vraag of er een rechtvaardigingsgrond voor de overtreding is (artt. 105 en 107, tweede lid). Voorts is het wenselijk dat het CTZ alvorens een boete op te leggen, contact opneemt met de PVK. Hoe hoger de boete, hoe groter immers de gevolgen voor de financiën van de verzekeraar en daarmee voor het prudentiële toezicht. Overigens kan het wenselijk zijn dat het CTZ niet alleen indien hij een boete op grond van dit artikel wil opleggen vooraf met de PVK contact opneemt, maar ook indien het een andere boete op wil leggen, een last onder dwangsom wenst op te leggen of een aanwijzing wenst te geven. In het protocol tussen het CTZ en de PVK kunnen hierover afspraken worden gemaakt.

Naast de boete zal het CVZ uiteraard het bedrag van de bijdrage terugbrengen tot datgene waar de zorgverzekeraar werkelijk recht op had, en het teveel uitbetaalde verrekenen of van de zorgverzekeraar terugvorderen.

#### **Artikel 98 (boete bij overtreding diverse Zvw-artikelen door zorgverzekeraar)**

Overtreding van de artikelen 4, tweede tot en met vijfde lid, 5, derde lid, 9, 35, eerste en tweede lid, 37, 38, eerste en vierde lid, 64, tweede lid, 67, tweede lid, 68, tweede lid, 80, tweede lid, 83, 85, 89 of 91 kan per afzonderlijke overtreding worden bestraft met een boete van ten hoogste € 100 000. Voor zover de overtreding van de artikelen 35, 85, 89 of 91

overigens betreft het niet of onvolledig aanleveren van informatie op grond waarvan de (verevenings)bijdragen, bedoeld in de artikelen 32 tot en met 34 worden vastgesteld, kan het CTZ echter op grond van artikel 97 een hogere boete opleggen.

Voor de reden waarom geen boete kan worden opgelegd indien een verzekeraar verzekeringen aanbiedt die niet aan het gestelde bij en krachtens de hoofdstukken 2 en 3 van deze wet voldoen, wordt verwezen naar de toelichting op artikel 94, eerste lid.

#### **Artikel 99 (boete bij handelen in strijd met artikel 87 of 88)**

Artikel 99 vormt de vertaling van de strafrechtelijke sanctie van artikel 89 Zfw naar een bestuursrechtelijke. De maximumboete van € 2 250 is gelijk aan de maximumboete die onder artikel 89 Zfw geldt (tweede categorie). De boete kan worden opgelegd aan alle personen en instanties die niet voldoen aan de informatieverplichtingen, hen opgelegd bij of krachtens artikel 87 of 88. Opgemerkt wordt overigens dat een *zorgverzekeraar* die artikel 88 overtreedt, op grond van artikel 98 of, indien het om het niet of onvolledig aanleveren van vereveningsinformatie zou gaan, op grond van artikel 97 een zwaardere boete kan worden opgelegd.

#### **Artikelen 100 tot en met 111 (bij oplegging van bestuurlijke boeten in acht te nemen regels)**

Het wetsvoorstel Vierde tranche Algemene wet bestuursrecht (verder «wetsvoorstel Vierde tranche Awb» genoemd) bevat een aanzienlijk aantal artikelen waaraan bestuursorganen zich bij het opleggen van bestuurlijke boeten moeten houden. Het is niet uitgesloten dat de Zvw eerder in werking treedt dan de Vierde tranche Awb. Aangezien het wenselijk is dat de in die tranche geregelde artikelen voor het opleggen van de bestuurlijke Zvw-boeten gaan gelden zodra de Zvw in werking treedt, zijn in de artikelen 101 tot en met 111 die artikelen uit die vierde tranche overgenomen, die voor de boete-oplegging door het CVZ of CTZ van toepassing zijn. Voor een toelichting op de desbetreffende artikelen zij verwezen naar de toelichting op het wetsvoorstel Vierde tranche Awb. Omdat de Awb zal gaan spreken van «overtreding» en «overtreder» zijn deze begrippen in artikel 100 gedefinieerd.

Voor zover het CVZ zijn bevoegdheid tot het geven van boetebeschikkingen als bedoeld in artikel 95 aan de zorgverzekeraars heeft gemandateerd, dienen de in de artikelen 101 tot en met 111 aan het CVZ gerichte verplichtingen door die zorgverzekeraars te worden nagekomen. Zij handelen daarbij namens het CVZ.

De artikelen 100 tot en met 111 zullen na inwerkingtreding van de Vierde tranche Awb overbodig worden, en derhalve te zijner tijd uit de Zvw geschrapt worden.

#### **Artikel 112 (invordering boeten)**

Artikel 112 bepaalt hoe opgelegde boeten ingevorderd worden. Ook dit artikel zal met de inwerkingtreding van de Vierde tranche Algemene wet bestuursrecht (grotendeels) overbodig worden.

## **Hoofdstuk 10. Rechtsbescherming**

### **Artikel 113 (onafhankelijke behandeling geschillen)**

Zoals in het algemene deel van de toelichting is aangegeven, dient de zorgverzekeraar zijn verzekeringnemer en verzekerden in de gelegenheid te stellen klachten voor te leggen aan een onafhankelijke instantie.

Dit kan bijvoorbeeld de reeds bestaande Ombudsman Zorgverzekeringen van Zorgverzekeraars Nederland zijn, die, nadat de interne klachtenbehandeling bij de verzekeraar is doorlopen, rechtstreeks of via het door de verzekeraars, assurantietussenpersonen en de Consumentenbond opgerichte Klachteninstituut Verzekeringen kan worden benaderd. Zowel tijdens zo'n interne klachtenbehandelingsprocedure, als tijdens de procedure bij de onafhankelijke instantie kan overigens het CVZ worden gevraagd, te adviseren over de vraag of de vorm van zorg of andere dienst waar de verzekerde behoefte aan heeft wel tot het verzekerde pakket behoort. Het CVZ heeft hier, nu hij zijn rol van pakketbeheerder de Minister van VWS adviseert over al dan niet in het pakket op te nemen zorg en andere diensten, immers een goed overzicht van, terwijl hij aan de andere kant door inschakeling bij geschillen op de hoogte kan komen van nieuwe discussies omtrent het pakket.

Hoewel de huidige klachtenbehandeling voor de verzekeringnemer of verzekerde kosteloos is, is een kosteloze behandeling niet voorgeschreven. De reden hiervoor is dat in het buitenland gevestigde zorgverzekeraars mogelijk liever bij een buitenlands klachteninstituut aangesloten willen blijven, en niet op voorhand uit te sluiten is, dat die buitenlandse klachteninstellingen van de klager wel een financiële bijdrage voor de behandeling van zijn klacht vragen. Het zou, gezien vanuit de Europese schaderichtlijnen, te ver gaan om aan alle zorgverzekeraars, derhalve ook de buitenlandse, een voor de klant kosteloze procedure voor te schrijven. Uiteraard zal de vraag of de klachtenbehandeling kosteloos is of niet, voor de verzekeringnemer wel een rol kunnen spelen bij de keuze van een zorgverzekeraar.

In principe is het oordeel van de onafhankelijke instantie niet bindend. Dit zou immers in strijd zijn met artikel 17 van de Grondwet, dat zegt dat niemand tegen zijn wil kan worden afgehouden van de rechter die de wet hem toekent. Artikel 112, eerste lid, van de Grondwet wijst vervolgens voor geschillen over burgerlijke rechten en schuldvorderingen de rechterlijke macht aan. In casu gaat het dan, zoals in het algemene deel van deze toelichting is aangegeven, om de kantonrechter of de rechtbank en in hoger beroep om het gerechtshof. Vervolgens kan men bij de Hoge Raad in cassatie komen.

Wel kunnen de zorgverzekeraar enerzijds en de verzekeringnemer alsmede, indien dit een andere is dan de verzekeringnemer, de verzekerde anderzijds, gezamenlijk besluiten af te zien van de mogelijkheid de burgerlijke rechter te benaderen. Iets dergelijks was onder de Wtz 1998 mogelijk: indien de beroepscommissie Wtz voor een geschil op grond van de Wtz 1998 werd benaderd, was zijn advies bindend.

### **Artikel 114 (rechtsbescherming tegen besluiten als bedoeld in de artikelen 93, 94, 96, 97, 98 of 99)**

Tegen een door het CTZ gegeven aanwijzing, een last onder dwangsom of een bestuurlijke boete, dient in beroep te worden gekomen bij de rechtbank te Rotterdam, met hoger beroep bij het College van beroep voor het bedrijfsleven. Dit laatste zal via de Invoerings- en aanpassingswet Zvw worden geregeld: de Zvw zal op de bijlage bij de Wet bestuursrechtspraak

bedrijfsorganisatie worden geplaatst. De reden hiervoor is dat het van belang is dat de beroepsgang in dergelijke geschillen zoveel mogelijk aansluit op die in het kader van de Wtv 1993.

### **Artikel 115 (rechtsbescherming tegen besluiten van Minister VWS, CVZ of CTZ)**

Tegen besluiten van de Minister van VWS (jegens het CVZ of CTZ) of van het CVZ of CTZ kan, nadat de bezwaarfase is doorlopen, beroep worden ingesteld bij de Afdeling bestuursrechtspraak van de Raad van State. Deze afdeling spreekt recht in één instantie.

Op deze regel gelden drie uitzonderingen (tweede lid). Ten eerste geldt voor door het CVZ opgelegde boetebeschikkingen wegens te laat verzekeren (art. 95) de gewone, in de Awb neergelegde weg: beroep bij de rechtbank. Door middel van een via de Invoerings- en aanpassingswet Zwv te regelen wijziging van de bijlage bij de Beroepswet, zal hoger beroep bij de CRvB worden geregeld.

Ten tweede geldt voor door het CTZ gegeven aanwijzingen aan (zorg-)verzekeraars, voor aan hen opgelegde lasten onder dwangsom of voor aan hen opgelegde boeten, de in artikel 114 neergelegde beroepsgang. Ten slotte zorgt onderdeel c van het tweede lid ervoor dat het personeel van het CVZ of CTZ niet tegen de door het CVZ of CTZ jegens hen genomen beschikkingen bij de Afdeling rechtspraak in beroep kan. Hier is de ambtenarenrechter bevoegd.

Van besluiten waartegen beroep kan worden ingesteld zijn, via de verwijzing naar artikel 8:2 Awb in het eerste lid, overigens uitgezonderd algemeen verbindende voorschriften en beleidsregels, besluiten die de inwerkingtreding van algemeen verbindende voorschriften of beleidsregels vaststellen of deze juist intrekken, en goedkeuringsbesluiten van de hier genoemde besluiten.

### **Artikel 116 (aanvullende regels beroepsprocedure tegen bestuurlijke boete)**

Artikel 116 vormt een compilatie van de inhoud van de artikelen 8:28a en 8:72a Awb zoals na inwerkingtreding van het wetsvoorstel Vierde tranche Awb zullen komen te luiden. Nu via de artikelen 100 tot en met 111 van voorliggende wet wat betreft het opleggen van bestuurlijke boeten wordt vooruitgelopen op de Vierde tranche Awb, ligt het in de rede dit ook te doen wat betreft bepalingen inzake het beroep tegen de oplegging van zo'n boete. Uiteraard gelden voor de beroepsprocedure tegen bestuurlijke boeten daarnaast ook de reeds in hoofdstuk 8 van de Awb opgenomen regels.

*Ten slotte: rechtsbescherming tegen inkomensafhankelijke bijdragen*  
Het is niet nodig afzonderlijk rechtsbescherming te regelen tegen het heffen en innen, door de belastingdienst, van de inkomensafhankelijke bijdragen overige groepen. De artikelen 49 en 51, waarin de regels voor de heffing en inning van de loon- respectievelijk de inkomstenbelasting van overeenkomstige toepassing worden verklaard, zorgen ervoor dat de rechtsbescherming waarin de AWR tegen voor bezwaar vatbare beschikkingen voorziet, automatisch van toepassing zal zijn op de heffing en inning van de inkomensafhankelijke bijdragen. Na inwerkingtreding van de Wet belastingrechtspraak in twee feitelijke instanties (Kamerstukken II 2003/04, 29 251, nrs. 1 t/m e.v.) zal – nadat de bezwaarfase is afgerond – beroep in deze zaken kunnen worden ingesteld bij de rechtbanken in de



vijf ressortshoofdplaatsen (Haarlem, Arnhem, 's-Gravenhage, Breda en Leeuwarden), en hoger beroep bij de gerechtshoven.

## **Hoofdstuk 11. Overige bepalingen**

### **Artikel 117 (identificatieplicht bij ontvangen zorg of andere verzekerde diensten)**

Het kwam in het verleden regelmatig voor dat personen die niet verzekerd waren, zich met een zorgpas van een ziekenfondsverzekerde voor zorg bij een zorgaanbieder vervoegden. De zorgaanbieder verleende, in de veronderstelling een ziekenfondsverzekerde voor zich te hebben, de zorg dan, waarna hij de rekening zond aan het ziekenfonds van de op de pas vermelde ziekenfondsverzekerde. De zorgvrager benadeelde daarmee niet alleen het desbetreffende ziekenfonds, maar liep ook zelf risico. De zorgaanbieder ging bij het verlenen van de zorg immers uit van de medische historie van degene die op de pas vermeld was, niet van degene die hij werkelijk voor zich had.

Het «wetsvoorstel houdende wijziging van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998 en de Ziekenfondswet in verband met de invoering van een identificatieplicht bij het verkrijgen van zorg, invoering van het Sofi-nummer in de Wtz 1998, elektronisch berichtenverkeer in de Ziekenfondswet en enige andere wijzigingen (fraudebestrijding zorgverzekeringswetten)» (Kamerstukken II 2003/04, 29 623, nrs. 1 t/m 3) beoogt hier stapsgewijs een einde aan te maken. In dit wetsvoorstel is geregeld dat een persoon die bij ministeriële regeling aangewezen, onder de Zfw verzekerde zorg wenst te ontvangen, een identiteitsbewijs aan de zorgaanbieder overlegt. De zorgaanbieder zal dienen te controleren of deze persoon tevens de op het verzekeringsbewijs genoemde persoon is. Pas als dat het geval is, kan de zorgaanbieder voor rekening van het ziekenfonds zorg verlenen. De identificatieplicht geldt in eerste instantie voor ziekenhuiszorg, maar het wetsvoorstel beoogt nadrukkelijk de identificatieplicht uit te breiden tot anderen sectoren.

De in het wetsvoorstel fraudebestrijding zorgverzekeringswetten neergelegde systematiek kan in de Zvw niet ongewijzigd overgenomen worden. De reden daarvan is, dat de Zvw, anders dan de Zfw, veel meer ruimte geeft voor het restitutie-systeem. Kan een zorgverzekeraar in een zorgovereenkomst (naturamodel) of zelfs in een overeenkomst krachtens welke hij de rekeningen van de zorgaanbieder namens de verzekerde betaalt (restitutie-systeem met betalingsovereenkomst) met de zorgaanbieder afspreken dat hij niet betaalt indien de zorgverzekeraar niet is nagegaan of de zorgverzekeraar werkelijk verzekerd was, in een zuiver restitutie-systeem (verzekerde betaalt de rekening, waarna hij deze voor vergoeding bij de zorgverzekeraar indient) kan dat niet. In een zuiver restitutie-systeem heeft een zorgverzekeraar immers geen enkele juridische binding met de zorgaanbieder.

Dit probleem wordt in onderhavig wetsartikel grotendeels opgelost door de zorgaanbieder niet alleen te verplichten de identiteit van de verzekerde te controleren, maar tevens diens sofi-nummer op zijn declaratie te vermelden. Dit laat zich als volgt verklaren.

De laatste jaren worden op paspoort en rijbewijs niet alleen de naam en de pasfoto van de bezitter, maar ook zijn sofi-nummer opgenomen. Door te controleren of de pasfoto op het identiteitsbewijs overeenkomt met het gezicht van de zorgvrager die bij hem om hulp komt, kan de zorgaanbieder derhalve niet alleen de identiteit van de zorgvrager vaststellen, maar

ook zijn sofi-nummer. Door de op zorgaanbieders gelegde verplichting het sofi-nummer op de declaratie te vermelden, kan de zorgverzekeraar, die op grond van artikel 85 het sofi-nummer van zijn verzekerden moet registreren, nagaan of de declaratie wel een declaratie voor een bij hem verzekerde persoon was. Ook als de rekening via de verzekerde loopt.

Opgemerkt wordt dat artikel 117 niet onmiddellijk alle problemen oplost. Zo hebben vreemdelingen andere identiteitsbewijzen, waarop het sofi-nummer niet vermeld is. Dit probleem zal naar verwachting worden opgelost bij de introductie van de zogenoemde «sofi-kaart», waar de Minister van SZW in samenwerking met de Minister voor Bestuurlijke Vernieuwing en Koninkrijksrelaties en de Minister voor Vreemdelingenzaken en Integratie op dit moment aan werkt. Voor zover een vreemdeling op grond van een zorgverzekering verzekerd is, zal hij na introductie van die kaart aan de in voorliggend artikel opgenomen identificatieplicht kunnen voldoen.

Voorliggend artikel is in die zin nieuw, dat het de zorgaanbieders de verplichting geeft het sofi-nummer bij de identificatiecontrole van de zorgvragers te registreren (in de ministeriële regeling op grond van art. 86, zesde lid, zal dan ook in ieder geval worden geregeld dat zorgaanbieders het sofi-nummer op de declaratie zetten). Nu het gebruik van het sofi-nummer in onderhavig artikel, derhalve bij wet, geregeld wordt, is dat louter wetstechnisch gezien geen probleem. Artikel 24 Wbp staat bij wet geregeld gebruik van het sofi-nummer voor de uitvoering van die wet of voor bij die wet bepaalde doelen immers toe. Wel zou men zich kunnen afvragen of gebruik van het sofi-nummer door zorgaanbieders niet te ver af staat van het oorspronkelijke doel van het sofi-nummer, te weten een nummer dat louter door sociale verzekeraars en de Belastingdienst zou worden gebruikt. Het antwoord op die vraag is allereerst, dat het sofi-nummer de afgelopen jaren door steeds meer instanties en derhalve voor steeds meer doelen gebruikt wordt. Zo wordt er inmiddels ook binnen het onderwijs gebruik van gemaakt. Voorts vallen zorgaanbieders die krachtens de zorgverzekeringen verzekerde zorg leveren voldoende binnen de invloedssfeer van de sociale verzekering, om ook hen het gebruik van het sofi-nummer toe te staan (of in casu correcter: hen tot dat gebruik te verplichten).

Het steeds bredere gebruik van het sofi-nummer is overigens ook begrijpelijk indien men bedenkt dat dit nummer op termijn op zal gaan in het bsn, welk nummer voor allerlei overheidsdiensten gebruikt zal worden. Uiteraard zullen verwijzingen, in de Zvw, naar het sofi-nummer bij de invoering van het bsn gewijzigd worden in verwijzingen naar laatstbedoeld nummer.

#### **Artikel 118 (beperking reikwijdte particuliere ziektekostenverzekeringen bij uitbreiding Zvw-pakket)**

Artikel 118 leidt ertoe dat een uitbreiding van het bij of krachtens artikel 11 te verzekeren pakket, van rechtswege leidt tot beperking van eventuele aanvullende verzekeringen: de in de zorgverzekeringen op te nemen prestaties vallen automatisch uit de aanvullende verzekeringen weg. Aldus wordt voorkomen dat een verzekerde voor de desbetreffende prestaties gedurende enige tijd tweemaal premie moet betalen.

#### **Artikel 119 (inperking bevoegdheden Algemene Rekenkamer jegens zorgverzekeraars)**

Artikel 91 van de Comptabiliteitswet 2001 verschaft de Algemene Rekenkamer ten aanzien van rechtspersonen die een bij of krachtens de wet geregelde taak uitoefenen en daartoe geheel of gedeeltelijk worden

bekostigd uit de opbrengst van bij of krachtens de wet ingestelde heffingen (ook wel «rechtspersonen met een wettelijke taak» genoemd). De zorgverzekeraars zijn zulke rechtspersonen. Artikel 119 beperkt die bevoegdheid in die zin, dat het kabinet geen taak ziet voor de Algemene Rekenkamer voor wat betreft onderzoek naar de wijze waarop zorgverzekeraars de middelen besteden die zij op grond van de Zvw verkrijgen. Het feit dat de zorgverzekering wordt aangeboden en uitgevoerd door private verzekeraars brengt met zich dat zij, gezien hun rechtspositie, zelf kunnen bepalen hoe zij hun werkzaamheden financieren. Naast het vragen van een (nominale) premie van verzekerden, kunnen zij bijvoorbeeld kapitaal van derden of reserves inzetten. Het bevordert de concurrentie als zij winsten, behaald op het aanbieden en uitvoeren van zorgverzekeringen, vrij mogen bestemmen. Omdat het aan de zorgverzekeraar is om te bepalen met welke middelen hij de uitvoering van de zorgverzekeringsovereenkomsten financiert, is in de Zvw niet bepaald, dat de zorgverzekeraar de premies en vereveningsbijdrage, die bedoeld is om risicoverschillen tussen verzekeraars als gevolg van de acceptatieplicht ongedaan te maken, dient te gebruiken voor het aanbieden en uitvoeren van zorgverzekeringen. Gezien het bovenstaande, houdt de toezichthouder, het CTZ, geen toezicht op de doelmatigheid en de rechtmatigheid van de bestedingen. Het kabinet ziet diens gevolgge geen taak voor de Algemene Rekenkamer wat betreft de controle op de rechtmatige en doelmatige besteding van premies en vereveningsbijdrage. De Algemene Rekenkamer heeft volledige bevoegdheden voor wat betreft de uitkeringen uit het Zorgverzekeringsfonds en kan onderzoek doen naar de wijze waarop zorgverzekeraars de in de Zvw geregelde publieke belangen borgen. Het gaat hierbij om het nakomen van de acceptatieplicht, het verbod op premiedifferentiatie, de zorgplicht en de inhoud van de polis, wettelijke informatieverplichtingen, het gedrag ten aanzien van collectieve contracten en of de invloed van verzekerden op het beleid gewaarborgd is. Ook de werking van de verzekeraarsmarkt kan onderwerp van onderzoek zijn. Met gebruikmaking van haar bevoegdheden op grond van artikel 91 van de Comptabiliteitswet 2001 kan de Algemene Rekenkamer, ten behoeve van de Staten-Generaal, een oordeel geven over de opzet en werking van het stelsel.

#### **Artikel 120 (zeker stellen mededingingstoezicht)**

De regering merkt zorgverzekeraars aan als ondernemingen als bedoeld in artikel 81 van het Verdrag tot oprichting van de Europese Gemeenschap. Dit moge reeds blijken uit de definitie van het begrip «zorgverzekeraar» in artikel 1, onderdelen a en b. In zijn arrest AOK Bundesverband, gevoegde zaken C-264/01, C-306/01, C-354/01 en C-355/01, d.d. 16 maart 2004, n.n.g., heeft het Hof van Justitie van de Europese Gemeenschappen bepaald dat Duitse ziekenfondsen als bedoeld in boek V van het Duitse Sozialgesetzbuch niet kunnen worden aangemerkt als ondernemingen. Het Hof voert hiertoe aan dat die ziekenfondsen een taak van zuiver sociale aard vervullen, die berust op het beginsel van solidariteit en ieder winst oogmerk mist. Verder voert het Hof aan dat deze ziekenfondsen wettelijk verplicht zijn om hun verzekerden verplichte verstrekkingen te verlenen, die in wezen identiek zijn en niet afhangen van het bedrag van de premies. Terzake van de verplichte wettelijke verstrekkingen op het gebied van zorg of geneesmiddelen kunnen de ziekenfondsen niet met elkaar concurreren. Het Hof meent dat hieruit voortvloeit dat de Duitse ziekenfondsen geen economische activiteit uitoefenen. Gegeven de definitiebepaling en de wijze waarop de taken en ondernemingsmogelijkheden van de zorgverzekeraars in dit wetsvoorstel zijn geregeld, meent de regering dat de conclusies van het arrest AOK Bundesverband zich niet laten doortrekken naar de zorgverzekeraars in de zin van dit wetsvoorstel.

Echter, een cruciaal onderdeel van het nieuwe zorgstelsel is het garanderen van voldoende concurrentie tussen zorgverzekeraars. Daarbij hoort dat zorgverzekeraars net als alle ondernemingen onder het mededingings-toezicht van de NMa vallen. Omdat er geen volledige zekerheid is dat voornoemde mening van de regering over de gevolgen van het arrest AOK Bundesverband voor de Zvw juist is, merkt artikel 120 Zvw zorgverzekeraars in ieder geval aan als ondernemingen in de zin van artikel 1 van de Mededingingswet. Het enkele feit dat de Nederlandse regering ervan uitgaat dat zorgverzekeraars ondernemingen zijn, heeft naar Europees recht namelijk geen doorslaggevende betekenis. De interpretatie van het Europese ondernemingsbegrip kan door een uitspraak van het Hof toch anders uitpakken, en dan biedt artikel 120 een vangnet waarmee toch een adequaat mededingingstoezicht wordt gewaarborgd.

Artikel 120 vormt een uitzondering op het begrip «onderneming» uit de Mededingingswet. In de memorie van toelichting op de Mededingingswet (Kamerstukken II 1995/96, 24 707, nr. 3, p. 10) is het uitgangspunt opgenomen dat de Nederlandse Mededingingswet niet strenger of soepeler zal zijn dan het Europese mededingingsrecht. Dat uitgangspunt moet worden gezien in het licht van de omstandigheden van dit specifieke geval en binnen de context van de memorie van toelichting. De Mededingingswet is georiënteerd op het Europese mededingingsrecht, maar zolang dit niet in strijd is met EU-regels is het mogelijk om om zwaarwegende redenen, zoals het garanderen van voldoende concurrentie tussen zorgverzekeraars, een uitzondering te maken.

#### **Artikel 121 (taakverwaarlozing)**

Artikel 121 geeft de Minister van VWS de bevoegdheid tijdelijk in te grijpen indien het CVZ of het CTZ zijn taak verwaarloost. Daarbij kan van de bepalingen van de Zvw worden afgeweken. Artikel 121 Zvw is gelijk aan artikel 94 Zfw. Ook voor de overige zbo's in de socialeverzekeringswereld geldt zo'n taakverwaarlozingsartikel (zie art. 81 SUWI).

### **Hoofdstuk 12. Slotbepalingen**

#### **Artikel 122 (evaluatiebepaling)**

De Minister van VWS zal een evaluatie van deze wet uiterlijk vijf jaar na inwerkingtreding aan het parlement zenden. De termijn van vijf jaren lijkt lang, maar is noodzakelijk. De Zvw wijzigt de bestaande praktijk namelijk zo ingrijpend, dat een evaluatie na drie of vier jaar nog geen betrouwbaar beeld van de doeltreffendheid en de effecten van de wet in de praktijk zal kunnen laten zien.

#### **Artikel 123 (bij amvb nadere uitvoeringsregels)**

Dit artikel geeft de mogelijkheid om bij onvoorzien omstandigheden bij amvb uitvoeringsregels te stellen. Anders dan ingevolge artikel 121, is het daarbij niet mogelijk om van de bij deze wet gestelde regels af te wijken. Is dit laatste wenselijk, dan zal derhalve voorliggende wet gewijzigd moeten worden. Ook de Wtv 1993 kent een artikel als artikel 123 (zie art. 187, eerste lid, Wtv 1993).

#### **Artikel 124 (inwerkingtredingsbepaling)**

Het tijdstip waarop deze wet of artikelen of onderdelen van deze wet in werking treedt wordt bij koninklijk besluit bepaald. Gestreefd wordt naar inwerkingtreding met ingang van 1 januari 2006.

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